

Mestrado Integrado em Medicina

Alimentação na Demência Avançada: atuação e perspetiva de profissionais de saúde

Ana Isabel Monteiro Veríssimo

M

2022



Alimentação na Demência Avançada: atuação e perspetiva de profissionais de saúde

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Ana Isabel Monteiro Veríssimo

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: anaisa.verissimo@gmail.com

Orientador: Prof. Dra. Elga René Freire

Assistente hospitalar graduado de Medicina Interna na Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professora Auxiliar Convidada na Unidade Curricular de Cuidados Paliativos do Mestrado Integrado de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Coorientador: Prof. Doutora Maria Ernestina Azevedo Moreira dos Santos

Assistente hospitalar graduado de Neurologia do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

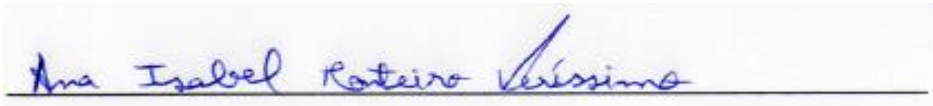
Professora Associada Convidada na Unidade Curricular de Neurociências Clínicas do Mestrado Integrado de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Junho, 2022

Alimentação na Demência Avançada: atuação e perspetiva de profissionais de saúde

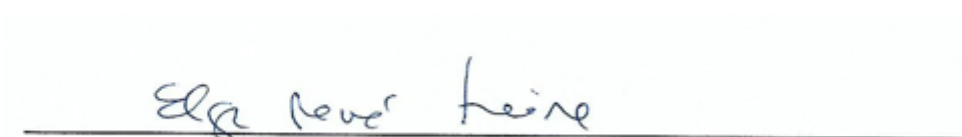
Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Aluna: Ana Isabel Monteiro Veríssimo



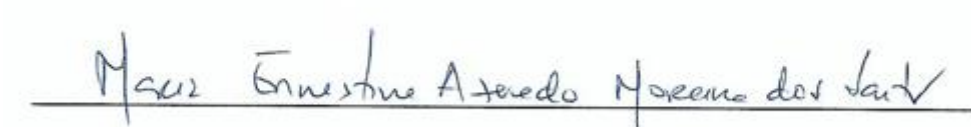
Ana Isabel Monteiro Veríssimo

Orientador: Prof. Dra. Elga René Freire



Elga René Freire

Coorientador: Prof. Doutora Maria Ernestina Azevedo Moreira dos Santos



Maria Ernestina Azevedo Moreira dos Santos

Junho, 2022

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Prof. Dra. Elga Freire e à Prof. Doutora Ernestina Santos por toda a disponibilidade que sempre tiveram, por me terem auxiliado no desenho deste estudo, bem como na distribuição/recolha dos questionários e por me terem guiado na escrita deste trabalho.

Agradeço também à Professora Doutora Carolina Lemos por se ter mostrado sempre disponível para me auxiliar na análise estatística.

Resumo

Introdução: As dificuldades na alimentação (anorexia, recusa alimentar e disfagia) são uma das complicações mais frequentes na demência avançada. O tubo de alimentação está associado a aumento da morbidade e não demonstrou aumentar a sobrevida. A sua utilização está associada a aumento do risco de aspiração traqueobrônquica, úlceras de pressão e não provou diminuir a mortalidade dos doentes quando comparada com a alimentação oral. A alimentação oral está associada a melhor qualidade de vida. Assim, o tubo de alimentação deve ser uma medida excecional.

Objetivo: Propõe-se conhecer a atuação/perspetiva dos médicos e enfermeiros de serviços hospitalares que contactam diariamente com doentes com demência avançada e compará-la com a literatura.

Metodologia: Com base nas recomendações nacionais/internacionais sobre métodos de alimentação na demência avançada, realizou-se e aplicou-se um inquérito a médicos e enfermeiros dos Serviços de Urgência, Medicina A e Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Procedeu-se à análise estatística, recorrendo-se ao software Statistical Package for the Social Sciences (versão 27.0).

Resultados: Obtiveram-se 88 respostas, tendo-se verificado que 43,2% concordaram que o tubo de alimentação aumenta a sobrevida, a maioria concordou que agrava a qualidade de vida, discordou que aumenta a incidência de úlceras de pressão e 50% discordou totalmente/parcialmente que a sonda nasogástrica aumente a incidência de pneumonia de aspiração. Uma percentagem significativa dos profissionais inquiridos constatou a utilização do tubo de alimentação como sendo uma opção na abordagem dos doentes com disfagia (51,2%) e nos doentes com anorexia/recusa alimentar (35,6%). Dez dos profissionais que consideraram a sonda nasogástrica uma opção para anorexia/recusa alimentar, discordaram da utilização da gastrostomia percutânea endoscópica.

Conclusões: Apesar das recomendações e evidências científicas, há uma grande discordância de atuação e opinião entre os diferentes profissionais e os diferentes serviços.

Uma percentagem significativa de profissionais observou a utilização de sonda nasogástrica perante disfagia e considerou o tubo de alimentação uma solução adequada para recusa alimentar/anorexia. A opinião dos profissionais sobre a pneumonia de aspiração, úlcera de pressão e qualidade de vida é, numa percentagem significativa, diferente da descrita na literatura.

Este estudo deverá ter implicação direta na prática clínica diária dos profissionais, podendo contribuir para a elaboração de procedimentos de atuação e uniformização dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Alimentação; Tubo de Alimentação; Nutrição entérica; Demência Avançada; Medicina Hospitalar; Neurologia.

Abstract

Introduction: Feeding difficulties (anorexia, refusal to eat and dysphagia) are one of the most frequent complications in advanced dementia. The feeding tube is associated with increased morbidity and does not demonstrate to increase survival. Its use is associated with increasing risk of tracheobronchial aspiration, pressure ulcers and has not proven to decrease patient mortality when compared to oral feeding. Oral feeding is associated with better quality of life. Thus, the feeding tube should be an exceptional measure.

Objective: It is proposed to know the performance/perspective of physicians and nurses of hospital services who contact patients with advanced dementia daily and compare it with the literature.

Methodology: Based on national/international recommendations on feeding methods in advanced dementia, a survey was carried out and applied to physicians and nurses of the Emergency, Medicine A and Neurology Departments of the Central University Hospital of Porto. Statistical analysis was performed using the Software Statistical Package for the Social Sciences (version 27.0).

Results: 88 responses were obtained, and 43.2% agreed that the feeding tube increases survival, most agreed that it worsens quality of life, disagreed that it increases the incidence of pressure ulcers and 50% totally/partially disagreed that the nasogastric tube increases the incidence of aspiration pneumonia. A significant percentage of the professionals surveyed found the use of the feeding tube as an option in the approach of patients with dysphagia (51.2%) and in patients with anorexia/food refusal (35.6%). Ten of the professionals who considered the nasogastric tube an option for anorexia/food refusal disagreed with the use of endoscopic percutaneous gastrostomy.

Conclusions: Despite the recommendations and scientific evidence, there is a great disagreement of action and opinion between the different professionals and the different services.

A significant percentage of professionals observed the use of nasogastric tube in case of dysphagia and considered the feeding tube an adequate solution for food refusal/anorexia. The opinion of professionals on aspiration pneumonia, pressure ulcer and quality of life is, in a significant percentage, different from that described in the literature.

This study should have a direct implication in the daily clinical practice of professionals, may contribute to the elaboration of procedures for the performance and standardization of the care provided.

Keywords: Feeding; Feeding Tube; Enteric nutrition; Advanced Dementia; Hospital Medicine; Neurology.

Índice

Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xi
Introdução	1
Métodos	4
Resultados	5
Discussão e Conclusão	9
Apêndice 1	17
Apêndice 2	21
Apêndice 3	27
Bibliografia	33

Lista de Tabelas

Tabela I – Resultados da questão “Habitualmente entra em contacto com pessoas com demência avançada?”.

Tabela II – Distribuição da frequência das soluções que foram presenciadas na resolução da recusa alimentar/anorexia em doentes com demência avançada.

Tabela III – Adequação das soluções de alimentação encontradas perante um doente com recusa alimentar/anorexia.

Tabela IV – Distribuição da frequência das soluções que foram presenciadas na resolução da disfagia para líquidos/sólidos em doentes com demência avançada.

Tabela V - Adequação das soluções de alimentação encontradas perante um doente com disfagia para líquidos/sólidos.

Tabela VI – Resultados da questão: “No caso de se ter optado na maior parte das vezes ou durante um maior período de tempo pela utilização de um tubo de alimentação nos casos em que o doente com demência avançada tinha dificuldade em ingerir líquidos/sólidos, foi realizada uma consulta de terapia da fala previamente à colocação de tubo de alimentação?”.

Tabela VII – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a sobrevida do doente”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tabela VIII – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada agrava a qualidade de vida dos doentes”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tabela IX – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a incidência de úlceras de pressão”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tabela X – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de uma sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumenta a incidência de pneumonias de aspiração”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tabela XI – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”, podendo-se observar as respostas dos diferentes profissionais de saúde.

Tabela XII – Comparação das respostas dos participantes das questões “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a colocação de uma sonda nasogástrica” e “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”.

Tabela XIII – Distribuição das respostas na questão: “Como profissional de saúde, costuma discutir o plano antecipado de vontade com os doentes que tenham sido diagnosticados com demência e que são capazes de tomar decisões autonomamente?”, podendo-se observar as respostas dos diferentes profissionais de saúde.

Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição das faixas etárias dos diferentes participantes.

Figura 2 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a sobrevida do doente”.

Figura 3 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada agrava a qualidade de vida dos doentes”.

Figura 4 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a mortalidade dos doentes”.

Figura 5 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a incidência de úlceras de pressão”.

Figura 6 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumenta a incidência de pneumonias de aspiração”.

Figura 7 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a colocação de uma sonda nasogástrica”.

Figura 8 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”.

Figura 9 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a alimentação artificial através de um acesso venoso periférico”.

Figura 10 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, o consumo de alimentos com as mãos (sem recurso a talheres) ou a utilização de talheres adaptados, pode ser uma boa solução para aumentar o seu aporte alimentar”.

Figura 11 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada, a alimentação por via oral está associada a menos riscos/complicações que a nutrição através de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica)”.

Figura 12 – Distribuição das respostas na questão: “No caso de se optar pela colocação de uma sonda nasogástrica num doente com demência avançada, esta decisão não deve ser reavaliada, uma vez que é expectável que o doente não apresente melhoria do seu estado de saúde e, por isso, as complicações que conduziram à aplicação da sonda nasogástrica estarão presentes durante o curso de toda a patologia”.

Figura 13 – Distribuição das respostas na questão: “Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia, uma vez que são complicações expectáveis decorrentes da evolução da doença”.

Figura 14 – Distribuição das respostas na questão: “Um doente com demência avançada cujo aporte alimentar é menor, devido ao risco de desnutrição, deve ser suplementado com proteínas”.

Figura 15 – Distribuição das respostas na questão: “O pedido de colaboração de um nutricionista é fundamental no desenho do plano de tratamento de um doente com demência avançada”.

Introdução

Atualmente existe um aumento da esperança média de vida da população a nível mundial. De facto, entre 2015 e 2050, espera-se que exista um acréscimo de 12% para 22% do número de pessoas que vivem acima dos 60 anos.¹ Com o envelhecimento da população, estima-se um aumento da incidência da demência. Prevê-se que em 2030, a nível mundial, aproximadamente 78.000 pessoas tenham demência, sendo que, atualmente, considera-se que a prevalência mundial seja de 55.000, com uma incidência de 10.000 novos casos por ano.²

A Perturbação Neurocognitiva *Major* (demência), trata-se de uma patologia em que se verifica uma deterioração progressiva da capacidade cognitiva, envolvendo um ou mais domínios cognitivos, dos quais se pode incluir a atenção, aprendizagem, memória, linguagem, função visuo-espacial, função executiva e cognição social. Considera-se necessário que esta deterioração das capacidades cognitivas tenha um impacto significativo nas atividades de vida diária do doente, bem como se exclua a ocorrência de *delirium* ou outra patologia psiquiátrica.^{3,4}

Uma vez que se trata de uma doença limitativa e incurável, considera-se adequado o recurso a Cuidados Paliativos na gestão destes doentes.⁵

Sendo uma patologia progressiva, é difícil determinar quando é que o doente tem efetivamente uma demência avançada.^{3,6} No entanto, podemos considerar que estamos perante um doente com demência avançada quando o doente apresenta défices de memória acentuados (dificuldade em reconhecer os seus familiares), uma capacidade verbal limitada, perda da capacidade de deambulação, incapacidade de desempenhar atividades de vida diária, desenvolve incontinência urinária ou fecal. Considera-se que a complicação mais frequente na demência avançada são os problemas na alimentação.⁷ Como problemas na alimentação, podemos incluir a anorexia, dificuldades em se alimentar sozinho, recusa alimentar ou disfagia.^{3,7,8}

A deterioração cognitiva e as dificuldades na comunicação que o doente com demência pode apresentar dificulta a toma de decisões pelo próprio, o que faz com que possa ser necessária a toma de decisões terapêuticas exclusivamente por familiares/cuidadores e/ou profissionais de saúde. Portanto, quando o diagnóstico de uma demência é realizado numa fase inicial, é fundamental, enquanto o doente tem capacidade para tomar decisões, desenvolver um plano de cuidados (que pode incluir as diretivas antecipadas de vontade), que permite conhecer os valores e as preferências do doente, dando-lhe um maior conforto e existindo um menor recurso a intervenções invasivas desnecessárias. Neste sentido, é de extrema importância abordar questões relacionadas com os problemas na alimentação que são previsíveis de ocorrer nas fases mais avançadas da doença.^{3,5,9,10}

Perante problemas na alimentação num doente com demência avançada, existem duas grandes abordagens possíveis: alimentação artificial ou a alimentação por via oral. Quanto à alimentação artificial, esta pode ser realizada por via parentérica (através da via subcutânea e intravenosa) ou através de sonda. Considera-se alimentação realizada através de sonda a que inclui a aplicação de sonda nasogástrica, sonda nasojejunal, gastrostomia percutânea ou jejunostomia percutânea.¹¹ Optando-se pela alimentação por via oral, nos doentes com demência avançada, deve ser privilegiada uma alimentação de conforto, em que o principal objetivo não é a nutrição do doente, mas sim, tal como o nome indica, o seu conforto e, por isso, é respeitada a sua vontade e tolerância.^{3,10,12-14}

Torna-se fundamental avaliar as vantagens e desvantagens de ambas as abordagens terapêuticas referidas previamente. No que diz respeito à literatura atual, todos os métodos de alimentação artificial, sendo métodos invasivos, estão associados a um aumento da morbidade, existindo um maior risco de infeções.^{3,13} De facto, a utilização de sonda aumenta o risco de aspiração traqueobrônquica (provocando pneumonia/pneumonite de aspiração em mais de 50% dos doentes),^{3,10,13,15} e está associada a uma maior agitação e desconforto, motivando um maior uso de medidas de contenção física/farmacológica.^{3,10,11,13} Sabe-se também que a sonda aumenta o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.^{3,13,16} Apesar de todas estas complicações, a verdade é que a mortalidade associada à utilização de uma sonda como método de alimentação num doente com demência avançada não é superior quando é comparada com a utilização da alimentação oral.^{3,6,13} No entanto, parece existir muitas complicações associadas à utilização de uma sonda, sendo que os riscos e os benefícios devem ser considerados de forma individualizada. Importa também salientar que, caso se opte por se aplicar uma sonda como método de alimentação, esta deve ser uma exceção em relação ao que por norma se realiza nos doentes com demência avançada.^{3,13} Para além disso, a indicação para a aplicação da sonda e o prognóstico do doente devem ser revistos de forma periódica, sendo que se deve proceder à sua remoção quando se verificar que esta não cumpre os objetivos terapêuticos, não há um claro benefício na sua utilização nem se prevê que ocorra esse benefício.^{3,12,13}

Alguns estudos indicam que a alimentação por via oral tem tão bons ou até melhores resultados quando comparada com a alimentação artificial por sonda, no que diz respeito à mortalidade, estado funcional e conforto. Apesar das claras vantagens associadas a este tipo de alimentação, existe o risco de perda ponderal, desnutrição e fragilidade física. No entanto, a alternativa à alimentação de conforto, ou seja, a alimentação artificial, não demonstrou melhorar o bem-estar dos doentes ou a sua sobrevivência e, por isso, a alimentação de conforto, atualmente, é considerada

pela literatura como sendo o melhor método de alimentação num doente com demência avançada.^{3,10,13,17}

Podemos considerar como alimentação de conforto a ingestão de alimentos (sólidos e líquidos), por via oral, respeitando sempre as preferências do doente. O objetivo principal deste tipo de alimentação é minimizar a utilização de técnicas de alimentação invasivas desnecessárias, que não revelaram ter um benefício significativo. Preconiza-se que os alimentos devem ser consumidos de modo a causar o mínimo de desconforto possível e, por isso, caso se considere benéfico, pode-se incentivar o doente a ingerir a sua refeição sem recurso a talheres. Para além disso, a alimentação de conforto promove a interação entre o cuidador e o doente. Desta forma, para além de estarmos a estimular a autonomia do doente, estamos a promover a criação de relações interpessoais.^{3,6,12,18}

É fundamental fazer a ressalva de que, apesar de vários estudos^{3,5,13} comprovarem que num doente com demência avançada com problemas na alimentação, a abordagem mais adequada é a alimentação de conforto, a decisão deve ser tomada de forma multidisciplinar (envolvendo, se possível, o doente, a sua família/cuidadores e vários profissionais de saúde) e, por isso, deve ser uma escolha individualizada.^{3,9,10,13,19,20}

Perante um doente com problemas na alimentação, mesmo que tenha uma demência avançada, o primeiro passo na abordagem deve ser a exclusão de causas reversíveis que possam estar a condicionar esses mesmos problemas, procedendo-se ao seu tratamento. Esta avaliação deve ser sempre multidisciplinar. Como etiologias reversíveis de dificuldades na alimentação/desnutrição, podemos considerar dificuldades na mastigação, na deglutição, xerostomia, diminuição da mobilidade, patologia psiquiátrica, patologia orgânica aguda, dor crónica, efeitos adversos da medicação (náusea, apatia) e até mesmo questões sociais.^{3,6,13}

Se após a avaliação inicial do doente persistirem dúvidas quanto à abordagem mais adequada dos problemas na alimentação, poderá ser útil recorrer à avaliação de um terapeuta da fala, antes de se ponderar a alimentação artificial. Os terapeutas da fala podem ser úteis na avaliação da deglutição do doente, identificando causas de dificuldades na alimentação que não estejam diretamente relacionadas com a progressão da demência. Por outro lado, também podem propor estratégias ou técnicas de alimentação, de modo a melhorar a ingestão dos alimentos, tornando-a mais segura, diminuindo o risco de aspiração, otimizando a ingestão alimentar e, conseqüentemente, a qualidade de vida do doente.¹⁸

Outra questão que poderá ser ponderada é se o doente com demência avançada tem indicação para realizar suplementação alimentar. Não existe evidência científica que suporte a utilização de suplementação em doentes com demência, de modo a fazer uma manutenção do seu estado

nutricional. De facto, a suplementação calórica ou proteica dos doentes com demência não demonstrou prevenir a ocorrência de caquexia.²¹ No entanto, apesar de a suplementação oral não dever ser realizada por rotina em todos os doentes, poderá ser aplicada quando se considerar que não se atingem as necessidades nutricionais através do método de alimentação selecionado.^{3,13}

Dada a relevância dos métodos de alimentação na demência avançada, é importante perceber se a atuação e a perspetiva dos profissionais de saúde que potencialmente contactam diariamente com doentes com esta patologia, coincide com o que a literatura atual descreve como sendo a prestação de boas práticas. Por isso, o principal objetivo deste estudo consiste em verificar se existe uma uniformização da atuação/perspetiva dos médicos e enfermeiros que se encontram em serviços hospitalares que recebem diariamente doentes com demência avançada.

Métodos

Procedeu-se à realização de uma pesquisa bibliográfica sobre os métodos de alimentação que potencialmente poderiam ser utilizados na demência avançada, tendo-se como foco principal as recomendações nacionais e internacionais existentes. Desta forma, foi possível ter uma visão geral sobre o tema em estudo, bem como perceber qual seria a abordagem mais adequada nestes doentes. Posteriormente, procedeu-se ao desenvolvimento de um questionário, com perguntas que foram consideradas pertinentes sobre o tema em estudo, tendo por base os pontos mais relevantes das recomendações nacionais e internacionais. Este é constituído por questões de escolha múltipla (Apêndice I), tendo sido submetido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Porto, obtendo a sua aprovação. Posteriormente, o questionário foi distribuído a médicos e a enfermeiros do Serviço de Urgência, Medicina (unidade A) e Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, em formato de papel, tendo posteriormente sido preenchido pelos profissionais de forma voluntária e anonimizada, que procederam à sua entrega numa caixa presente em cada um dos secretariados dos serviços. Escolheu-se estes serviços hospitalares por serem dos locais em que existe um maior contacto dos profissionais de saúde com doentes com demência avançada, e, por isso, corresponderem aos serviços onde existe uma maior exposição dos profissionais a problemas na alimentação no contexto da demência avançada. Foi fundamental também perceber quais as perceções que médicos e enfermeiros tinham sobre este tema, uma vez que diariamente existe uma necessidade de trabalharem em equipa.

Foram distribuídos 90 inquéritos, tendo-se fornecido um número semelhante de questionários a médicos e a enfermeiros em cada Serviço (Medicina A, Neurologia e Urgência).

Após a obtenção das respostas de todos os participantes no estudo, estas foram introduzidas num documento *Excel*, de modo a criar uma base de dados e, assim, facilitar a realização da análise estatística.

Por fim, procedeu-se à análise estatística das respostas obtidas, recorrendo-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27.0.

Resultados

Obtiveram-se um total de 88 respostas ao questionário, 68 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, sendo que a distribuição das idades dos participantes pode ser observada no Apêndice 2 – Figura 1. A amostra é constituída por 15 médicos do Serviço de Medicina A, 15 enfermeiros do Serviço de Medicina A, 15 médicos no Serviço de Urgência, 15 enfermeiros no Serviço de Urgência, 13 médicos do Serviço de Neurologia e 15 enfermeiros do Serviço de Neurologia.

Os participantes foram questionados em relação à frequência com que entravam em contacto com doentes com demência avançada, sendo que a maioria (38 elementos, dos quais 16 pertenciam ao Serviço de Medicina A, 13 ao Serviço de Urgência e 9 ao Serviço de Neurologia) responderam que entravam em contacto com estes doentes, em média, mais de 5 dias por semana (Apêndice 3 – Tabela I).

A grande maioria dos participantes (98,9%) esteve em contacto com doentes com demência avançada que tinham recusa alimentar e anorexia, sendo que, na maioria das vezes, a solução que viram ser aplicada foi a alimentação de conforto. A sonda nasogástrica foi observada como sendo uma opção em 35,6% dos participantes. Destaca-se também que nenhum participante respondeu que a solução mais encontrada foi a colocação de uma gastrostomia percutânea (Apêndice 3 – Tabela II). Para além disso, 74,5% consideraram que a alimentação de conforto foi a solução mais adequada na maioria das situações (Apêndice 3 – Tabela III).

Constatou-se que 97,7% entrou em contacto com doentes com demência avançada com disfagia para líquidos/sólidos. Neste contexto, 51,2% dos participantes observou a utilização da sonda nasogástrica como uma solução (Apêndice 3 – Tabela IV). Para além disso, entre os profissionais que viram a alimentação de conforto ser a escolha mais aplicada, 73,8% consideraram que foi a mais adequada na maioria das situações e nenhum considerou que não foi a solução mais adequada em nenhuma das situações. Por outro lado, de entre os participantes que viram a colocação de sonda nasogástrica ser a solução mais vezes encontrada, 54,5% consideraram que foi a solução mais adequada na maioria das situações. (Apêndice 3 – Tabela V).

Nos doentes com demência avançada com disfagia para líquidos e sólidos em que se tenha optado pela colocação de um tubo de alimentação, 74,4% (maioritariamente do Serviço de Urgência), referiram que não se recorreu a uma consulta de terapia da fala prévia à colocação do tubo de alimentação (Apêndice 3 – Tabela VI).

Na pergunta 13 do questionário (alíneas a. a n.), realizou-se a análise estatística recorrendo-se ao teste de Qui Quadrado de Pearson, de modo a perceber se existia uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas fornecidas por médicos e enfermeiros e as respostas fornecidas entre os diferentes serviços em que o questionário foi distribuído. De modo a ser possível retirar conclusões estatisticamente significativas, agruparam-se as respostas “concordo plenamente/parcialmente” e as respostas “discordo plenamente/parcialmente”, sendo que, apenas para efeitos de análise estatística, as respostas do “não concordo nem discordo” não foram consideradas.

Relativamente à colocação de um tubo de alimentação permitir aumentar a sobrevivência, 37,5% concordaram parcialmente e 5,7% concordavam plenamente (Apêndice 2 – Figura 2). Da Tabela VII do Apêndice 3, destaca-se que as respostas fornecidas pelos profissionais dos diferentes serviços tinham uma diferença estatisticamente significativa, com um valor de prova (designado por “p”) inferior a 0,05 (0,002). Por fim, não houve uma diferença significativa entre as respostas obtidas por médicos e enfermeiros, obtendo-se um p superior a 0,05.

Quanto à colocação de tubo de alimentação agravar a qualidade de vida, 39,8% concordaram parcialmente e 21,6% concordaram plenamente (Apêndice 2 – Figura 3). Constatou-se que não havia uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas fornecidas por médicos e enfermeiros, obtendo-se um p superior a 0,05. No entanto, existe uma diferença estatisticamente significativa nas respostas que são fornecidas pelos diferentes serviços ($p=0,002$), sendo que 23 dos profissionais de Medicina A concordaram plenamente ou parcialmente com esta afirmação (Apêndice 3 – Tabela VIII).

Os participantes foram também questionados se a colocação de um tubo de alimentação em doentes com demência avançada aumentava a mortalidade dos mesmos. Perante esta questão, 35,2% respondeu que não concordavam nem discordavam com esta afirmação (Apêndice 2 – Figura 4). Verificou-se que não existia uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas fornecidas por médicos e enfermeiros (p superior a 0,05). No que diz respeito às respostas dadas pelos profissionais dos diferentes serviços, dada a grande dispersão das respostas, não foi possível retirar conclusões válidas do ponto de vista da análise estatística.

Relativamente à percepção que os profissionais têm sobre potenciais complicações associadas à colocação do tubo de alimentação, em primeiro lugar, foram questionados se a colocação do tubo de alimentação em doentes com demência avançada aumentava a incidência de úlceras de pressão. Existiu uma predominância dos participantes que discordaram desta afirmação (Apêndice 2 – Figura 5). Após a análise dos dados, não houve evidência de uma diferença estatisticamente significativa das respostas dos médicos e enfermeiros (p superior a 0,05). Por outro lado, constatou-se que havia uma diferença estatisticamente significativa das respostas fornecidas por profissionais de diferentes serviços hospitalares (com um p de 0,011) (Apêndice – Tabela IX).

Os participantes foram questionados se a colocação de uma sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumentava a incidência de pneumonia de aspiração, sendo que metade discordou desta afirmação (Apêndice 2 – Figura 6), não se verificando uma diferença estatisticamente significativa nas respostas de médicos e enfermeiros (p superior a 0,05). O mesmo não se constata com as respostas fornecidas por profissionais de diferentes serviços, tendo-se verificado que havia uma diferença estatisticamente significativa entre eles (p de 0,012) (Apêndice 3 – Tabela X).

O questionário continha também afirmações relacionadas com anorexia/recusa alimentar. Inicialmente, perguntou-se aos participantes se, perante essa situação, a solução mais adequada seria a colocação de uma sonda nasogástrica. A maioria dos profissionais discordaram desta afirmação (Apêndice 2 – Figura 7). Não houve uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas de médicos e enfermeiros, nem entre as respostas dos diferentes serviços (em ambos, o valor de prova foi superior a 0,05).

No que diz respeito à presença de anorexia/recusa alimentar, questionou-se se a atitude mais adequada seria realizar uma gastrostomia percutânea endoscópica. De facto, 38,6% dos participantes discordaram totalmente desta afirmação e 27,3% discordaram parcialmente (Apêndice 2 – Figura 8). Verificou-se que existe uma diferença significativa das respostas fornecidas por médicos e enfermeiros, uma vez que, aplicando o teste de Qui Quadrado de Pearson, foi obtido um p de 0,034 (Apêndice 3 – Tabela XI). No entanto, não houve uma discrepância significativa nas respostas dos profissionais dos diferentes serviços (p superior a 0,05).

Perante recusa alimentar/anorexia, 46 profissionais discordaram, simultaneamente, que a gastrostomia percutânea endoscópica e a sonda nasogástrica não eram uma solução adequada. No entanto, constata-se que 10 participantes concordam que a sonda nasogástrica é uma boa opção perante recusa alimentar/anorexia, e, simultaneamente, discordam com a utilização de uma gastrostomia percutânea endoscópica (Apêndice 3 – Tabela XII).

A colocação de um acesso venoso periférico num doente com anorexia/recusa alimentar, para a maioria dos participantes, não é a solução mais adequada (Apêndice 2 – Figura 9). Não foi possível verificar se houve uma diferença estatisticamente significativa nas respostas fornecidas pelos profissionais dos diferentes serviços, devido a uma grande dispersão das respostas obtidas. Para além disso, não houve uma diferença estatisticamente significativa nas respostas fornecidas por médicos e enfermeiros, com um p superior a 0,05.

Os participantes foram também questionados se, perante um doente com anorexia/recusa alimentar, a solução mais adequada seria o consumo de alimentos com as mãos (sem recurso a talheres) ou, em alternativa, a utilização de talheres adaptados às limitações do doente. Nesta afirmação, 35,2% dos participantes concordaram plenamente e 34,1% concordaram parcialmente (Apêndice 2 – Figura 10). Comparando as respostas fornecidas por médicos e enfermeiros, verificou-se que não existiu uma diferença estatisticamente significativa entre elas, obtendo-se um p superior a 0,05. Dada a grande dispersão das respostas fornecidas pelos profissionais, não foi possível retirar conclusões estatisticamente significativas em relação à diferença de respostas dos diferentes serviços.

Era fulcral conhecer a perceção que os profissionais tinham em relação à alimentação por via oral e as suas potenciais complicações em comparação com outros métodos de alimentação. Quando questionados se, num doente com demência avançada com alimentação por via oral, existiam menos complicações/riscos que na alimentação através de tubo de alimentação, 10,2% concordaram plenamente com esta afirmação e 33% concordaram parcialmente (Apêndice 2 – Figura 11). Nesta questão, não se verificou uma diferença significativa entre as respostas de médicos e enfermeiros, nem entre os diferentes serviços (com um p superior a 0,05).

Relativamente à afirmação “No caso de se optar pela colocação de uma sonda nasogástrica num doente, esta decisão não deve ser reavaliada, uma vez que é expectável que o doente não apresente melhoria do seu estado de saúde e, por isso, as complicações que conduziram à aplicação da sonda nasogástrica estarão presentes durante o curso de toda a patologia.”, 64,8% discordou totalmente da ideia apresentada (Apêndice 2 – Figura 12). Não existiu uma diferença significativa nas respostas fornecidas por médicos e enfermeiros nesta pergunta. Existiu também uma grande dispersão das respostas fornecidas nesta questão e, por isso, não foi possível obter conclusões significativas no que diz respeito às diferenças das respostas entre os três serviços.

Os participantes também foram confrontados com a seguinte afirmação: “Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia, uma vez que são complicações

expectáveis decorrentes da evolução da doença.” A maioria dos profissionais concordou com esta afirmação (Apêndice 2 – Figura 13), não tendo existido uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas de médicos e enfermeiros, nem entre os diferentes serviços (p superior a 0,05).

Uma das perguntas do questionário estava relacionada com a suplementação proteica dos doentes com um aporte nutricional menor. Questionou-se aos participantes se, nestes casos, os doentes deviam ser suplementados com proteínas, dado o potencial risco de desnutrição. Verificou-se que a maioria concordou com esta afirmação (Apêndice 2 – Figura 14). Não existiu uma diferença significativa entre os profissionais de saúde, com um p superior a 0,05. Dada a dispersão de respostas dos participantes, não foi possível concluir se houve uma diferença significativa entre a opinião dos profissionais dos diferentes serviços.

Quanto ao pedido de colaboração de um nutricionista ser fundamental no desenho do plano de tratamento do doente, a maioria dos participantes concordou com esta afirmação (Apêndice 2 – Figura 15). Não houve uma diferença significativa nas respostas obtidas de médicos e enfermeiros, com um p superior a 0,05. No entanto, dada a dispersão das respostas, não foi possível perceber se existe uma diferença significativa da opinião dos participantes dos diferentes serviços.

Por fim, quando questionados sobre a discussão do plano antecipado de vontade, destaca-se que 34,1% (correspondente a um total de 30 elementos, sendo que 17 são médicos e 13 são enfermeiros) referiu que não discutia esta temática com os doentes no momento do diagnóstico da demência, preferindo discutir com os seus familiares/representantes legais quando o doente se torna incapaz de tomar decisões autonomamente (Apêndice 3 – Tabela XIII). Após a aplicação do teste estatístico do Qui Quadrado de Pearson, foi possível concluir que existia uma diferença estatisticamente significativa nas respostas que eram fornecidas por médicos e enfermeiros com um p de 0,040. Dada a dispersão das respostas, não foi possível concluir se existia uma diferença estatisticamente significativa entre os profissionais dos diferentes serviços hospitalares.

Discussão e Conclusão

Através da realização deste trabalho, foi possível retirar conclusões modestas sobre a perceção e atuação que médicos e enfermeiros dos Serviços de Neurologia, Medicina A e Urgência têm relativamente à alimentação na demência avançada, tendo-se verificado que nem sempre há uma concordância entre os diferentes profissionais de saúde que, apesar de tudo, cuidam a mesma doença e são confrontados com as mesmas dificuldades.

Foi obtido um número relativamente uniforme de respostas de médicos e enfermeiros, havendo também uma uniformização das respostas obtidas nos diferentes serviços. No entanto, destaca-se

que a amostra obtida muito provavelmente não é representativa da realidade vivenciada noutros centros hospitalares e até mesmo em Unidades dos Cuidados de Saúde Primários. Para além disso, mesmo sendo um questionário distribuído no Centro Hospitalar Universitário do Porto, poderá não representar a sua realidade, uma vez que seria necessário obter uma amostra mais representativa dos médicos/enfermeiros que trabalham nos serviços hospitalares que foram alvo do estudo e alargar a outros serviços. Por fim, torna-se relevante destacar a grande rotatividade de profissionais de saúde que o Serviço de Urgência tem, em comparação com os restantes serviços da amostra, o que pode fazer com que os médicos que foram abordados no Serviço de Urgência possam ter especialidades médicas diferentes e, por isso, haver uma maior discrepância das suas respostas. Contudo, este efeito é minimizado, dado que a distribuição dos questionários foi aleatória em todos os serviços hospitalares incluídos no trabalho.

Tendo em conta os dados sociodemográficos fornecidos, constata-se que existe uma predominância de indivíduos do sexo feminino, e de indivíduos com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos. Verifica-se também que a maioria dos participantes entra em contacto com doentes com demência avançada diariamente. Constata-se que uma minoria dos participantes pertencentes ao Serviço de Urgência/Neurologia respondeu que entrava em contacto com estes doentes mensalmente/anualmente. Desta forma, pode-se considerar que a população à qual se distribuiu o questionário foi adequada, uma vez que a maioria tinha um grande contacto com doentes com demência avançada.

Tal como seria esperado, perante uma amostra que tem um contacto considerável com estes doentes, a maioria referiu que já tinha presenciado situações em que se verificava a existência de dificuldades na alimentação em doentes com demência avançada, o que ajuda a tornar mais fiáveis as respostas fornecidas.

No que diz respeito às questões relacionadas com as soluções que foram encontradas para a recusa alimentar/anorexia e disfagia para sólidos/líquidos do inquérito, estas poderão ser de difícil resposta, uma vez que se pede que o participante selecione aquilo que observou na maioria das vezes e, por isso, outras soluções poderão não ter sido selecionadas, mesmo tendo sido utilizadas. A maioria dos participantes referiu que foi a alimentação de conforto a solução mais utilizada perante anorexia/recusa alimentar. Segundo as recomendações nacionais/internacionais, num doente com demência avançada, a alimentação preferencial deve ser a alimentação de conforto, ou seja, por via oral, devendo-se evitar a utilização de métodos de alimentação invasivos.^{3,10,13,17} No entanto, salienta-se que alguns participantes selecionaram a sonda nasogástrica como a solução que mais frequentemente viram ser aplicada. De facto, esta diferença de respostas poderá estar

relacionada com a necessidade de individualizar o plano terapêutico para as necessidades de cada doente. Para além disso, em meio hospitalar, nem sempre a alimentação de conforto poderá ser uma solução viável, por dificuldade na sua aplicação como por exemplo, falta de recursos humanos. O inquérito poderia ser melhorado ao incluir uma questão aberta, em que os participantes referissem potenciais dificuldades, benefícios e desvantagens na utilização da alimentação de conforto, sonda nasogástrica e gastrostomia percutânea (sendo que este raciocínio também pode ser aplicado à questão 10 presente no Apêndice 1).

Nenhum participante considerou que a alimentação de conforto não foi a solução mais adequada em nenhuma situação. Portanto, parece haver uma tendência para se considerar que a alimentação de conforto é uma solução adequada perante doentes com demência avançada e recusa alimentar/anorexia, sendo uma opção que foi presenciada por muitos participantes na sua prática clínica.

Perante disfagia para líquidos/sólidos, ao contrário da anorexia/recusa alimentar, a solução que mais vezes foi encontrada foi a utilização de uma sonda nasogástrica, sendo a resposta dada por 51,2% dos participantes. Os restantes profissionais selecionaram a alimentação de conforto como a solução que mais vezes viram ser utilizada. Verifica-se que os profissionais tenderam a dividir-se mais nas respostas que forneceram nesta questão, enquanto na pergunta relativa à anorexia/recusa alimentar, houve uma maior tendência para a seleção de uma solução. Mais uma vez, destaca-se que num doente com demência avançada, a colocação de sonda nasogástrica geralmente não deve ser a primeira opção, devendo representar uma exceção.^{3,13} Analisando as respostas dos profissionais, quando um doente apresenta disfagia para sólidos/líquidos, existe uma tendência para não se utilizar a mesma solução que a recusa alimentar/anorexia, o que não coincide com o que é descrito na literatura.^{3,13} No entanto, isto poderá ser explicado pela falsa perceção de que a alimentação de conforto poderá estar associada a uma maior taxa de aspiração de conteúdo alimentar. De facto, sabe-se que, na verdade, a utilização de sonda nasogástrica está associada a um aumento do risco de pneumonia de aspiração.^{3,10,13,15} Podemos igualmente considerar que a colocação de uma sonda nasogástrica poderá ser a solução mais selecionada por ser de mais fácil gestão em meio hospitalar.

Verificou-se uma heterogeneidade nas respostas obtidas nos diferentes serviços relativamente às soluções encontradas perante disfagia para líquidos/sólidos. Os profissionais do Serviço de Urgência dividiram-se igualmente pela utilização de alimentação de conforto e sonda nasogástrica, no entanto, os profissionais do Serviço de Medicina A selecionaram mais vezes a alimentação de conforto, enquanto no Serviço de Neurologia selecionaram mais a sonda nasogástrica.

Acresce o facto de, perante doentes com recusa alimentar/anorexia ou disfagia para sólidos/líquidos, nenhum participante ter referido que uma das soluções mais vezes encontrada foi a utilização de gastrostomia percutânea, o que coincide com o que é preconizado nos consensos sobre este tema.^{3,13}

Destaca-se que uma percentagem significativa de profissionais observou a utilização de sonda nasogástrica perante disfagia e considerou o tubo de alimentação uma solução adequada para recusa alimentar/anorexia.

Os dados que foram obtidos nas questões 7, 8, 9 e 10 (Apêndice 1) devem ser avaliados com algumas reservas, uma vez que os participantes certamente tiveram diferentes experiências e, uma vez que o plano terapêutico deve ser individualizado para o doente em questão, pode haver um enviesamento das respostas fornecidas pelos profissionais e que não é possível perceber apenas observando os dados obtidos neste estudo. Uma melhoria que poderia ser aplicada ao questionário seria apresentar vários casos clínicos, simulando diferentes situações, e, assim, já seria possível comparar com maior fiabilidade as respostas dos diferentes participantes.

Também se questionou os participantes se havia a realização de uma consulta de terapia da fala previamente à colocação do tubo de alimentação perante disfagia para sólidos/líquidos. Nesta questão, 56 participantes referem que não se recorreu a uma consulta de terapia da fala nestas situações, sendo que 24 pertencem ao Serviço de Urgência, 18 pertencem ao Serviço de Medicina A e 14 pertencem ao Serviço de Neurologia. Mais uma vez destaca-se que, a diferente realidade dos serviços hospitalares, poderá ter contribuído para que os participantes tenham fornecido respostas ligeiramente diferentes. Assim, seria menos provável o pedido de uma consulta de terapia da fala em contexto de Serviço de Urgência. Poucos foram os participantes que selecionaram que na maioria das vezes se recorria a esta consulta. Por isso, verifica-se que o que é proposto na literatura nem sempre é respeitado.¹⁸

Ficou perceptível que a maioria dos participantes consideraram que a utilização de um tubo de alimentação aumenta a sobrevida dos pacientes (o que não vai de encontro ao que é descrito na literatura^{3,10,13,17}) e diminui a qualidade de vida dos pacientes (o que vai ao encontro do que é descrito na literatura atual^{3,13}). Isto pode explicar o porquê de nenhum participante ter selecionado como opção a utilização de gastrostomia percutânea endoscópica nas perguntas 7 e 10 do questionário (Apêndice 1), bem como o facto de haver uma concordância da percepção que, na maioria das vezes, a alimentação de conforto é a solução mais adequada.

Destaca-se também que 17 profissionais do Serviço de Medicina A discordaram totalmente/parcialmente com o facto do tubo de alimentação aumentar a sobrevida dos doentes,

enquanto 18 profissionais do Serviço de Neurologia concordaram plenamente/parcialmente com este facto, havendo uma maior dispersão das respostas fornecidas pelos profissionais do Serviço de Urgência. Portanto, existe uma discordância no que diz respeito à percepção dos profissionais em relação aos efeitos na sobrevida da utilização do tubo de alimentação, o que poderá justificar decisões terapêuticas diferentes na gestão dos doentes.

Houve também uma diferença significativa nas respostas fornecidas pelos participantes de diferentes serviços no que diz respeito ao facto de o tubo de alimentação diminuir a qualidade de vida. Destaca-se que nenhum participante pertencente ao Serviço de Medicina A discordou plenamente/parcialmente com a colocação de um tubo de alimentação diminuir a qualidade de vida, ao contrário dos restantes serviços em que 10 elementos do Serviço de Urgência e 7 elementos do Serviço de Neurologia discordaram totalmente/parcialmente desta afirmação. Portanto, há uma clara discrepância das respostas que são fornecidas pelos profissionais dos diferentes serviços, o que poderá justificar decisões terapêuticas diferentes na gestão dos doentes.

No que diz respeito à utilização do tubo de alimentação aumentar a mortalidade, houve uma maior dispersão das respostas fornecidas, demonstrando que os profissionais não estão totalmente de acordo nesta questão.

A utilização de tubo de alimentação, para a maioria dos participantes não aumenta a incidência de úlceras de pressão, no entanto, a verdade é que essa resposta é mais visível em participantes do Serviço de Neurologia, sendo que 21 elementos deste serviço selecionaram esta opção (em comparação com 12 elementos do Serviço de Medicina A e 18 do Serviço de Urgência). Destaca-se que esta visão dos profissionais não é concordante com o que se verifica na literatura atual.^{3,13,16}

Uma vez que a utilização de sonda nasogástrica é uma solução considerada por alguns profissionais, é relevante perceber qual a sua percepção relativamente às taxas de pneumonia de aspiração associada à utilização deste método. Metade dos elementos considera que a sonda nasogástrica não aumenta a incidência de pneumonia de aspiração, sendo que 20 são do Serviço de Neurologia, 14 do Serviço de Urgência e 10 do Serviço de Medicina A. Assim, mais uma vez se destaca a pertinência de comparar a opinião dos profissionais de diferentes serviços que lidam com doentes com demência avançada, havendo uma divergência daquilo que é considerado na literatura atual^{3,10,13,15} sobre a utilização de sonda nasogástrica.

Um dos aspetos relevantes é que, apesar de nenhum profissional ter observado a utilização de gastrostomia percutânea endoscópica como a atitude mais adequada perante anorexia/recusa alimentar, 17 participantes concordaram plenamente/parcialmente com o facto da gastrostomia percutânea endoscópica ser a solução mais adequada nestes doentes. Um aspeto também

interessante é que é uma das poucas questões em que se verifica uma discordância entre a opinião de médicos e enfermeiros, sendo que, proporcionalmente, há uma maior percentagem de médicos que discorda com o facto da colocação da gastrostomia percutânea endoscópica ser uma atitude adequada perante recusa alimentar/anorexia.

Constatou-se que 10 profissionais, simultaneamente, consideraram que a sonda nasogástrica seria uma boa solução para a anorexia/recusa alimentar, no entanto, não consideraram que a utilização da gastrostomia percutânea endoscópica fosse adequada neste contexto. De facto, segundo as recomendações nacionais e internacionais, nenhuma destas opções seria uma boa solução na maioria dos doentes, mas destaca-se que a sonda nasogástrica nunca deve ser ponderada como um recurso a ser utilizado a longo prazo, e, por isso, a preferência da sonda nasogástrica em detrimento da gastrostomia percutânea endoscópica diverge daquilo que é descrito como boas práticas médicas.

Há também uma grande concordância na perceção que os profissionais têm sobre a utilização de um acesso venoso periférico em doentes com anorexia/recusa alimentar, o que pode demonstrar que a utilização deste método de alimentação não é muitas vezes considerada nestes doentes.

Incentivar o doente a comer com as mãos quando não o consegue fazer com talheres ou, até, recorrer à utilização de talheres adaptados às suas limitações, é tida como sendo uma boa solução para aumentar o aporte alimentar dos doentes pela maioria dos profissionais, o que corresponde ao que é descrito em alguns artigos^{3,6,12,18} sobre alimentação na demência avançada.

Quando questionados se a alimentação por via oral está associada a menos riscos/complicações que a utilização através de tubo de alimentação, verifica-se alguma divergência nas respostas, não havendo uma predominância de pessoas que concorda ou discorda desta afirmação. Isto pode efetivamente dificultar o desenho do plano terapêutico, uma vez que os riscos/benefícios de cada método de alimentação podem não ser claros para todos os profissionais e, assim, criar algumas dúvidas em relação à atitude mais adequada em cada doente.

Parece haver também a ideia bem estabelecida de que é essencial a reavaliação da decisão da colocação da sonda nasogástrica num doente com demência avançada, o que demonstra que os profissionais de saúde têm uma correta perceção sobre as medidas de boas práticas médicas.^{3,12,13}

No que diz respeito à questão “Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia, uma vez que são complicações expectáveis decorrentes da evolução da doença”, no momento da recolha dos questionários, alguns participantes (sem procederem à

identificação do seu inquérito) referiram alguma confusão em relação ao que esta afirmação queria dizer. Conclui-se, assim, que esta afirmação poderá estar mal formulada, e, por isso, as respostas fornecidas pelos profissionais de saúde a esta questão não serão verdadeiramente válidas. Uma forma mais adequada de formular a frase seria: “Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia”.

Um tema que pode ser controverso é se existe uma verdadeira indicação para a suplementação proteica de doentes com demência avançada cujo aporte alimentar é menor. No entanto, os participantes que responderam a este inquérito, globalmente, pareceram ter uma opinião unânime, com mais de metade dos profissionais a concordar plenamente ou parcialmente com a suplementação proteica nestes doentes.

Outra medida considerada como fundamental para a maioria dos participantes foi efetuar um pedido de colaboração de um nutricionista no desenho do plano de tratamento de um doente com demência avançada.

Por fim, verifica-se que existe uma maior proporção de enfermeiros que referem que nunca realizam a discussão do plano de tratamento com o paciente/família. De facto, isto seria um resultado esperado, uma vez que, na maioria das vezes, é o médico que discute com o doente/família o plano de tratamento. Verifica-se que os médicos que responderam ao questionário, na maioria das situações, discute o plano de tratamento com o doente/família, mas em momentos diferentes, sendo que a maioria o faz com os familiares quando o doente deixa de ser capaz de tomar decisões. Apesar dos familiares poderem saber qual é a vontade do doente, o ideal seria ouvir o próprio paciente enquanto ele é capaz de tomar decisões. Apesar de não serem a maioria, muitos médicos e enfermeiros referem discutir o plano antecipado de vontade próximo ao momento do diagnóstico. Destaca-se também que, no Serviço de Urgência, raramente existem condições adequadas para uma discussão tranquila e sem interferências de um plano antecipado de vontade com o doente/família, o que também influencia as respostas que são fornecidas pelos participantes.

Este estudo é importante porque permite perceber se existe uma uniformização da atuação que é tida nestes doentes, no Centro Hospitalar e Universitário do Porto, mas também porque, enquanto o participante está a responder ao questionário, pode confrontar-se com algumas dúvidas sobre o tema que até podia desconhecer que tinha. Para além disso, permite enfatizar a importância que este tema tem na prática clínica e, eventualmente, motivar os profissionais de saúde a procurar informar-se mais sobre o assunto. Salienta-se também que este estudo deverá ter implicação direta

na prática clínica diária de médicos/enfermeiros, podendo contribuir para a elaboração de procedimentos de atuação e para a uniformização dos cuidados de saúde prestados aos doentes do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Assim, o presente trabalho poderá ser relevante para a comunidade científica, abordando um tema que se tem vindo a tornar cada vez mais pertinente.

Uma perspetiva futura deste estudo consiste em realizar melhorias no inquérito, uma vez que este efetivamente não se encontra validado, e, por isso, necessitará de algumas melhorias (sendo que algumas foram apresentadas ao longo desta secção do trabalho de investigação). Desta forma, deve-se ter isso em conta na análise das respostas fornecidas pelos participantes ou numa eventual futura re-distribuição do questionário.

Para aumentar a robustez deste estudo, seria útil distribuí-lo a um maior número de participantes, podendo-se considerar a inclusão de profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e de instituições de apoio a doentes com demência, tais como Lares. Outra ideia que poderia acrescentar valor ao estudo seria, juntamente com o inquérito, entregar também um pequeno folheto com informações relacionadas com a alimentação na demência avançada.

Dada a importância do tema, outros estudos poderão ser realizados de modo a aumentar a informação que se tem sobre a alimentação na demência avançada.

Apêndice 1

1. Sexo
 - a. Feminino;
 - b. Masculino;
2. Idade:
 - a. 20-29 anos;
 - b. 30-39 anos;
 - c. 40-49 anos;
 - d. 50-59 anos;
 - e. 60-69 anos;
 - f. 70-79 anos.
3. É:
 - a. Médico/a
 - b. Enfermeiro/a
4. Em que serviço trabalha maioritariamente:
 - a. Serviço de Medicina;
 - b. Serviço de Urgência;
 - c. Serviço de Neurologia.
5. Habitualmente entra em contacto com pessoas com demência avançada?
 - a. +5 dias/semana;
 - b. 3-5 dias/semana;
 - c. Menos de 3 dias/semana;
 - d. Mensalmente;
 - e. Anualmente.
6. Já alguma vez esteve em contacto com doentes com demência avançada que tivessem dificuldade na alimentação (recusa alimentar/anorexia)?
 - a. Sim
 - b. Não
7. Se respondeu SIM na pergunta 6, por favor, indique qual foi a solução/soluções que foram utilizadas com maior frequência na resolução do problema: (selecione **apenas uma opção**. No caso de ter sido utilizada mais do que uma opção, por favor, indique a que foi mais utilizada ou durante um maior período de tempo)
 - a. Alimentação de conforto, respeitando a vontade e a tolerância do doente em ingerir as refeições, bem como a sua condição clínica;
 - b. Utilização de Sonda Nasogástrica;
 - c. Colocação de Gastrostomia Percutânea (PEG)
8. Considera que foi a solução mais adequada?
 - a. Em todas as situações que presenciei.
 - b. Na maioria das situações que presenciei.
 - c. Apenas em algumas situações que presenciei.
 - d. Em nenhuma das situações que presenciei.
9. Já alguma vez teve contacto com doentes com demência avançada que tivessem dificuldade em ingerir líquidos ou sólidos?
 - a. Sim
 - b. Não
10. Se respondeu SIM na pergunta 9, por favor, indique qual foi a solução/soluções que foram utilizadas na resolução do problema: (selecione **apenas uma opção**. No caso de ter sido utilizada mais do que uma opção, por favor, indique a que foi mais utilizada ou durante um maior período de tempo)

- a. Alimentação de conforto, respeitando a vontade e a tolerância do doente em ingerir as refeições, bem como a sua condição clínica;
 - b. Colocação de Sonda Nasogástrica
 - c. Aplicação de Gastrostomia Percutânea;
11. Considera que foi a solução mais adequada?
- a. Em todas as situações que presenciei.
 - b. Na maioria das situações que presenciei.
 - c. Apenas em algumas situações que presenciei.
 - d. Em nenhuma das situações que presenciei.
12. No caso de se ter optado na maior parte das vezes ou durante um maior período de tempo pela utilização de um tubo de alimentação nos casos em que o doente com demência avançada tinha dificuldade em ingerir líquidos/sólidos, foi realizada uma consulta de terapia da fala previamente à colocação do tubo de alimentação?
- a. Sim, em todos os casos que presenciei.
 - b. Sim, na maior parte dos casos que presenciei;
 - c. Sim, em alguns casos que presenciei.
 - d. Não
13. Diga em que medida concorda com as seguintes afirmações:
- a. A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a sobrevivência do doente
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo;
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
 - b. A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada agrava a qualidade de vida dos doentes.
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo;
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
 - c. A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a mortalidade dos doentes.
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo;
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
 - d. A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a incidência de úlceras de pressão
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo;
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
 - e. A colocação de uma sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumenta a incidência de pneumonias de aspiração
 - i. Concordo plenamente;

- ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- f. Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a colocação de uma sonda nasogástrica.
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- g. Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica.
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- h. Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a alimentação artificial através de um acesso venoso periférico
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- i. Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, o consumo de alimentos com as mãos (sem o recurso a talheres) ou a utilização de talheres adaptados, pode ser uma boa solução para aumentar o seu aporte alimentar
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- j. Em doentes com demência avançada, a alimentação por via oral está associada a menos riscos/complicações que a nutrição através de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica)
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- k. No caso de se optar pela colocação de uma sonda nasogástrica num doente com demência avançada, esta decisão não deve ser reavaliada, uma vez que é expectável que o doente não apresente melhoria do seu estado de saúde e, por isso, as complicações que conduziram à aplicação da sonda nasogástrica estarão presentes durante o curso de toda a patologia.
- i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;

- v. Discordo totalmente.
- l. Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia, uma vez que são complicações expectáveis decorrentes da evolução da doença.
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- m. Um doente com demência avançada e cujo aporte alimentar é menor, devido ao risco de desnutrição, deve ser suplementado com proteínas.
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- n. O pedido de colaboração de um nutricionista é fundamental no desenho do plano de tratamento de um doente com demência avançada.
 - i. Concordo plenamente;
 - ii. Concordo parcialmente;
 - iii. Não concordo nem discordo
 - iv. Discordo parcialmente;
 - v. Discordo totalmente.
- o. Como profissional de saúde, costuma discutir o plano antecipado de vontade com os doentes que tenham sido diagnosticados com demência e que são capazes de tomar decisões autonomamente?
 - i. Sim, num momento próximo ao diagnóstico;
 - ii. Não discuto com o doente o plano antecipado de vontade nesta fase inicial da doença. Por norma, discuto com a família/representante legal do doente o plano de tratamento quando o doente se torna incapaz de tomar decisões autonomamente.
 - iii. Não, apenas costumo discutir o plano de tratamento com os familiares/representante legal do doente na fase final da doença, ou seja, no final de vida do doente.
 - iv. Nunca discuto o plano de tratamento com o doente, familiares/representante legal.

Apêndice 2

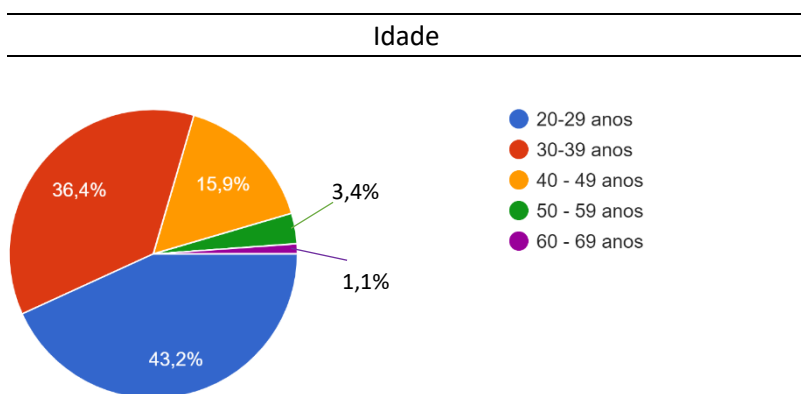


Figura 1 – Distribuição das faixas etárias dos diferentes participantes.

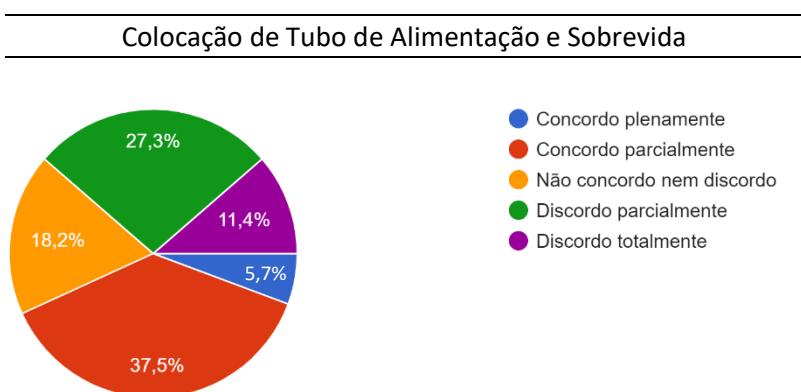


Figura 2 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a sobrevida do doente”.

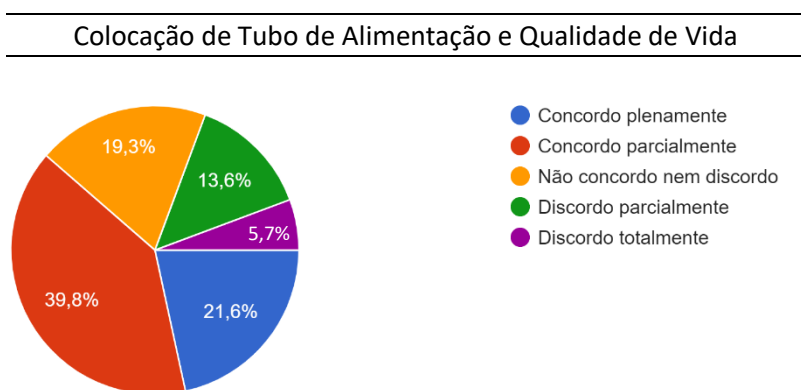


Figura 3 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada agrava a qualidade de vida dos doentes”.

Colocação de Tubo de Alimentação e Mortalidade

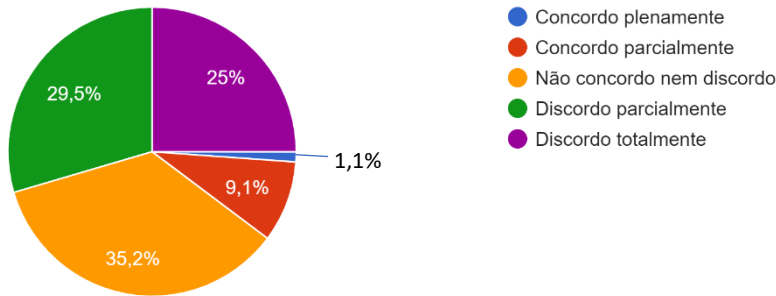


Figura 4 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a mortalidade dos doentes”.

Colocação de Tubo de Alimentação e Úlceras de Pressão

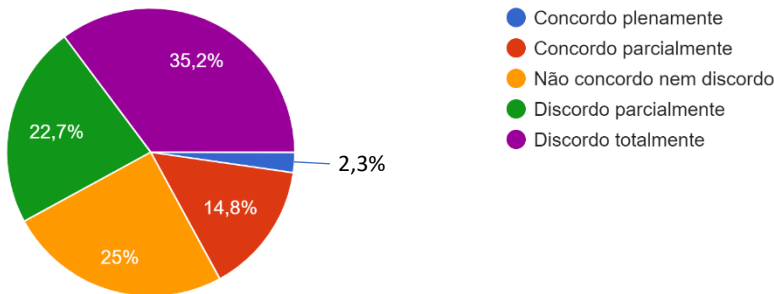


Figura 5 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a incidência de úlceras de pressão”.

Sonda Nasogástrica e Pneumonia de Aspiração

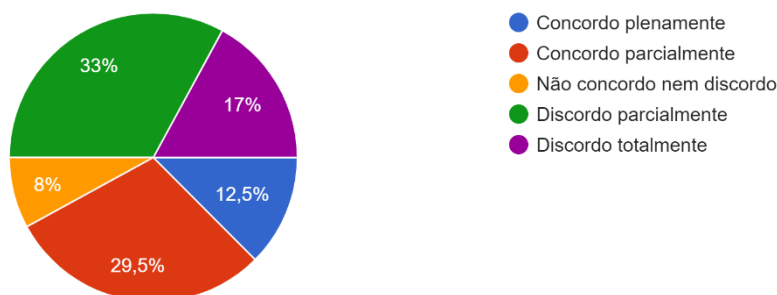


Figura 6 – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumenta a incidência de pneumonias de aspiração”.

Sonda Nasogástrica e Anorexia/Recusa Alimentar

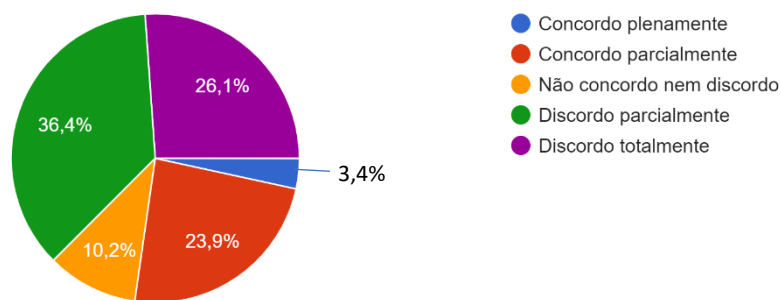


Figura 7 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a colocação de uma sonda nasogástrica”.

Gastrostomia Percutânea Endoscópica e Anorexia/Recusa Alimentar

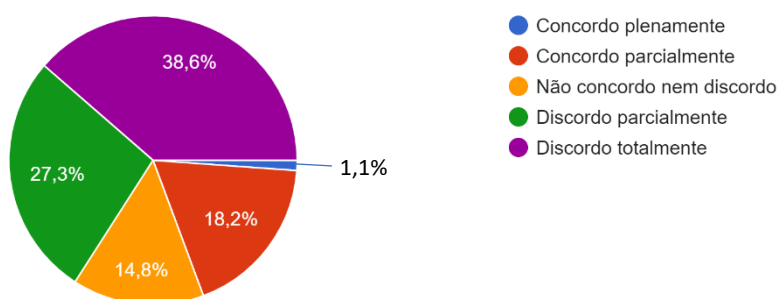


Figura 8 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”.

Acesso Venoso Periférico e Anorexia/Recusa Alimentar

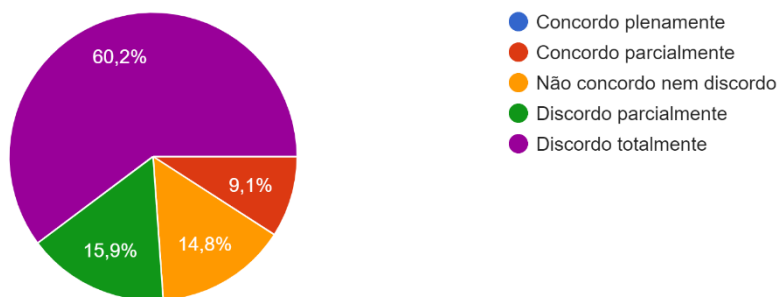


Figura 9 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a alimentação artificial através de um acesso venoso periférico”.

Alimentação com as mãos e Anorexia/Recusa Alimentar

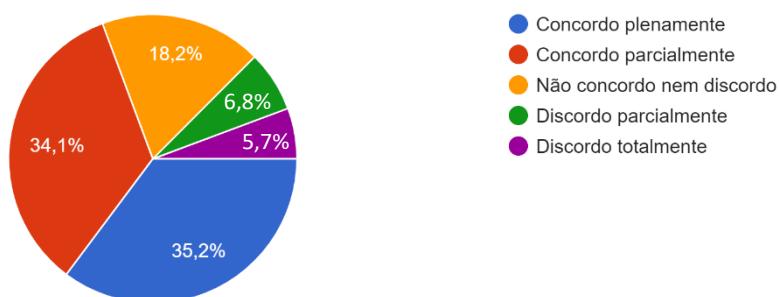


Figura 10 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, o consumo de alimentos com as mãos (sem recurso a talheres) ou a utilização de talheres adaptados, pode ser uma boa solução para aumentar o seu aporte alimentar”.

Alimentação por Via Oral e por Tubo de Alimentação

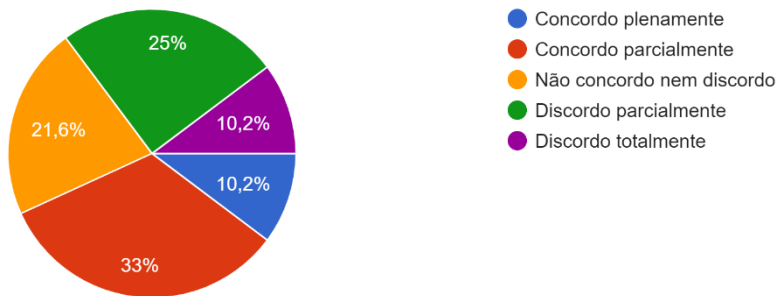


Figura 11 – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada, a alimentação por via oral está associada a menos riscos/complicações que a nutrição através de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica)”.

Reavaliação da decisão de Colocação de Sonda Nasogástrica

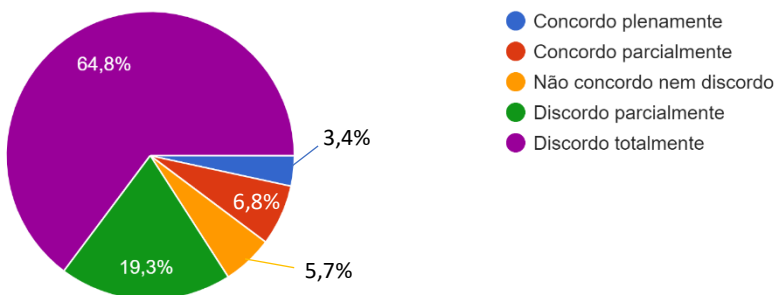


Figura 12 – Distribuição das respostas na questão: “No caso de se optar pela colocação de uma sonda nasogástrica num doente com demência avançada, esta decisão não deve ser reavaliada, uma vez que é expectável que o doente não apresente melhoria do seu estado de saúde e, por isso, as complicações que conduziram à aplicação da sonda nasogástrica estarão presentes durante o curso de toda a patologia”.

Investigação Etiológica da Anorexia/ Recusa alimentar / Disfagia

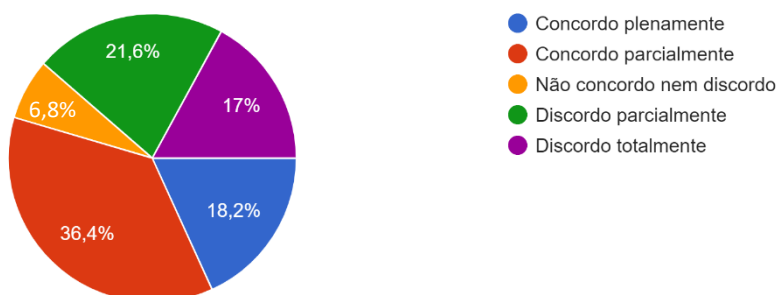


Figura 13 – Distribuição das respostas na questão: “Perante um doente com demência avançada que desenvolva anorexia/recusa alimentar ou disfagia, é necessário realizar uma investigação adicional de modo a encontrar uma etiologia, uma vez que são complicações expectáveis decorrentes da evolução da doença”.

Suplementação Proteica

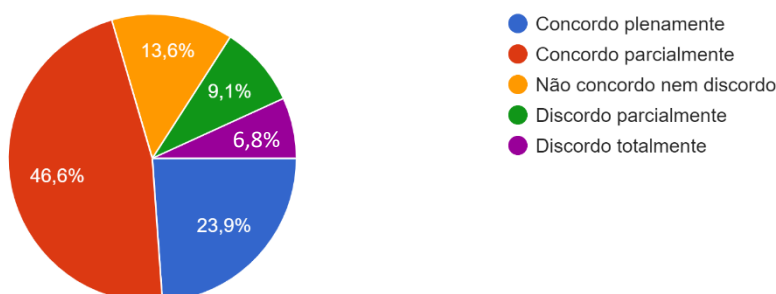


Figura 14 – Distribuição das respostas na questão: “Um doente com demência avançada cujo aporte alimentar é menor, devido ao risco de desnutrição, deve ser suplementado com proteínas”.

Consulta de Nutrição

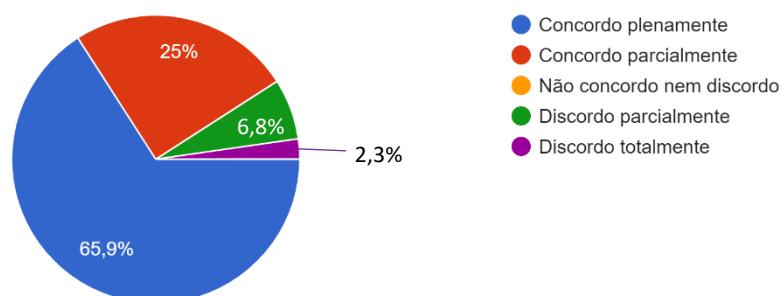


Figura 15 – Distribuição das respostas na questão: “O pedido de colaboração de um nutricionista é fundamental no desenho do plano de tratamento de um doente com demência avançada”.

Apêndice 3

Tabela I – Resultados da questão “Habitualmente entra em contacto com pessoas com demência avançada?”.

Habitualmente entra em contacto com pessoas com demência avançada?								
Serviço			Tempo de Contacto			Mensalmente	Anualmente	Total
			+5 dias /semana	3-5 dias/semana	<3 dias/semana			
Medicina A	Absoluto		16	12	2	0	0	30
	%		53,3%	40,0%	6,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Urgência	Absoluto		13	12	2	2	1	30
	%		43,3%	40,0%	6,7%	6,7%	3,3%	100,0%
Neurologia	Absoluto		9	10	8	1	0	28
	%		32,1%	35,7%	28,6%	3,6%	0,0%	100,0%
Total	Absoluto		38	34	12	3	1	88
	%		43,2%	38,6%	13,6%	3,4%	1,1%	100,0%

Tabela II – Distribuição da frequência das soluções que foram presenciadas na resolução da recusa alimentar/anorexia em doentes com demência avançada.

Solução utilizada perante doente com recusa alimentar/anorexia					
Serviço			Alimentação de Conforto	Sonda Nasogástrica	Total
			Medicina A	Absoluto	
	%		73,3%	26,7%	100,0%
Urgência	Absoluto		20	9	29
	%		69,0%	31,0%	100,0%
Neurologia	Absoluto		14	14	28
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Total	Absoluto		56	31	87
	%		64,4%	35,6%	100,0%

Tabela III – Adequação das soluções de alimentação encontradas perante um doente com recusa alimentar/anorexia.

Considera que foi a solução mais adequada?							
Solução			Em todas as situações	Na maioria das situações	Apenas em algumas situações	Em nenhuma das situações	Total
			Alimentação de Conforto	Absoluto		6	
	%		10,9%	74,5%	14,5%	0,0%	100,0%
Sonda Nasogástrica	Absoluto		1	14	15	1	31
	%		3,2%	45,2%	48,4%	3,2%	100,0%
Total	Absoluto		7	55	23	1	86
	%		8,1%	64,0%	26,7%	1,2%	100,0%

Tabela IV – Distribuição da frequência das soluções que foram presenciadas na resolução da disfagia para líquidos/sólidos em doentes com demência avançada.

Solução utilizada perante doente com disfagia para líquidos/sólidos

			Alimentação de Conforto	Sonda Nasogástrica	Total
Serviço	Medicina A	Absoluto	19	11	30
		%	63,3%	36,7%	100,0%
	Urgência	Absoluto	14	15	29
		%	48,3%	51,7%	100,0%
	Neurologia	Absoluto	9	18	27
		%	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Absoluto	42	44	86
		%	48,8%	51,2%	100,0%

Tabela V - Adequação das soluções de alimentação encontradas perante um doente com disfagia para líquidos/sólidos.

Considera que foi a solução mais adequada?

			Em todas as situações	Na maioria das situações	Apenas em algumas situações	Em nenhuma das situações	Total
Solução	Alimentação de Conforto	Absoluto	7	31	4	0	42
		%	16,7%	73,8%	9,5%	0,0%	100,0%
	Sonda Nasogástrica	Absoluto	4	24	15	1	44
		%	9,1%	54,5%	34,1%	2,3%	100,0%
Total		Absoluto	11	55	19	1	86
		%	12,8%	64,0%	22,1%	1,2%	100,0%

Tabela VI – Resultados da questão: “No caso de se ter optado na maior parte das vezes ou durante um maior período de tempo pela utilização de um tubo de alimentação nos casos em que o doente com demência avançada tinha dificuldade em ingerir líquidos/sólidos, foi realizada uma consulta de terapia da fala previamente à colocação de tubo de alimentação?”.

Consulta de Terapia da Fala previamente à colocação do Tubo de Alimentação						
Serviço			Pedido de Consulta			Total
			Na maior parte dos casos	Em alguns casos	Em nenhum caso	
Medicina A	Absoluto		3	6	18	27
		%	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%
Urgência	Absoluto		2	0	24	26
		%	7,7%	0,0%	92,3%	100,0%
Neurologia	Absoluto		2	6	14	22
		%	9,1%	27,3%	63,6%	100,0%
Total	Absoluto		7	12	56	75
		%	9,3%	16,0%	74,7%	100,0%

Tabela VII – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a sobrevida do doente”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tubo de Alimentação e Sobrevida					
Serviço			Concordo	Discordo	Total
			Plenamente/ Parcialmente	Totalmente/ Parcialmente	
Medicina A	Absoluto		5	17	22
		%	22,7%	77,3%	100,0%
Urgência	Absoluto		15	10	25
		%	60,0%	40,0%	100,0%
Neurologia	Absoluto		18	7	25
		%	72,0%	28,0%	100,0%
Total	Absoluto		38	34	72
		%	52,8%	47,2%	100,0%

Qui-quadrado de Pearson

Significância Assintótica (Bilateral)

,002

Tabela VIII – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada agrava a qualidade de vida dos doentes”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tubo de Alimentação e Qualidade de Vida					
Serviço			Concordo	Discordo	Total
			Plenamente/ Parcialmente	Totalmente/ Parcialmente	
Medicina A	Absoluto		23	0	23
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Urgência	Absoluto	13	10	23
		%	56,5%	43,5%	100,0%
	Neurologia	Absoluto	18	7	25
		%	72,0%	28,0%	100,0%
Total	Absoluto	54	17	71	
	%	76,1%	23,9%	100,0%	

Qui-quadrado de Pearson

Significância Assintótica (Bilateral)

,002

Tabela IX – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de tubo de alimentação (sonda nasogástrica/gastrostomia percutânea endoscópica) em doentes com demência avançada aumenta a incidência de úlceras de pressão”, nos diferentes serviços hospitalares.

Tubo de Alimentação e Úlceras de Pressão					
Serviço			Concordo	Discordo	Total
			Plenamente/ Parcialmente	Totalmente/ Parcialmente	
Medicina A	Absoluto		9	12	21
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Urgência	Absoluto	5	18	23
		%	21,7%	78,3%	100,0%
	Neurologia	Absoluto	1	21	22
		%	4,5%	95,5%	100,0%
Total	Absoluto	15	51	66	
	%	22,7%	77,3%	100,0%	

Qui-quadrado de Pearson

Significância Assintótica (Bilateral)

,011

Tabela X – Distribuição das respostas na questão: “A colocação de uma sonda nasogástrica em doentes com demência avançada aumenta a incidência de pneumonias de aspiração”, nos diferentes serviços hospitalares.

Sonda Nasogástrica e Pneumonias de Aspiração						
			Concordo Plenamente/ Parcialmente	Discordo Totalmente/ Parcialmente	Total	
Serviço	Medicina A	Absoluto	19	10	29	Qui-quadrado de Pearson Significância Assintótica (Bilateral) ,012
		%	65,5%	34,5%	100,0%	
	Urgência	Absoluto	11	14	25	
		%	44,0%	56,0%	100,0%	
	Neurologia	Absoluto	7	20	27	
		%	25,9%	74,1%	100,0%	
Total	Absoluto	37	44	81		
	%	45,7%	54,3%	100,0%		

Tabela XI – Distribuição das respostas na questão: “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”, podendo-se observar as respostas dos diferentes profissionais de saúde.

Gastrostomia Percutânea Endoscópica e Anorexia/Recusa Alimentar						
			Concordo Plenamente/ Parcialmente	Discordo Totalmente/ Parcialmente	Total	
Profissão	Médicos	Absoluto	5	34	39	Qui-quadrado de Pearson Significância Assintótica (Bilateral) ,034
		%	12,8%	87,2%	100,0%	
	Enfermeiros	Absoluto	12	24	36	
		%	33,3%	66,7%	100,0%	
	Total	Absoluto	17	58	75	
		%	22,7%	77,3%	100,0%	

Tabela XII – Comparação das respostas dos participantes das questões “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a colocação de uma sonda nasogástrica” e “Em doentes com demência avançada e com anorexia/recusa alimentar, considera-se que a atitude mais adequada é a realização de uma gastrostomia percutânea endoscópica”.

Solução encontrada perante Recusa Alimentar/Anorexia

		Sonda Nasogástrica		Total
		Concordo	Discordo	
Gastrostomia Percutânea Endoscópica	Concordo	10	7	17
	Discordo	10	46	56
Total		20	53	73

Tabela XIII – Distribuição das respostas na questão: “Como profissional de saúde, costuma discutir o plano antecipado de vontade com os doentes que tenham sido diagnosticados com demência e que são capazes de tomar decisões autonomamente?”, podendo-se observar as respostas dos diferentes profissionais de saúde.

Plano Antecipado de Vontade (PAV)

		Momento de discussão do PAV				Total	
		Próximo ao Diagnóstico	Discussão com família quando doente é incapaz de tomar decisões	Discussão com a família no final de vida do doente	Nunca realiza discussão do plano de tratamento com o doente/família		
Profissionais	Médicos	Absoluto	14	17	11	1	43
		%	32,6%	39,5%	25,6%	2,3%	100,0%
	Enfermeiros	Absoluto	14	13	8	10	45
		%	31,1%	28,9%	17,8%	22,2%	100,0%
Total		Absoluto	28	30	19	11	88
		%	31,8%	34,1%	21,6%	12,5%	100,0%

Qui-quadrado de Pearson

Significância Assintótica (Bilateral)

,040

Bibliografia

1. Ageing and health. Accessed February 6, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Dementia. Accessed February 6, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Pessoa A, Almeida P, Marinho R, et al. Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Med Interna*. 2021;27(1):80-88. doi:10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5 - 5. Ed. American Psychiatric Association; 2013.*
5. Eisenmann Y, Golla H, Schmidt H, Voltz R, Ferrar KM. Palliative Care in Advanced Dementia. *Front Psychiatry*. 2020;11:699. doi:10.3389/fpsy.2020.00699
6. Harwood RH. Feeding decisions in advanced dementia. *J R Coll Physicians Edinb*. 2014;44(3):232-237. doi:10.4997/JRCPE.2014.310
7. Mitchell SL. Advanced Dementia. Solomon CG, ed. *N Engl J Med*. 2015;372(26):2533-2540. doi:10.1056/NEJMcp1412652
8. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *N Engl J Med*. 2009;361(16):1529-1538. doi:10.1056/NEJMoa0902234
9. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CPM, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2014;28(3):197-209. doi:10.1177/0269216313493685
10. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(8):1590-1593. doi:10.1111/jgs.12924
11. Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2016;35(3):545-556. doi:10.1016/j.clnu.2016.02.006
12. De D, Thomas C. Enhancing the decision-making process when considering artificial nutrition in advanced dementia care. *Int J Palliat Nurs*. 2019;25(5):216-223. doi:10.12968/ijpn.2019.25.5.216
13. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2015;34(6):1052-1073. doi:10.1016/j.clnu.2015.09.004
14. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(3):580-584. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x

15. Finucane TE, Bynum JP. *Use of Tube Feeding to Prevent Aspiration Pneumonia*. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1996. Accessed May 30, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66558/>
16. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med*. 2012;172(9):697-701. doi:10.1001/archinternmed.2012.1200
17. AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(4):622-631. doi:10.1111/jgs.12226
18. Strategies for Improving Care for Patients with Advanced Dementia and Eating Problems. HMP Global Learning Network. Published August 5, 2009. Accessed February 7, 2022. <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/content/strategies-improving-care-patients-with-advanced-dementia-and-eating-problems-full-title-bel>
19. Schwartz DB, Barrocas A, Wesley JR, et al. Gastrostomy tube placement in patients with advanced dementia or near end of life. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr*. 2014;29(6):829-840. doi:10.1177/0884533614546890
20. Harrison Denning K, Sampson EL, De Vries K. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *Palliat Care*. 2019;12:1178224219826579. doi:10.1177/1178224219826579
21. Minaglia C, Giannotti C, Boccardi V, et al. Cachexia and advanced dementia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019;10(2):263-277. doi:10.1002/jcsm.12380