UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA

RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA

APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

João Pessoa
2022

RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA

APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Linha de pesquisa: Políticas e práticas na atenção à saúde e envelhecimento

Orientador: Profª. Drª. Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge

Coorientadora: Drª. Janine Maciel Barbosa

João Pessoa/PB
2022

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M929a Moura, Raquel Bezerra Barbosa de.
Aplicativo de nutrição para idosos em cuidados paliativos / Raquel Bezerra Barbosa de Moura. - João Pessoa, 2022.
197 f. : il.

Orientação: Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge.
Coorientação: Janine Maciel Barbosa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Aplicativos móveis - Nutrição. 2. Terapia nutricional. 3. Cuidados paliativos. 4. Idoso. 5. Nutricionista. I. Piagge, Carmem Sílvia Laureano Dalle. II. Barbosa, Janine Maciel. III. Título.

UFPB/BC CDU 004.4(043)

Elaborado por RUSTON SAMMEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA - CRB-15/0386

RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA

APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 07 de dezembro de 2022.

COMISSÃO JULGADORA

Profª. Drª. Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge
Presidente da Comissão (Orientadora)
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Prof. Drª Thamires Ribeiro Chaves
Membro Externo Titular
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª. Drª. Susanne Pinheiro Costa e Silva
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Dedico este estudo a todos os pacientes da clínica médica do HULW, com quem eu aprendo a pôr em prática o maior propósito da minha profissão e da vida: amar e servir ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Deus, vivo e verdadeiro, que dirige meus passos, guia meus caminhos e que me levou a cursar esse mestrado com a leveza e o sustento que vêm apenas dEle. Sem Ti, meu Senhor, eu nada poderia fazer!

À Profª Drª Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge, minha orientadora, por exercer seu papel de forma exímia e singular, contribuindo para o meu crescimento acadêmico. Obrigada por me acolher com tanta empatia e me auxiliar na construção deste estudo com tamanha dedicação e zelo. Com certeza fui privilegiada em tê-la como minha orientadora.

À colega de profissão e amiga Drª Janine Maciel Barbosa, minha coorientadora, que mesmo num momento pessoal menos voltado à área acadêmica, abraçou com carinho a missão de me coorientar e tanto contribuiu com sua *expertise* na área da nutrição e dos cuidados paliativos. Obrigada por torcer por mim e pela ajuda sempre presente quando necessito.

À Universidade Federal da Paraíba e a todos que integram o Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, pela troca de conhecimentos e práticas apresentadas, em especial, à Profª Drª Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, pelo empenho na coordenação do curso.

Aos meus colegas de curso, em especial, minha amiga Gina Araújo, colega de profissão com quem compartilhei a graduação, uma especialização e agora o mestrado, além de trabalharmos juntas na mesma instituição há vários anos. Que alegria é ter você por perto, amiga, essa vitória é nossa mais uma vez!

À Prof. Cláudia Mélo pelo incentivo, pela partilha de conhecimentos na área de tecnologia e pela valiosa contribuição no desenvolvimento deste estudo.

À Prof. Maria da Conceição Rodrigues por ter aceitado o convite para contribuirpara a revisão de escopo e no primeiro artigo publicado.

Aos participantes juízes especialistas pela disponibilidade e prontidão com que se dispuseram a contribuir para a realização desse estudo.

Ao nutricionista Renan Gondim, com quem tenho a alegria de compartilhar o trabalho na Clínica Médica do HULW, além de ter sido meu colega em duas especializações, pela disponibilidade em realizar a revisão do protocolo com tanta cautela e dedicação, e pelas valiosas contribuições na elaboração do segundo artigo.

À Ariadne, nutricionista que também é formada em tecnologia da informação e que topou, com tamanha responsabilidade e empenho, a missão de participar do estudo através da produção do aplicativo. Você chegou como resposta de oração e foi um instrumento de Deus para abençoar a minha vida através do seu trabalho. Minha gratidão pela parceria incrível.

Aos meus colegas nutricionistas do HULW pela amizade, incentivo e apoio na realização desse sonho, em especial, à Adriana Carvalho, minha coordenadora, que tanto me apoiou, me incentivou e esteve vibrando com minhas conquistas.

À minha mãe, Maria do Carmo, por ter me ensinado a ser resiliente e perseverante e nunca desistir dos meus objetivos. Obrigada pelas orações, pelo amor demonstrado e por estar sempre presente, incentivando e aconselhando.

À minha irmã Rebeca e meus sobrinhos Samuel e Gabriel, pelo carinho e companheirismo, por se alegrarem com minhas conquistas e pela presença constante.

À minha sogra Josefa por demonstrar amor por nós através do serviço e da dedicação ao nosso lar. Como lhe sou grata por toda a ajuda que a senhora tem dedicado a nós durante todos esses anos!

Ao meu amado esposo Walter, meu maior incentivador, aquele que enxuga as minhas lágrimas, ouve meus desabafos e me acalma, orando por mim e me aconselhando com tanta sabedoria. Sem você seria bem mais difícil. Você é bênção na minha vida, meu lindo! Eu te amo infinitamente!

Aos meus filhos amados: Sarah; Pedro e Débora. Vocês são a minha maior motivação e inspiração, vocês me fazem buscar ser uma pessoa melhor a cada dia. Meu amor por vocês não tem limites!

Por fim, a todos os que por algum motivo contribuíram para a realização deste estudo.

“Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei”.

1 Coríntios 13:2

MOURA, Raquel Bezerra Barbosa de. **Aplicativo de nutrição para idosos em cuidados paliativos.** 2020. XXf. (Dissertação). Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2020.

RESUMO

Introdução: O acelerado envelhecimento populacional contribui para o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis que podem levar à redução da capacidade funcional da pessoa idosa, levando à necessidade de cuidados paliativos. O nutricionista é um importante membro da equipe multiprofissional atuante no cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos ao manejar sintomas e melhorar a qualidade de vida dessa população, sendo de suma relevância difundir o conhecimento a respeito das intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos. **Objetivos:**Identificar as principais intervenções nutricionais voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos; elaborar um protocolo com as intervenções nutricionais identificadas; validar o protocolo por juízes especialistas; propor e validar um aplicativo com intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico conduzido em quatro etapas. A primeira etapa consistiu na revisão de escopo para identificar as principais intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos; na segunda etapa, foi realizada a construção de um protocolo de intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos; na terceira etapa, o protocolo foi validado por juízes especialistas; por fim, na quarta etapa, foi desenvolvido e validado um aplicativo com intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos.**Resultados e Discussão:**Foram produzidos: 1- Um artigo de revisão de escopo "Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos", cujos achados identificaram intervenções voltadas para a qualidade de vida, manejo de sintomas e melhora do estado nutricional. 2- Um protocolo resultante da pesquisa de revisão de escopo, considerando também as recomendações de guias para a elaboração de protocolos; publicações governamentais e estudos científicos em comum com a temática. A validação foi realizada por 6 juízes especialistas, através de 23 itens distribuídos em 6 domínios, e dois itens de classificação geral, descritos no instrumento *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II).3- A partir do protocolo validado, foi desenvolvido um aplicativo denominado NutriCP, direcionado aos nutricionistas que atuam com idosos em cuidados paliativos, sendo validado por 13 juízes especialistas a partir do método de validação de conteúdo (IVC). **Considerações finais:**A revisão de escopo identificou as intervenções nutricionais adotadas em pessoas idosas em cuidados paliativos que compreendem, em sua maioria: aconselhamento nutricional, suplementação nutricional oral e a nutrição artificial por meio de nutrição enteral e parenteral. A validação do conteúdo do protocolo e do aplicativo por juízes especialistas proporcionou maior confiabilidade na elaboração dos produtos desta dissertação, o protocolo e o aplicativo, destacando-se a importância do seu conteúdo para otimizar as condutas do nutricionista quanto às melhores estratégias de intervenções nutricionais às pessoas idosas em cuidados paliativos, promovendo o alívio ao seu sofrimento, conforto, bem-estar e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

Descritores: Aplicativos móveis.Terapia nutricional.Cuidados paliativos.Idoso.Nutricionista.

MOURA, Raquel Bezerra Barbosa de. **Nutrition app for elderly people in palliative care.** 2020. XXf. (Dissertation) Professional Master'sProgram in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2020.

ABSTRACT

Introduction: The accelerated aging of the population collaborates with the increased incidence of chronic non-communicable diseases that can lead to a reduction in the functional capacity of the elderly, leading to the need for palliative care. The nutritionist is an important member of the multiprofessional team in the care of the elderly person in palliative care, acting in the management of symptoms and improving the quality of life of this population, being of utmost relevance to spread the knowledge about the nutritional interventions directed to the elderly person in palliative care. **Objectives:** To identify the main nutritional interventions for the elderly in palliative care; to elaborate a protocol with the nutritional interventions identified; to validate the protocol by expert judges; to propose and validate an application with nutritional interventions for the elderly in palliative care. **Method:** This is a methodological study conducted in four stages. The first stage consisted of a scope review to identify the main nutritional interventions for the elderly in palliative care; in the second stage, a protocol of nutritional interventions for the elderly in palliative care was constructed; in the third stage, the protocol was validated by expert judges; finally, in the fourth stage, an application with nutritional interventions for the elderly in palliative care was developed and validated. **Results and Discussion:** The following were produced: 1- A review article with the scope "Nutritional interventions for the elderly in palliative care", whose findings identified interventions focused on quality of life, symptom management and improvement of nutritional status. 2- A protocol resulting from the scoping review research, also considering recommendations from guides for protocol development; government publications; and scientific studies in common with the topic. Validation was performed by 6 expert judges, through 23 items distributed in 6 domains, and two items of general classification, described in the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) instrument. 3- Based on the validated protocol, an application named NutriCP was developed, directed to nutritionists who work with palliative care elderly patients, and validated by 13 expert judges using the content validation method (CVI). **Final considerations:** The scoping review identified the nutritional interventions adopted in the elderly in palliative care, which mostly comprise: nutritional counseling, oral nutritional supplementation and artificial nutrition by means of enteral and parenteral nutrition. The validation of the protocol and application content by expert judges provided greater reliability in the development of the products of this dissertation, the protocol and the application, highlighting the importance of its content to optimize the conduct of the nutritionist regarding the best strategies of nutritional interventions for the elderly in palliative care, promoting relief to their suffering, comfort, well-being and consequently, better quality of life.

Keywords: Mobile apps. Nutritional Therapy. Palliative Care. Elderly. Nutritionist.

MOURA, Raquel Bezerra Barbosa de. **Aplicación de nutrición para personas mayores en cuidados paliativos.** 2020. XXf. (Disertación) Programa de Maestría Profesional em Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2020.

RESUMEN

Introducción: El acelerado crecimiento de la población colabora con el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles que pueden llevar a la reducción de la capacidad funcional de la persona enferma, lo que lleva a la necesidad de cuidados paliativos. El nutricionista es un miembro importante del equipo multiprofesional en la atención a las personas mayores en cuidados paliativos, actuando en el manejo de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida de esta población, siendo de suma relevancia difundir el conocimiento sobre las intervenciones nutricionales dirigidas a las personas mayores en cuidados paliativos. **Objetivos:** Identificar las principales intervenciones nutricionales dirigidas a la persona enferma en los cuidados paliativos; elaborar un protocolo con las intervenciones nutricionales identificadas; validar el protocolo por parte de los jueces especialistas; proporcionar y validar una aplicación con intervenciones nutricionales para personas enfermas en los cuidados paliativos. **Método:** Se trata de un estudio metodológico realizado en cuatro etapas. La primera etapa consistió en la revisión de los datos para identificar las principales intervenciones nutricionales en los cuidados paliativos; en la segunda etapa, se construyó un protocolo de intervenciones nutricionales para personas en cuidados paliativos; en la tercera etapa, el protocolo fue validado por especialistas; por último, en la cuarta etapa, se desarrolló y validó una aplicación con intervenciones nutricionales para los cuidados paliativos. **Resultados yDiscusión:** Se produjo: 1- Un artículo de revisión con el alcance "Intervenciones nutricionales para los ancianos en los cuidados paliativos", cuyos resultados identificaron intervenciones centradas en la calidad de vida, el manejo de los síntomas y la mejora del estado nutricional. 2- Un protocolo resultante de la investigación de revisión del alcance, considerando también las recomendaciones de las guías para la elaboración de protocolos; publicaciones gubernamentales; y estudios científicos en común con el tema. La validación fue realizada por 6 jueces expertos, a través de 23 ítems distribuidos en 6 dominios, y dos ítems de clasificación general, descritos en el instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II). 3- A partir del protocolo validado, se desarrolló una aplicación denominada NutriCP, dirigida a nutricionistas que trabajan con pacientes ancianos en cuidados paliativos, y validada por 13 jueces expertos en base al método de validación de contenido (CVI). **Consideraciones finales:** La revisión del alcance identificó las intervenciones nutricionales adoptadas en ancianos en cuidados paliativos que comprenden en su mayoría: asesoramiento nutricional, suplementos nutricionales orales y nutrición artificial mediante nutrición enteral y parenteral. La validación de los contenidos del protocolo y de la aplicación por parte de jueces expertos proporcionó una mayor fiabilidad en el desarrollo de los productos de esta disertación, el protocolo y la aplicación, destacando la importancia de sus contenidos para optimizar las conductas del nutricionista en cuanto a las mejores estrategias de intervención nutricional para las personas mayores en cuidados paliativos, promoviendo el alivio de su sufrimiento, el confort, el bienestar y, en consecuencia, una mejor calidad de vida.

Palabras Clave: Aplicaciones móviles. Terapia Nutricional. Cuidados Paliativos. Anciano. Nutricionista.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição dos percentuais de adequabilidade do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos, segundo domínios avaliados no AGREE II. João Pessoa, PB, 2020 57

Gráfico 02 – Tempo de experiência dos juízes com idosos e em cuidados paliativos em anos..... 85

Gráfico 03 – Validade de conteúdo dos itens individuais (CONCORDÂNCIA) 86

Gráfico 04 – Validade de conteúdo dos itens individuais (RELEVÂNCIA). 87

Gráfico 05 – Validade de conteúdo de cada componente e de todos os itens. 87

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Fluxograma das etapas do estudo **36**

Figura 02 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022 ..... **38**

Figura 03 – Cálculo da porcentagem total do domínio segundo instrumento AGREE II. **45**

Figura 04 – Pontuações utilizadas no cálculo da porcentagem total dos domínios segundo instrumento AGREE II **46**

Figura 5 - Etapas do desenvolvimento do aplicativo **40**

Figura 06 – Tela inicial e Tela de apresentação do aplicativo Nutri CP **160**

Figura 07 – Telas sobre instrumentos de avaliação do aplicativo Nutri CP **161**

Figura 08 – Telas sobre avaliação nutricional do aplicativo Nutri CP **161**

Figura 09 – Telas sobre manejo de sintomas do aplicativo Nutri CP **162**

Figura 10 – Telas sobre aspectos bioéticos para tomada de decisão do aplicativo Nutri CP **163**

Figura 11 – Telas sobre suporte nutricional em cuidados paliativos do aplicativo Nutri CP **164**

Figura 11 – Telas sobre suporte nutricional em cuidados paliativos do aplicativo Nutri CP **167**

Figura 12 – Telas sobre acompanhamento nutricional do aplicativo Nutri CP **167**

Figura 13 – Tela sobre as referências do aplicativo Nutri CP **167**

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 1 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022 52

Tabela 02 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 2 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022 55

Tabela 03 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 3 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022. 56

Tabela 04 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 4 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022 57

Tabela 05 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 5 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022 58

Tabela 6– Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 6 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022. 58

Tabela 07 – Perfil dos juízes especialistas envolvidos na validação do aplicativo NutriCP, João Pessoa, PB, 2022 153

Tabela 08 – Validade de conteúdo/roteiro dos itens individuais (I-CVI). João Pessoa, PB, 2022 154

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Características descritivas dos estudos incluídos (N= 26) sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022 ..... **28**

Quadro 02 – Intervenções e efeitos encontrados na Qualidade de Vida, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022 ..... **29**

Quadro 03: Intervenções e efeitos encontrados no Controle de Sintomas, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022 ..... **31**

Quadro 04: Intervenções e efeitos encontrados no Estado Nutricional, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022 ..... **32**

Quadro 05 – Pontuações máximas e mínimas para cada domínio, calculadas pelo instrumento Agree II **46**

Quadro 06 – Perfil dos juízes especialistas envolvidos na validação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos **48**

Quadro 07 – Pontuação da avaliação geral do protocolo pelos juízes especialistas **56**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AcN	Aconselhamento Nutricional
AF	Atividade Física
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AGREE II	*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*
AVD	Atividades de VidaDiária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências de Saúde
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CPL	Coorte Prospectivo Longitudinal
CR	Coorte Retrospectivo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EN	Estado Nutricional
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
MeSH	*Medical Subject Headings*
mHealth	*Mobile health*
NE	Nutrição Enteral
NPT	Nutrição Parenteral Total
NTIC	Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMPG	Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia
PRISMA-ScR	*PRISMA Extension for Scoping Reviews*
PTEG	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
QE	Quase Experimental
QV	Qualidade de Vida
SNI	Suporte nutricional individualizado
SNO	Suplementação nutricional oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNG	Tubo Nasogástrico
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	19
1	**INTRODUÇÃO**	21
2	**REVISÃO DA LITERATURA**	24
2.1	Os cuidados paliativos, o nutricionista e a pessoa idosa	24
2.2	Aplicativos móveis como ferramenta de apoio aos profissionais de saúde	27
2.3	Evidências científicas sobre intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos	28
3	**PERCURSO METODOLÓGICO**	35
3.1	Tipo de Estudo	35
3.2	Etapas do Estudo	35
3.3	Local da Pesquisa	42
3.4	População e Amostra dos juízes especialistas	42
3.5	Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados	43
3.6	Análise dos dados	45
4	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	48
4.1	Resultados e discussão sobre os dados obtidos na etapa de validação do Protocolo de Intervenções Nutricionais à Pessoa Idosa em Cuidados Paliativos	48
4.2	Protocolo de Intervenções Nutricionais à Pessoa Idosa em Cuidados Paliativos	57
4.3	Resultados e discussão sobre os dados obtidos na etapa de validação do Aplicativo	153
4.4	Aplicativo de nutrição para pessoa idosa em cuidados paliativos (Nutri CP)	159
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
	REFERÊNCIAS	169
	APÊNDICES	176
	ANEXOS	191

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação foi construída dentro do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) estando inserida na linha de pesquisa “Políticas e práticas na atenção à saúde e envelhecimento”.

A proposta da temática abordada surgiu por inquietações a respeito da reflexão do crescente aumento da população idosa e, consequentemente, de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), ocasionando a necessidade da oferta de cuidados paliativos (CP), uma abordagem ainda incipiente em nosso país, pouco conhecida pelos profissionais da área de saúde, mas de fundamental importância para a qualidade de vida e alívio do sofrimento da população idosa.

Os nutricionistas, por mais capacitados e experientes que sejam no atendimento à pessoa idosa, ao se deparar com o contexto dos CP, possivelmente apresentarão dificuldades no manejo de sintomas comuns a essa população, visto que sua formação apresenta lacunas importantes frente a essa temática, estando focada no estabelecimento e cumprimento de metas nutricionais, que muitas vezes são desnecessárias, podendo causar, inclusive, um sofrimento ainda maior ao idoso em CP.

Diante disso, faz-se necessário elencar alguns fatores a fim de favorecer o despertar deste profissional para sua atuação na abordagem dos CP: o nutricionista está inserido em uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar, sendo uma peça chave na promoção de bem-estar ao idoso em CP, visto que a alimentação é um importante aspecto da vida do ser humano, denotando sensação de prazer e está intimamente ligada a contextos socioemocionais; há uma maior proximidade com o paciente e sua família, devido ao contato diário e, consequentemente, a formação de um vínculo de confiança; há uma forte preocupação quanto à necessidade de alimentação para manter-se vivo e ativo, surgindo dúvidas por parte de pacientes e cuidadores no tocante ao manejo de sintomas desagradáveis e a possibilidade de suporte nutricional; há aspectos bioéticos envolvidos que devem ser respeitados pelo nutricionista, sendo a comunicação uma importante ferramenta a ser usada por este profissional a fim de promover alívio ao sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares e cuidadores. Com tudo isso, é inquietante que os profissionais de Nutrição se engajem nessa problemática, visando evidenciar seu potencial interveniente e demonstrar a fundamental importância deles nesse contexto tão atual e relevante da área de saúde.

Assim, foram despertas importantes reflexões sobre a prática do nutricionista dentro da

abordagem dos cuidados paliativos que necessitam ser difundidas e incorporadas aos serviços de saúde que lidam com pessoas idosas em CP, diante do constante crescimento dessa população e o forte impacto em sua qualidade de vida.

A visão sobre uma temática ainda pouco disseminada, porém, com importante repercussão nos serviços de saúde e amplas perspectivas para a prática do nutricionista, embora com atuações ainda muito pouco discutidas, influenciou a concepção de um produto inovador e de caráter norteador.

Dessa forma, este trabalho reflete a preocupação em difundir a temática, com base em evidências científicas e nortear os nutricionistas em suas condutas no atendimento às pessoas idosas em cuidados paliativos, com foco na qualidade de vida dessa população, atuando de forma holística, articulado dentro de um contexto biopsicossocial.

Para alcançar os objetivos propostos, este trabalho está estruturado em cinco partes: introdução; revisão de literatura; percurso metodológico; resultados e considerações finais.

A primeira parte se refere à contextualização da temática, problematização do estudo, justificativa e objetivos do estudo. A segunda, inclui o referencial teórico, no qual se aprofunda o arcabouço literário acerca da temática e se apresentam os resultados do estudo de revisão de escopo que subsidiou a elaboração do produto. A terceira parte descreve o percurso metodológico, envolvendo: tipo e etapas do estudo; método da revisão de escopo; métodos de elaboração e validação do produto proposto; população e amostra da pesquisa; procedimentos e instrumentos para a coleta de dados; análise dos dados; e aspectos éticos envolvidos. A quarta parte apresenta os resultados e suas respectivas discussões acerca da pesquisa de validação desenvolvida, seguida pela apresentação do produto.

Por fim, a quinta parte envolve as considerações finais, apresentando os conhecimentos adquiridos, a relevância do estudo para as políticas, as práticas na atenção à saúde para a população idosa e para o aperfeiçoamento da Nutrição no contexto da Gerontologia e dos CP.

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica é notório mundialmente. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2019, aproximadamente 9% das pessoas tinham acima de 65 anos no mundo, sendo essa proporção projetada para quase 12% em 2030, 16% em 2050, com previsão de chegar a quase 23% até 2100(ONU, 2019).

No Brasil, tal processo vem ocorrendo rapidamente. Segundo o último censo brasileiro em 2010, o número de pessoas acima de 65 anos correspondia a, aproximadamente, 7,4% da população do país(IBGE, 2011). Dados mais recentes revelam que esta população atingiu o percentual de 9,5% em 2019, totalizando aproximadamente 20 milhões de pessoas. Nas projeções populacionais, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais poderá atingir 25,5% no ano de 2060, equivalendo a 58 milhões de indivíduos nessa faixa etária (IBGE, 2019).

Em parte, o curso natural do envelhecimento humano colabora para uma maior suscetibilidade das pessoas idosas ao desenvolvimento de patologias como câncer, doenças neurológicas e osteomusculares crônicas, entre outras(COSTA et al., 2016). Tais patologias podem repercutir em alterações progressivas, dentre as quais, destaca-se a redução da capacidade funcional, alterações do paladar e dos processos metabólicos do organismo e modificação da composição corporal(VITOLO, 2015). Dependendo do nível de severidade e progressão, algumas patologias podem levar à dependência funcional para a realização de atividades de vida diária que, somada ao declínio da condição de saúde, tende a necessitar de CP (COSTA et al., 2016).

Historicamente, a filosofia dos CP, é visualizada ainda nos primórdios da era cristã. No Brasil, seu início data da década de 1980, com potencial crescimento a partir do ano 2000(MATSUMOTO, 2012). A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) conceitua Cuidados Paliativos como sendo uma abordagem que busca a promoção da prevenção e alívio do sofrimento, melhorando, assim, a qualidade de vida (QV) de pacientes e familiares que são acometidos de enfermidades que ameacem a vida.

No contexto dos cuidados paliativos, é imprescindível que haja uma equipe multiprofissional, o que possibilita o cuidado ao paciente em sua integralidade, buscando a avaliação em todas as dimensões a fim de que seja elaborada uma proposta de abordagem efetiva que contemple todos os aspectos avaliados. Dentre os profissionais envolvidos na equipe, o nutricionista tem, como uma de suas atribuições, a busca pelas melhores estratégias de conduta para nutrir o paciente, melhorando seu bem-estar biopsicossocial e proporcionando melhor QV(SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017). No entanto, a atuação do nutricionista

torna-se desafiadora na prática clínica quando se trata de idosos em cuidados paliativos, sobretudo no manejo de sintomas clínicos comuns a esse público, tais como: anorexia, perda de peso, náuseas, vômitos, xerostomia, mucosite, diarreia, constipação e outros que causam impacto direto na condição nutricional(MAGALHÃES; DE OLIVEIRA; CUNHA, 2018).

A atuação do profissional da nutrição junto à pessoa idosa em CP deve pautar-se numa intervenção que proporcione tanto a manutenção ou restauração do estado nutricional, como também busque promover o bem-estar nas diversas fases da doença. Os objetivos do suporte nutricional, à medida que a terminalidade da vida se aproxima, voltam-se mais para a QV do que para a adequação nutricional. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de conciliar a intervenção nutricional e a finalidade da paliação em propiciar conforto e auxiliar no controle dos sintomas(CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

Com o envelhecimento populacional, observa-se uma maior prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis pelo aumento da morbimortalidade dos idosos mundialmente. Tais doenças promovem um comprometimento fisiológico, levando a um aumento das internações hospitalares e do tempo de hospitalização, e estão associadas à síndrome clínica no idoso. Para um melhor controle das DCNT, as intervenções demandam maiores recursos financeiros, serviços de saúde especializados com profissionais capacitados e a oferta de CP (GASPAR et al., 2019).

Segundo a OMS, alguns dos princípios dos cuidados paliativos são: promover alívio da dor e de outros sintomas aflitivos; afirmar a vida e encarar a morte como processo natural; integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente; dar suporte para que os pacientes vivam ativos, tanto quanto for possível, até a morte; apoiar a família durante a doença do paciente e em sua perda; proporcionar qualidade de vida e talvez influenciar positivamente no curso da doença; entender e manejar complicações clínicas aflitivas(GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014). No contexto da paliação, quando as possibilidades de cura são exauridas, as estratégias no cuidado baseiam-se na preservação da autonomia do paciente, buscando proporcionar uma vida mais próxima da normalidade, sem abreviá-la ou prolongá-la por meios artificiais às custas de sofrimento físico, social e emocional. Dessa forma, o mais importante da abordagem paliativa é o conforto do paciente, de modo que é, a alimentação, uma das ações que podem proporcionar este bem-estar(MORAIS et al., 2016).

Pacientes idosos oncológicos, por exemplo, são frequentemente acometidos por sintomas físicos e psicossociais que culminam em declínio funcional, além de alterações fisiológicas decorrentes do tratamento e da evolução da doença como dor, anorexia, saciedade precoce, astenia, disfagia, alterações no paladar, aversões a alguns alimentos, entre outros

(MAGALHÃES; DE OLIVEIRA; CUNHA, 2018). Esses aspectos podem acarretar uma perda ponderal progressiva, que resulta em desnutrição, estando relacionada a piores desfechos clínicos além de comprometer a qualidade de vida.

O nutricionista inserido na equipe multiprofissional nos serviços de atendimento a idosos em cuidados paliativos constitui um importante ator no processo de cuidado alimentar e nutricional, atuando sempre em sintonia com a equipe. Trata-se de um profissional que tem a responsabilidade não só de assegurar a adequada ingestão alimentar, de acordo com as necessidades nutricionais, mas também considerar condições físicas, psicológicas e religiosas que interferirão na melhora da qualidade de vida do paciente(CORRÊA; ROCHA, 2021). Através da implementação de rotinas de avaliação e intervenções, o nutricionista poderá otimizar o controle de sintomas de impacto nutricional, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial dos idosos paliativos, melhorando, assim, sua QV (PINTO; CAMPOS, 2016).

A preocupação por oferecer um atendimento nutricional adequado a pacientes idosos em cuidados paliativos, bem como definir a forma, as estratégias e os procedimentos desta atuação ainda geram discussões entre os profissionais, evidenciando a importância de mais estudos a respeito da conduta nutricional voltada a esses pacientes(MOURA et al., 2020b) e a elaboração de instrumentos que auxiliem os nutricionistas em suas vivências na área da gerontologia em cuidados paliativos.

Os protocolos são rotinas de ações de um determinado serviço, elaborados por profissionais especialistas, fundamentados em evidências científicas atuais, e que auxiliam na orientação de fluxos, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde(WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Percebe-se uma constante expansão da utilização de novas tecnologias e das comunicações móveis em cuidados de saúde, visto que a sociedade atual acompanha o crescimento do mercado tecnológico com o surgimento de sofisticados aparelhos móveis juntamente com a utilização da informática. Tal expansão promove benefícios e agilidade, permitindo o rápido acesso pelos profissionais de saúde a sistemas de informação, obtendo assim os conhecimentos necessários para exercer o processo do cuidado(PENHA et al., 2018).

Diante disso, observa-se a necessidade do desenvolvimento de um aplicativo com orientações de intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos.

A área da saúde certamente é uma das mais influenciadas pelo crescente uso das tecnologias de comunicação e informação. A informática, aplicada à área da saúde está em expansão, sendo uma importante aliada dos profissionais, visto que permite uma maior agilidade em seus trabalhos e maior precisão em suas práticas. Os aplicativos (*apps*) são

ferramentas tecnológicas emergentes que compõem as chamadas Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC). Com propósitos diversos, os *apps* são extremamente versáteis e ainda possuem a facilidade de ser baixados de diferentes plataformas, permitindo que os usuários os utilizem em diferentes modelos e sistemas operacionais(SILVA et al., 2020).

Nesse contexto, observa-se a necessidade do desenvolvimento de um aplicativo com orientações de intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos.

Desse modo, a proposta de desenvolvimento neste estudo consiste na elaboração de um aplicativo contendo um protocolo de intervenções nutricionais voltado à pessoa idosa em cuidados paliativos, considerando a lacuna decorrente da falta de diretrizes claras para esse aspecto e a potencialidade do profissional nutricionista em intervir na melhora da qualidade de vida dessa população.

Frente a um conteúdo inovador direcionado aos nutricionistas, principalmente no Brasil, onde os estudos com evidências científicas são ainda incipientes, vislumbra-se um produto de aplicabilidade prática para profissionais que lidam com pessoas idosas em cuidados paliativos no seu cotidiano, fornecendo suporte aos nutricionistas que trabalham com essa população. A partir da construção dessa tecnologia, pretende-se otimizar as condutas do nutricionista quanto às melhores estratégias de intervenções nutricionais às pessoas idosas em cuidados paliativos, promovendo o alívio ao seu sofrimento, conforto, bem-estar e consequentemente, melhor qualidade de vida.

Diante da problemática suscitada e da importância do produto proposto, o presente estudo tem, como questionamentos norteadores: qual a efetividade das intervenções nutricionais adotadas para pessoas idosas em cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida e alívio dos sintomas? Um aplicativo contendo um protocolo de atendimento nutricional é válido para ser utilizado por profissionais que atuam com pessoas idosas em cuidados paliativos?

Nesse contexto, os objetivos do estudo incluem: identificar as principais intervenções nutricionais voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos; elaborar um protocolo com as intervenções nutricionais identificadas; validar o protocolo por juízes especialistas na área de gerontologia e/ou cuidados paliativos; propor e validar um aplicativo com intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Os cuidados paliativos, o nutricionista e a pessoa idosa

O processo de envelhecimento populacional é evidenciado em todos os continentes, sendo considerado um fenômeno mundial, natural e irreversível, posto que traz alterações na estrutura etária da população na medida em que se observam uma redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil e um aumento da expectativa de vida (SAAD, 2016).

No contexto do envelhecimento e de todas as implicações decorrentes dele, são observadas modificações no padrão de adoecimento mundial e o perfil de saúde em nosso país, haja vista a redução das taxas de mortalidade e natalidade, a relevante redução das doenças infectocontagiosas e o aumento progressivo das DCNT. Essas alterações vêm ocorrendo rapidamente, demandando respostas imediatas e adequadas no que diz respeito a ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, objetivando evitar ou retardar a instalação da doença e suas potenciais incapacidades(MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O aumento da longevidade se deve, em parte, aos avanços tecnológicos e científicos, bem como à melhoria das condições sanitárias e de saúde, como decorrência da ampliação do acesso aos serviços e melhores condições socioeconômicas. Tais alterações demográficas trazem consequências importantes de cunho social e econômico, especialmente à pessoa idosa(ANDRADE et al., 2018).

Frente a essa realidade, concomitantemente ocorre o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas – como as demências –, que integram o sexto grupo de doenças que mais impactam a funcionalidade e a morbidade de pessoas idosas, aspectos esses cada vez mais comuns nos indicadores da saúde pública(VIEIRA et al., 2017).

As DCNT são outro importante grupo de doenças que podem ser facilitadas com o processo de envelhecimento, tais como: depressão; diabetes; câncer; hipertensão; cardiopatias e doenças renais, tornando desafiador o cuidado prestado à pessoa idosa, visto que são doenças progressivas e incapacitantes, sendo este grupo um importante consumidor dos serviços de saúde, em virtude dessa crescente longevidade(ROQUE et al., 2020).

As alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, associadas à presença de DCNT, podem limitar a funcionalidade das pessoas idosas, levando à maior dependência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD). Tal limitação, que tem, como principal causa, as sequelas provenientes de DCNT, como também uma tendência maior à depleção do estado nutricional, exigem a oferta de cuidados paliativos por uma equipe multiprofissional capacitada nessa abordagem; tais cuidadostêm ascendido paulatinamente, fato demonstrativo de sua essencialidade no âmbitodos serviços de saúde, notadamente quando se observa a crescente necessidade de atender a indivíduos com doenças irreversíveis, sem

possibilidade terapêutica de cura, com enfoque em controle de sintomas e melhora da qualidade de vida (QV)(MOURA et al., 2020; ROQUE et al., 2020).

O cuidado paliativo se caracteriza por ser ativo, total e portrazer uma abordagem interdisciplinar que engloba o paciente, a família, os profissionais de saúde e a comunidade. Objetiva não retardar nem apressar a morte e tem como foco a manutenção da melhor QV possível, através de uma abordagem holística, paliando não apenas sintomas físicos ou psicológicos, mas também sociais e espirituais(ANDRADE; ALMEIDA; PINHO-REIS, 2017). A OMS considera os CP como uma área prioritária na política de saúde, recomendando que essa abordagem seja programada e trabalhada através de planos que contemplem o indivíduo em sua integralidade, com apoio global aos diversos fatores intervenientes na fase mais avançada da doença e do final da vida(VIEIRA et al., 2017).

É necessário que a abordagem paliativa seja implementada por uma equipe inter e multidisciplinar, com inclusão de nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, capelão, entre outros profissionais para que o paciente e seus familiares recebam cuidados de conforto, maior apoio e QV(MAGALHÃES; DE OLIVEIRA; CUNHA, 2018). Deve ser pautada por princípios bioéticos, com atuação humanizada, contínua e integral, enfatizando-se o controle da dor, conforto físico e emocional, alívio dos sintomas e sofrimento, de modo que o paciente e seus familiares sejam acolhidos(BARBOSA et al., 2019).

Os sintomas, quando não controlados, influenciam negativamente a QV, modificando a ingestão alimentar e, consequentemente, levando à piora do estado nutricional, além de prejudicar as relações psicossociais. Concernente à nutrição no controle de sintomas, é imprescindível recorrer a meios que previnam manifestações nutricionais e gastrointestinais causadas pela própria patologia e por efeito colateral de medicamentos, como xerostomia, disgeusia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal, inapetência, perda ponderal, desidratação e desnutrição, além de amenizar repercussões já instaladas(MAGALHÃES; DE OLIVEIRA; CUNHA, 2018).

Nesse contexto, o nutricionista tem papel fundamental na evolução favorável do paciente, auxiliando a equipe a traçar o plano terapêutico mais adequado e eficaz no que diz respeito à nutrição, contribuindo com conhecimento técnico inerente à área e com informações relevantes sobre hábitos alimentares prévios e o significado do alimento para o paciente em CP(MAGALHÃES; DE OLIVEIRA; CUNHA, 2018). Dessa forma, o nutricionista é responsável pela avaliação da melhor estratégia de alimentação que atingirá os objetivos desejados; portanto, deve assim assumir a responsabilidade do aconselhamento e orientação

constantes para manter o entendimento do indivíduo, sobre as opções e as metas terapêuticas, no centro das deliberações e de que as opções apropriadas sejam consideradas(CORRÊA; ROCHA, 2021).

2.2 Aplicativos móveis como ferramenta de apoio aos profissionais de saúde

As ferramentas tecnológicas estão em crescente expansão, sendo utilizadas com maior frequência entre os profissionais e instituições de saúde, uma vez que promovem maior agilidade e precisão na atuação desses profissionais, beneficiando os usuários dos serviços de saúde(SILVA et al., 2020). Com a constatação da relevância do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um Observatório Mundial de Saúde Eletrônica para auxiliar a implementação da saúde eletrônica nos países (WHO, 2011).

O uso da tecnologia móvel através de *smartphones*, considerados computadores de bolso, com inteligência artificial cada dia mais aprimorada, permite o acesso a diversos aplicativos diariamente, sendo algo constante na realidade atual, com importante impacto, permitindo o armazenamento, processamento e troca de informações em alta velocidade(BEZERRA et al., 2020).

A área de saúde tornou-se uma das principais influenciadas pelas tecnologias de informação e comunicação, percebendo-se que essa inovação tem aprimorado mundialmente as estratégias de prestação de serviços gerais em saúde. Tal percepção deu origem ao conceito de mHealth (*mobile health*), definido como as práticas médicas e de saúde pública auxiliada por ferramentas tecnológicas portáteis, como celulares, aparelhos para monitoramento de pacientes e assistentes pessoais digitais(SILVA et al., 2018).

Dessa forma, os aplicativos móveis demonstram ser uma excelente ferramenta de mHealth, visto que permitem suporte remoto a pacientes, suporte diagnóstico, assistência na tomada de decisão e soluções de problemas, o que facilita a vivência prática dos profissionais de saúde, além de auxiliar os pacientes através da disseminação do conhecimento científico e orientações relacionadas à saúde, sem limite de tempo e espaço, configurando uma estratégia robusta para a realidade atual(BEZERRA et al., 2020).

A tecnologia móvel pode ser aplicada em muitas esferas da saúde, inclusive a Nutrição. Terebinto, Bohrer e Dallepiane (2021) publicaram, recentemente, uma revisão integrativa da literatura a respeito dos aplicativos móveis em saúde e nutrição trazendo em seu escopo as potencialidades do uso dos aplicativos na área de saúde e nutrição, enfocando a linguagem de fácil compreensão, interface de fácil manuseio, facilidade na identificação do que deve ser

clicado, simplicidade e motivação apresentada aos usuários. Assim, percebe-se a importância de investimentos no desenvolvimento de aplicativos tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde(TEREBINTO; BOHRER; DALLEPIANE, 2021).

Evidências científicas têm demonstrado que o avanço tecnológico dos *smartphones* promovem uma maior mobilidade e liberdade no acesso, como também auxiliam a memorização das informações, despertam maior interesse sobre o conteúdo e influenciam a comunicação entre as pessoas. Esta potencial ferramenta da modernidade pode servir tanto para o autocuidado individual como para o cuidado coletivo da população, a depender do objetivo pretendido pelo profissional(TRINDADE, 2020; URBANO; NADAI; DALRI, 2016).

2.3 Evidências científicas sobre intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos

Foi conduzida uma revisão de escopo com o objetivo de identificar e mapear, na literatura, as intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos. Após as buscas sistemáticas, utilizando critérios de seleção, vinte e seis estudos foram selecionados.

Os estudos incluídos foram realizados em diferentes continentes, sendo 53,9% da Europa, 23,1% da América do Norte, 11,5% da Ásia e 11,5% da Oceania, publicados entre 1979 e 2021.

Os métodos utilizados como desenho de estudos foram: Ensaio Clínico Randomizado (ECR) 42,3%; Quase Experimental (QE) 26,9%; Coorte Prospectivo Longitudinal (CPL) 23,1% e Coorte Retrospectivo (CR) 7,7%.

As características descritivas dos estudos selecionados são relatadas no Quadro 01 a seguir.

Quadro 01 –Características descritivas dos estudos incluídos (N= 26) sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022.

Estudo	Desenho	População (n)	Média de idade	Intervenção	Objetivo da Intervenção
Amano (2012), Japão	CPL	63	69 (DP: 14)	Encorajamento, lanches e SNO, NPT	Escaras, edema e terapia antibiótica
Andrew (2009), Reino Unido	CPL	40	72 (62-81)	AcN	Saciedade precoce, inapetência, xerostomia
Aramaki (2019), Japão	ECR	39 (15 idosos)	62 (34-76)	PTEG	QV
Arnold (1989), EUA	CPL	50	64,1 (34-88)	SNO	EN
Baldwin (2011), Reino Unido	ECR	358	66,8 (24-88)	AcN, SNO,	Sobrevida, QV, EN
Barber (1999), Reino Unido	QE	20	62 (51-75)	SNO com óleo de peixe (ômega 3)	Perda de peso

Bouleuc (2020), França	ECR	111	67 (60-72)	NPT	QV, ingestão, sintomas digestivos, peso
Ching (1979), EUA	QE	45	60-86	SNO, NE e NPT	Hipoalbuminemia
Cotogni (2017), Itália	CPL	111	62 (32-79)	NPT domiciliar	QV
Crogan (2015), EUA	CPL	22	≥ 65	Sorvete de limão	Xerostomia
Culine (2014), França	QE	437	63 (DP: 11,4)	NPT domiciliar	QV, EN
Del Fabbro (2011), EUA	CR	151	60 (19-86)	AcN e medidas farmacológicas	Perda de peso, inapetência
Ester (2021), Canadá	QE	10	64,4 (51-83)	AF, nutrição e controle de sintomas	QV, fadiga, baixa ingestão, xerostomia
Fearon (2003), Reino Unido	ECR	200	67	Ácido graxo ômega 3 e antioxidantes	Peso, QV, composição corporal, ingestão
Ha (2010), Noruega	ECR	124	78,5 (DP: 7,4)	SNI	Desnutrição, perda de peso, QV, força
Isenring (2004), Austrália	ECR	60	61,9 (DP: 14)	Intervenção precoce e intensiva com AcN	Peso, EN, QV, função física
Isenring (2007), Austrália	ECR	60	61,9	Intervenção precoce e intensiva com AcN	Ingestão de energia e proteína
Lindh (1986), Suécia	QE	20	65 (51-83)	NE e NPT	Desnutrição
Lundholm (2004), Suécia	ECR	309	68 ± 1	SNO e NPT domiciliar	Perda de peso
Ma (2020), China	CPL	50	68 (35-88)	NPT domiciliar	EN, QV
McCann (1994), EUA	QE	10	74,7 (44-92)	Um pouco de líquidos e alimentos	Sensação de fome e sede
Persson (2002), Suécia	ECR	137	69 (48-89)	SNI	Peso, ingestão, QV e sobrevida
Ravasco (2005), Portugal	ECR	75	60 (36-79)	AcN e SNO	EN, morbidade e QV
Ruggeri (2020), Itália	CR	969	65,7 (±12,7)	Nutrição artificial domiciliar	Desnutrição
Senesse (2015), França	QE	370	64,5 (DP: 11)	NPT	QV e EN.
Silvers (2014), Austrália	ECR	21	72 (DP:12)	AcN direcionado os sintomas e SNO	EN, Controle de sintomas

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Notas:CPL: coorte prospectivo longitudinal; NPT: nutrição parenteral total; QV: qualidade de vida; AcN: aconselhamento nutricional; ECR: ensaio clínico randomizado; PTEG: gastrostomia endoscópica percutânea; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; QE: quase experimental; NE: nutrição enteral; CR: coorte retrospectiva; AF: atividade física; SNI: suporte nutricional individualizado

A fim de estruturar os resultados em relação aos objetivos do estudo, as principais intervenções e seus efeitos foram sintetizados e apresentados conforme a associação de três aspectos: Intervenções e efeitos encontrados na Qualidade de Vida (Quadro 02), Intervenções e efeitos encontrados no Controle de Sintomas (Quadro 03) e Intervenções e efeitos encontrados no Estado Nutricional (Quadro 04), conforme apresentado a seguir:

Quadro 02 –Intervenções e efeitos encontrados na Qualidade de Vida, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de intervenção	**Resultados obtidos**
Multimodal (AF, Nutrição e	A intervenção multimodal parece ser benéfica e segura melhorando a QV em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém são necessárias mais pesquisas(ESTER, 2021).

Controle de sintomas)	
PTEG	O PTEG foi superior ao TNG como um método de inserção de tubo para pacientes terminais com obstrução intestinal maligna (ARAMAKI, 2019).
AcN / SNO	AcN ou SNO não tiveram efeito sobre a QV em pacientes com câncer e perda de peso em quimioterapia (BALDWIN, 2011). A intervenção precoce e intensiva com AcN e SNO oferece resultados benéficos em termos de QV global e função física em pacientes que recebem radioterapia (ISENRING, 2004). Em pacientes com câncer, todos os escores de função da QV melhoraram no grupo que recebeu AcN e no que recebeu SNO, enquanto que no controle todos os escores de função de QV pioraram (RAVASCO, 2005). A intervenção precoce e intensiva com AcN em pacientes com câncer e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o grupo intervenção teve pontuação mais alta dos escores funcionais de QV para funcionamento físico, emocional e social em comparação ao controle (SILVERS, 2014).
NPT / NPT domiciliar	A NPT não melhorou a QV de pacientes com câncer avançado e desnutrição, causando efeitos colaterais mais graves (BOULEUC, 2020). A NP suplementar ou total domiciliar está associada à melhor QV em pacientes com câncer avançado, dependendo das condições clínicas e estado oncológico, devendo ser considerada quando os pacientes começam a perder peso ou se tornam hipofágicos (COTOGNI, 2017). A NPT domiciliar está associada à melhor QV em pacientes com câncer, porém, há necessidade de um ECR (CULINE, 2014). NPT domiciliar teve um impacto positivo no EN e na QV em pacientes com desnutrição e câncer gástrico em quimioterapia logo após o início do tratamento (MA, 2020). NPT domiciliar em pacientes com câncer promoveu uma melhora geral na QV, principalmente no componente físico (SENESSE, 2015).
Ácido Graxo ômega 3	A análise de potência observada de dose-resposta evidenciou que, se tomado em quantidade suficiente, apenas o suplemento de proteína e energia enriquecido com ácido graxo ômega 3 resulta em ganho de peso, tecido magro e melhor QV (FEARON, 2003).
SNI	SNI pode proteger pacientes idosos com AVC em risco nutricional contra a desnutrição e melhorar a QV (HA, 2010).

Fonte: No corpo do quadro.

Notas: NPT: nutrição parenteral total; QV: qualidade de vida; AcN: aconselhamento nutricional; PTEG: gastrostomia endoscópica percutânea; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; AF: atividade física; TNG: tubo nasogástrico; NP: nutrição parenteral; SNI: suporte nutricional individualizado; AVC: acidente vascular cerebral.

Quadro 03 –Intervenções e efeitos encontrados no Controle de Sintomas, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de intervenção	Resultados obtidos
Suporte nutricional individualizado com AcN, SNO e NPT quando necessário	Escaras, edemas e uso de ATB: Reduziu a prevalência de escaras, edemas e uso de ATB (AMANO, 2012).
Suporte nutricional individualizado	Ingestão calórico-proteica: A ingestão de alimentos e o balanço energético diário estimado foram superiores em pacientes com suporte nutricional (LUNDHOLM, 2004). Suporte nutricional individualizado pode promover aumento da ingestão energética em pacientes com câncer colorretal e gástrico e perda de peso (PERSSON, 2002).
AcN	Sintomas digestivos: Reduziu significativamente os escores totais de sintomas digestivos em 2 semanas (ANDREW, 2009). Fadiga, dispneia e inapetência: A intervenção precoce e intensiva com AcN logo após o diagnóstico em pacientes com câncer gastrointestinal alto e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o grupo intervenção teve pontuação mais baixa na escala de sintomas (indicativo de melhor controle dos sintomas), em comparação com o grupo controle para fadiga, dispneia e perda de apetite (SILVERS, 2014). Inapetência: AcN associado à medidas farmacológicas simples resultou em melhora significativa do apetite em pacientes com câncer (DEL FABBRO, 2011)(DEL FABBRO et al., 2011a).
AcN / SNO	Ingestão calórico-proteica: A intervenção nutricional precoce e intensiva com AcN e SNO resulta em melhor ingestão média de energia e proteína em comparação com a prática padrão (ISENRING, 2007). Anorexia, náusea/vômito, xerostomia e disgeusia: A redução desses sintomas em pacientes com câncer foi de 90% no grupo que recebeu AcN, 67% no grupo que recebeu SNO e 51% no grupo controle. Houve aumento na ingestão energética no grupo que recebeu AcN e manteve-se ao longo dos 3 meses (RAVASCO, 2005).
Sorvete de limão sem açúcar antes de duas refeições diárias	Xerostomia: melhorou significativamente a ingestão de alimentos pela estimulação da produção de saliva (CROGAN, 2015).
Multimodal (AF, nutrição e controle de sintomas)	Fadiga: parece ser benéfica e segura na redução de sintomas como a fadiga em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém são necessárias mais pesquisas (ESTER, 2021).
Pequenas quantidades de líquidos e alimentos	Fome, sede e xerostomia: esses sintomas podem ser atenuados, geralmente com pequenas quantidades de alimentos, líquidos e/ou pela aplicação de gelo e lubrificação. Fornecer alimentos e líquidos apenas necessários para aliviar o desconforto do paciente pode ser um meio eficaz, satisfazendo os desejos do paciente e, ao mesmo tempo, aliviando o desconforto (MCCANN, 1994).

Fonte: No corpo do quadro.

Notas: NPT: nutrição parenteral total; ATB: antibiótico; AcN: aconselhamento nutricional; SNO: suplementação nutricional oral; AF: atividade física.

Quadro 04 –Intervenções e efeitos encontrados no Estado Nutricional, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de Intervenção	Resultados Obtidos
AcN / SNO	AcN e SNO mantiveram os níveis de albumina em pacientes oncológicos (ARNOLD, 1989). AcN ou SNO não tiveram efeito sobre o EN em pacientes com perda de peso em quimioterapia (BALDWIN, 2011). AcN e SNO oferece benefícios quanto à perda de peso e deterioração do EN em pacientes em radioterapia (ISENRING, 2004). O AcN em pacientes com câncer e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o peso corporal foi maior e o risco nutricional menor no grupo intervenção (SILVERS, 2014). No grupo que recebeu AcN houve melhora no EN, enquanto que no que recebeu SNO e no controle não (RAVASCO, 2005). AcN e medidas farmacológicas simples resultaram em melhora do ganho de peso em pacientes oncológicos (DEL FABBRO, 2011).
Ácido graxo ômega 3	SNO com ácido graxo ômega 3 promoveu ganho de peso, em comparação com os suplementos convencionais (BARBER, 1999). O uso de ácidos graxos ômega-3 não proporcionou vantagem terapêutica. A análise de potência observada de dose-resposta evidenciou que, se em quantidade suficiente, apenas o suplemento enriquecido com ácido graxo ômega 3 resultou em melhor EN e QV (FEARON, 2003).
Nutrição artificial	SNO oligomérico: Em idosos com câncer a albumina sérica foi melhor preservada com ingestão de uma dieta adequada ou complementada com dieta especial de baixo resíduo. NE por tubos especiais de silicone podem ser usados, com mínimo desconforto. NPT pode ser reservada para fases mais críticas (CHING, 1979). A NPT domiciliar está associada à melhor EN em pacientes com câncer (CULINE, 2014). SNO e NPT domiciliar: A massa magra não diferiu entre os dois grupos, mas as mudanças na gordura total foram diferentes. A gordura corporal foi menor no grupo intervenção na inclusão, mas aumentou ao longo do tempo, enquanto no grupo controle permaneceu inalterada(LUNDHOLM et al., 2004). NPT domiciliar teve um impacto positivo no EN e na QV em pacientes desnutridos e em quimioterapia (MA, 2020). A nutrição artificial domiciliar pode ser eficaz em evitar a morte por desnutrição e em manter e melhorar a performance em um mês (RUGGERI, 2020). NPT domiciliar em pacientes com câncer promoveu melhora no peso dos pacientes, a triagem de risco nutricional diminuiu e a performance melhorou ou estabilizou. A maioria dos pacientes ganhou peso e 17,5% atingiram o peso ideal (SENESSE, 2015). SNE pode servir como um tratamento paliativo da desnutrição progressiva em pacientes anorexígenos com câncer. No entanto, só deve ser considerado para pacientes com capacidade funcional regular e sem sintomas de dor intensa ou distúrbios neurológicos (LINDH, 1986).
SNI	SNI pode proteger idosos com AVC em risco nutricional contra a desnutrição e melhorar a QV (HA, 2010). SNI pode promover ganho de peso em pacientes oncológicos (PERSSON, 2002).

Fonte: No corpo do quadro.

Notas: AcN: aconselhamento nutricional; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; QV: qualidade de vida; NE: nutrição enteral; NPT: nutrição parenteral total; SNE: suporte nutricional enteral; SNI: suporte nutricional individualizado; AVC: acidente vascular cerebral.

Observa-se que as intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos encontradas neste estudo objetivaram a promoção da qualidade de vida, o manejo de sintomas e a melhora do estado nutricional.

Dentre os estudos analisados,o aconselhamento nutricional, associado ou não ao uso de suplementação nutricional foi a intervenção mais frequentemente adotada nos três aspectos avaliados: qualidade de vida; controle de sintomas e estado nutricional(ANDREW et al., 2009;

ARNOLD; RICHTER, 1989; BALDWIN et al., 2011; DEL FABBRO et al., 2011b; ISENRING; BAUER; CAPRA, 2007; RAVASCO et al., 2005; SILVERS et al., 2014). Esta intervenção fornece aos pacientes instruções quanto à quantidade e frequência das refeições, fortificação de alimentos, alterações de consistência, com vista ao quadro clínico e sintomas presentes, além do apoio familiar e ambiente agradável para refeição, sendo fundamental uma boa comunicação para se obter maior sucesso(HAGMANN et al., 2018).

Foram identificados onze estudos(AMANO et al., 2013; ARAMAKI et al., 2019; BOULEUC et al., 2020; CHING et al., 1979; COTOGNI et al., 2017; CULINE et al., 2014; LINDH et al., 1986; LUNDHOLM et al., 2004; MA et al., 2020a; RUGGERI et al., 2020; SENESSE et al., 2015)que abordaramo uso de nutrição artificial em idosos em cuidados paliativos, em especial o uso de nutrição parenteral domiciliar(COTOGNI et al., 2017; CULINE et al., 2014; LUNDHOLM et al., 2004; MA et al., 2020b; RUGGERI et al., 2020).

No tocante à qualidade de vida, apenas um estudo da amostra(BOULEUC et al., 2020)relacionou negativamente o uso de nutrição parenteral total à qualidade de vida de pacientes com câncer em estágio avançado e desnutridos, apontando que houve efeitos colaterais mais graves. Desta forma, não recomendam a prescrição de nutrição parenteral para pacientes com câncer avançado com expectativa de vida inferior a três meses. Ratificando essa orientação, as diretrizes práticas para nutrição clínica em oncologia da *Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (BRASPEN), bem como a da ESPEN, trazem uma recomendação semelhante, abordando que o benefício do suporte nutricional em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos deve ser cuidadosamente considerado, levando em consideração o prognóstico e a sobrevida do paciente. Pacientes com um bom prognóstico e uma sobrevida global esperada de pelo menos vários meses, bem como pacientes com baixa atividade tumoral e sem reação inflamatória devem receber aconselhamento e suporte nutricional adequado, incluindo oral, enteral ou, se necessário, nutrição parenteral ou combinações. Há pouco ou nenhum benefício do suporte nutricional nas últimas semanas de vida, uma vez que não resultará em nenhum benefício funcional ou de conforto para o paciente(HORIE et al., 2019; MUSCARITOLI et al., 2021).

Quanto ao estado nutricional, apenas um(LINDH et al., 1986)dos quatro estudos(ARAMAKI et al., 2019; CHING et al., 1979; LINDH et al., 1986; RUGGERI et al., 2020) da amostra, que abordaram a nutrição enteral, indicou efeito limitado desse suporte nutricional, devendo ser considerado apenas em pacientes com capacidade funcional regular e ausência de sintomas debilitantes.

Outro importante achado desse estudo foi o de trazer algumas estratégias importantes para manejo de sintomas comuns aos idosos em cuidados paliativos como xerostomia, disgeusia, fadiga, dispneia, inapetência, anorexia, escaras, edemas, náuseas e vômitos, com resultados positivos em todos os estudos(AMANO et al., 2013; ANDREW et al., 2009; CROGAN, 2015; DEL FABBRO et al., 2011b; ESTER et al., 2021; ISENRING; BAUER; CAPRA, 2007; LUNDHOLM et al., 2004; MCCANN, ROBERT M; HALL, WILLIAN J; GROTH-JUNCKER, 1994; PERSSON; GLIMELIUS, 2002; RAVASCO et al., 2005; SILVERS et al., 2014) que abordaram tal manejo, sendo o aconselhamento nutricional a intervenção mais utilizada para trazer alívio aos sintomas.

O cuidado nutricional quanto ao manejo de sintomas compreende diferentes intervenções incluindo, por exemplo, o aconselhamento nutricional, enriquecimento de refeições, oferta de lanches, modificações de consistências, fornecimento de suplementos nutricionais orais, nutrição enteral e parenteral, que podem se complementar mutuamente em relação aos seus efeitos sobre os sintomas apresentados. No entanto, os cuidados nutricionais vão além das intervenções, abrangendo também a assistência alimentar, a adaptação de fatores ambientais e a eliminação de causas subjacentes, necessitando dessa forma de uma ação multidisciplinar, com a colaboração de nutricionistas, enfermeiros, auxiliar de serviços gerais, profissionais da cozinha, médicos, terapeutas, familiares, cuidadores e o próprio paciente(VOLKERT et al., 2018).

Quanto ao uso de ácido graxo ômega 3, o estudo de Fearon et al. Apresentou, em sua conclusão, que o estudo falhou em demonstrar que o uso de suplementos enriquecidos com esse composto nutracêutico promoveria o anabolismo em pacientes com caquexia. Porém, a análise de potência observada de dose-resposta mostrou que, se usado em quantidade suficiente, esta intervenção resulta em ganho líquido de peso, massa magra e melhora da qualidade de vida(FEARON, 2003). O estudo de Leite, Lobo e Andrade (2021) apresentou vários benefícios da suplementação de ômega 3 na promoção da qualidade de vida de pacientes em tratamento oncológico, conferindo melhora à resposta inflamatória e imunológica, na síntese muscular, xerostomia, cicatrização de feridas cirúrgicas e caquexia associada ao câncer (LEITE; LOBO; ANDRADE, 2021).

Quanto às limitações para esse estudo, pode-se elencar: embora a idade média dos participantes dos estudos tenha sido superior a 60 anos, a maioria dos estudos não abordou os resultados especificamente na parcela da população idosa, não nos oferecendo a opção de analisar separadamente os dados; seis estudos tiveram pequenas coortes de dez a vinte e dois participantes(BARBER et al., 1999; CROGAN, 2015; ESTER et al., 2021; LINDH et al., 1986;

MCCANN, ROBERT M; HALL, WILLIAN J; GROTH-JUNCKER, 1994; SILVERS et al., 2014), limitando assim a capacidade de generalizar os resultados; quanto ao manejo de sintomas nos estudos selecionados, notamos a ausência de intervenções voltadas para alguns sintomas comuns à população idosa em cuidados paliativos como constipação, diarreia e mucosite.

Essa revisão de escopo traz implicações importantes para a prática do nutricionista, como também para futuras pesquisas, uma vez que entre os nutricionistas que trabalham com cuidados paliativos, em especial, na terminalidade da vida, a maioria não possui formação em assistência paliativa, ressaltando a tendência de obstinação terapêutica, não levando em consideração o sofrimento causado por algumas intervenções, bem como a necessidade de minimizar conflitos éticos na tomada de decisões(MAINGUÉ et al., 2020).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

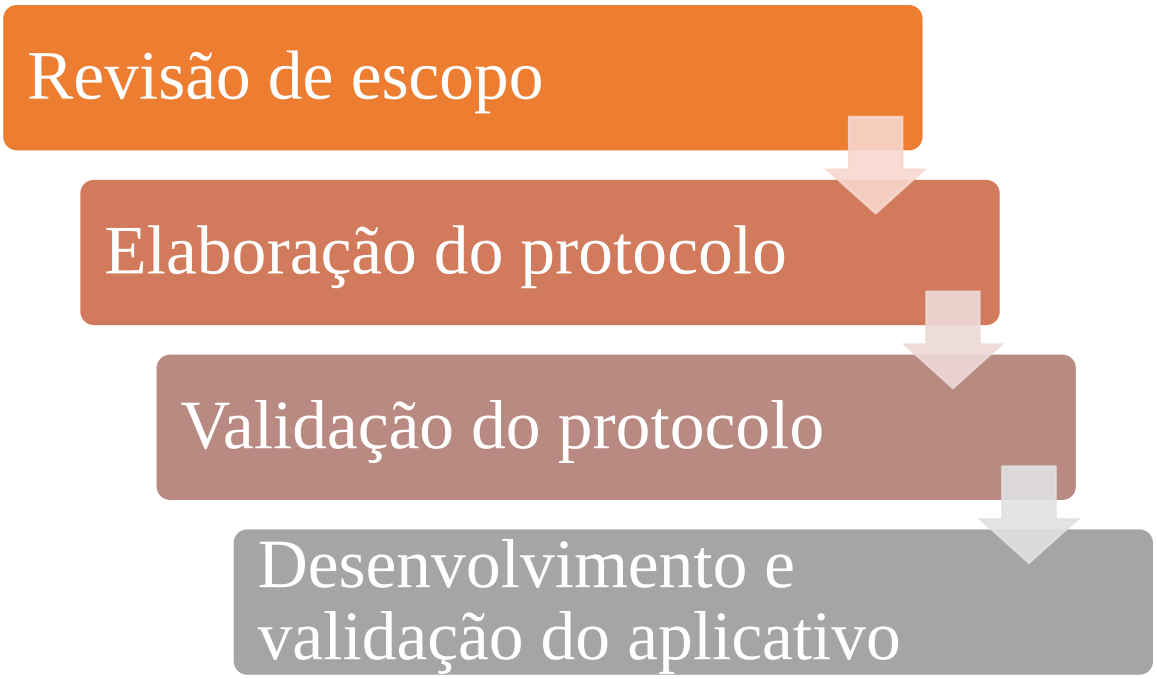
Trata-se de um estudo metodológico de construção e validação do conteúdo de um aplicativo de intervenções nutricionais voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos.

O estudo metodológico visa, por meio de etapas – como as investigações dos métodos deobtenção e organização dos dados – à construção e à validação de instrumentos e técnicas, bem como aodesenvolvimento de instrumentos de captação da realidade(POLIT, DENISE F.; BECK, 2011).

3.2 Etapas do Estudo

Este estudo foi conduzido em quatro etapas (Figura 01):a primeira abordou a identificação, na literatura, de evidências científicas acerca das principais intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida e alívio de sintomas, através de uma revisão de escopo; na segunda etapa, foi realizada a construção de um protocolo de intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos; na terceira etapa, o protocolo foi validado por juízes especialistas na área da Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos; por fim, na quarta etapa, foi desenvolvido e validado um aplicativo com intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos.

Figura 01 – Fluxograma das etapas do estudo



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

3.2.1 Revisão de escopo sobre as intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos

A revisão de escopo tem a finalidade de mapear os principais conceitos que sustentam uma determinada área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas. Estas revisões compreendem a análise da extensão, do alcance e da natureza da atividade de pesquisa; sistematizam e disseminam achados que podem contribuir para os formuladores de políticas e profissionais e identificam lacunas na literatura existente(PETERS, M.D.J., GODFREY, C., MCINERNEY, P., MUNN, Z., TRICCO, A.C., KHALIL, 2020).

Esta revisão foi conduzida de acordo com as recomendações de estruturação do Manual do Instituto Joanna Briggs - JBI *Manual for Evidence Synthesis*(PETERS MDJ, GODFREY MC, MCINERNEY P, SOARES CB, KHALIL H, 2015) e a lista de verificação PRISMA-ScR, que consiste em um checklist específico para revisões de escopo, incluindo 22 itens, sendo 20 essenciais e 02 opcionais(TRICCO et al., 2018). As etapas da condução da pesquisa foram: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) remoção de duplicados; (4) seleção os estudos; (5) extração e sumarização dos dados e (6) relatório de resultados.

3.2.1.1 Protocolo e Registro

O protocolo da proposta de Revisão de Escopo intitulada Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos: revisão de escopo, foi submetido e registrado na plataforma *Open Science Framework* (https://osf.io/), em 05 de novembro de 2021, com número de DOI: 10.17605/OSF.IO/ECT8K (https://osf.io/ect8k) seguindo as diretrizes de relatório descritas na extensão PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR)(TRICCO et al., 2018).

3.2.1.2 Critérios de elegibilidade

Foi utilizada a estratégia mnemônica população, conceito e contexto (PCC), sendo a população definida como pessoas idosas, o conceito como intervenções nutricionais e o contexto como cuidados paliativos. Assim, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais intervenções nutricionais são adotadas para a pessoa idosa em cuidados paliativos?

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados estudos de intervenção e observacionais, sem restrição de idioma ou período, que avaliassem condutas nutricionais em idosos em cuidados paliativos. Os estudos excluídos foram os seguintes: aqueles que não incluíram participantes com 60 anos ou mais; estudos em que os participantes não foram submetidos a nenhuma intervenção nutricional; revisões; cartas; resumos; artigos de opiniões; relatos de casos; séries de casos e capítulos de livros.

3.2.1.3 Estratégia de busca

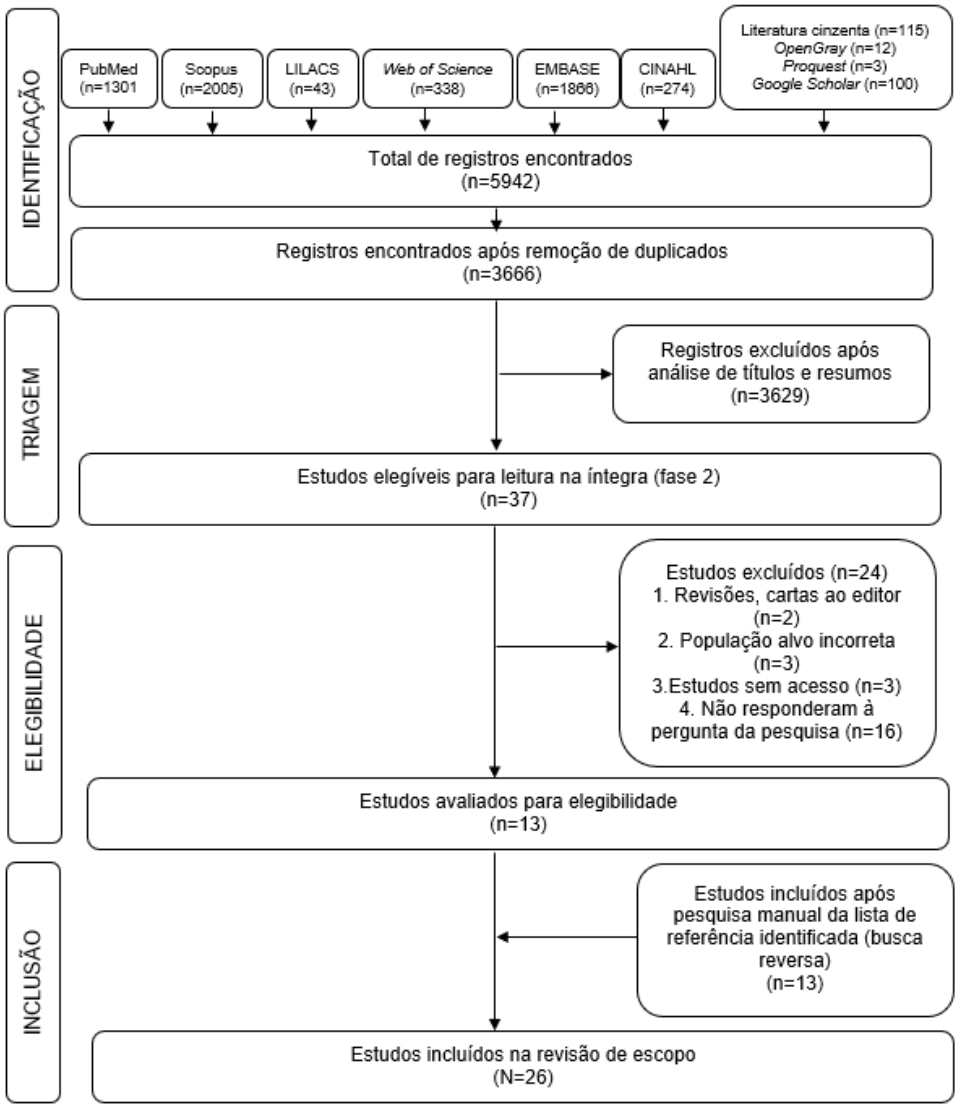
A partir da estratégia PCC, foram selecionados os descritores presentes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): "*nutritional intervention*", "intervenção nutricional", "*palliative care*", "cuidados paliativos", "*aged*" e "idosos", bem como seus sinônimos, combinados com o uso de operadores booleanos (*OR* e *AND*) e adaptados para cada base de dados. A estratégia completa e detalhada está no APÊNDICEA.

A busca na literatura foi realizada por dois pesquisadores independentes, nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), EMBASE, SCOPUS, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e LILACS, bem como na literatura cinzenta: *Google Scholar, ProQuest Dissertations & Theses Global* e *OpenGrey.* Também foi realizada a estratégia de busca reversapor meio da leitura de todas as referências dos artigos selecionados nesta revisão.

Uma bibliotecária experiente supervisionou todo o processo de montagem da estratégia e refinamento de busca.

Foram identificados 5.942 estudos nas bases de dados e na literatura cinzenta, após a retirada das duplicatas, permaneceram 3.666 estudos. A triagem foi realizada através da leitura de título e resumo, sendo selecionados 37 artigos para a segunda fase. Após a leitura na íntegra, foram selecionados 13 estudos, de acordo com os critérios de elegibilidade. Com a busca reversa, foram adicionados 13 estudos, totalizando 26 estudos para compor a amostra. Um fluxograma desse processo de seleção dos estudos é apresentado na Figura 2.

Figura 02 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022.



Fonte: Adaptado de PRISMA-ScR.

3.2.1.4 Extração e sumarização dos dados

As informações coletadas foram: características do estudo (autores, ano de publicação, país e desenho de estudo), características da população (tamanho da amostra, idade média), características dos sinais e sintomas relatados, características das intervenções, resultados primários e secundários e conclusões quanto aos efeitos das intervenções.

3.2.2 Elaboração do Protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos

Os protocolos são instrumentos elaborados por profissionais especialistas e orientados por diretrizes de origem técnica, organizacional e política, fundamentados em evidências científicas atuais, e que auxiliam na orientação de fluxos, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde(WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A partir da revisão de escopo, foi elaborada a primeira versão do Protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos. De modo a complementar o conteúdo deste conjunto de diretrizes, como também as intervenções identificadas pelas evidências científicas encontradas na revisão de escopo, buscou-se também publicações e estudos científicos que apresentassem abordagens em comum com a temática.

Para a estruturação do protocolo, foram observadas as orientações sugeridas por um guia para elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas(BRASIL, 2019), como também as recomendações do *Appraisal of Guidelines for Research and Evalution II* (AGREE II), instrumento utilizado como estratégia metodológica para o desenvolvimento das diretrizes e, principalmente, para avaliar os critérios de qualidade do protocolo elaborado(AGREE, 2017).

3.2.3 Validação do Protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos

Com o objetivo de avaliar o instrumento quanto à finalidade para o qual está sendoutilizado, a validação é etapa fundamental(POLIT, DENISE F.; BECK, CHERYL TATANO; HUNGLER, BERNADETTE P.; THORELL, 2004). A qualidade dos protocolos elaboradospode ser extremamente variável e alguns, frequentemente, não alcançam os parâmetros básicos;assim, a avaliação deste instrumento deve incluir o julgamento sobre o método utilizado paraelaboração das diretrizes, o conteúdo das recomendações finais e os fatores relacionados à suaaplicação (AGREE, 2017).

Nesta etapa, os juízes especialistas realizaram a avaliação da primeira versão do protocolo desenvolvido.

A etapa de validação foi realizada no mês de maio de 2022, utilizando um formulário eletrônico criado através do aplicativo de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*®. Deste formulário constaram: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser acordado pelos juízes especialistas; instruções acerca do procedimento de validação do protocolo através do instrumento a ser utilizado; questões referentes ao perfil da amostra dos juízes especialistas; e, por fim, os itens a serem avaliados pelos juízes.

3.2.4 Elaboração do produto tecnológico: Aplicativo Nutri CP

Para o desenvolvimento do produto tecnológico, optou-se por utilizar algumas etapas do processo de produção para a criação do aplicativo, sendo elas a pré-produção, a produção e pós-produção (WINDER; DOWLATABADI, 2011), conforme a figura 5 a seguir.

Figura 05 – Etapas do desenvolvimento do aplicativo.

Fonte: Adaptado de Winder e Dowlatabadi, 2011).

3.2.4.1 Etapa 1: Pré-Produção

Esta etapa iniciou primeiramente com um planejamento para o desenvolvimento de um aplicativo contendo o protocolo proposto que contou com a colaboração de uma equipe multiprofissional (nutricionista, profissionais de saúde e da área de tecnologia da informação), com parceria do *Google Developer Student Clubs Uninter* (GDSC), com o objetivo de desenvolver o aplicativo e adequá-lo em dispositivos móveis.

Inicialmente, foi elaborado um roteiro, escrito pela equipe a partir do protocolo, utilizado como um guia para auxiliar a organização da produção do aplicativo, mostrando a ordem das informações apresentadas e o conteúdo a ser inserido em cada tela. Com base no roteiro elaborado, um profissional do GDSC fez o refinamento do texto, objetivando uma melhor comunicação com o usuário, passando pela aprovação de toda a equipe.

Após a aprovação do roteiro, foi elaborado um protótipo do aplicativo através daaplicação webFigma que é um editor gráfico de vetor e prototipagem de projetos de design

baseado principalmente no navegador web, com ferramentas offline adicionais para aplicações desktop para GNU/Linux, macOS e Windows. O objetivo do protótipo visou obter uma pré-visualização das informações que seriam transmitidaspelo aplicativo. A elaboração do protótipo buscou atingir os objetivos propostos neste estudo, sendo abordados todos os tópicos do protocolo elaborado. Alguns pontos foram discutidos e definidos em conjunto com a equipe de apoio como seleção de imagens, definição de cores, apresentação do texto escrito com as informações direcionadas ao público alvo.

Com o protótipo pronto, seguiu-se com o processo de validação por juízes especialistas.

3.2.4.2 Etapa 2: Produção

Esta etapa consiste na construção do produto propriamente dito – o aplicativo NutriCP, seguindo as definições da pré-produção. De forma geral, os materiais desenvolvidos na pré-produção são os elementos a serem trabalhados nesta etapa (LIMA, 2016).

A produção decorreu após a validação do conteúdo (protótipo) por juízes especialistas e o aperfeiçoamento profissional da equipe de produção técnica. Foi utilizada a biblioteca *React Native*, criada pelo *Facebook*, a qual permite a criação de aplicativos multiplataforma nativos para Android e IOS, a partir do uso de biblioteca customizada e eficiente de *JavaScript*.

3.2.4.3 Etapa 3: Pós-Produção

Esta etapa é caracterizada pelos ajustes finais, gravação do vídeo de apresentação e realização de vários testes para aprimoramento do aplicativo.

3.2.5 Validação do aplicativo Nutri CP

Na fase de pré-produção do aplicativo, foi realizada a validação do protótipo do produto final. Nesse processo, a avaliação por juízes pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos (NANCY; GROVE, 2001; HYRKÄS; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER; OKSA, 2003).

A validação de conteúdo é um processo subjetivo, baseado em julgamento, não havendo um método objetivo por completo a fim de assegurar a adequada representação do conteúdo a ser abordado. As questões são então submetidas a um grupo de especialistas na área do seu conteúdo para análise da adequação dos itens (POLIT; BECK, 2011; MARKS, 2015).

3.3 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido de forma remota, tendo em vista a pandemia da COVID 19. O contato com os juízes especialistas ocorreu através das plataformas digitais (*Google Forms®, Whatsapp®, E-mail*).

3.4 População e amostra dos juízes especialistas

Para que o protocolo seja aplicado adequadamente na assistência, foi utilizada a estratégia de avaliação por especialistas, cujos critérios para seleção dos especialistas foi: ser nutricionista e possuir experiência clínica e/ou acadêmica no tema(ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A tarefa dos juízes especialistas consistiu em avaliar a adequabilidade dos itens em relação a cada questionamento estabelecido pelo AGREE II. Esta ferramenta recomenda que o protocolo seja avaliado por pelo menos dois e, preferencialmente, por quatro especialistas, de forma a aumentar a confiabilidade da validação (AGREE, 2017). Este estudo utilizou o quantitativo amostral de seis juízes especialistas na validação do referido protocolo, tornando esse processo mais fidedigno e confiável.

A seleção dos juízes ocorreu após pesquisa no Currículo Lattes destes profissionais na Plataforma Lattes, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Foram incluídos, na amostra, os profissionais nutricionistas que possuíam, em seu Currículo Lattes, especialização na área de Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos, com título de Mestre.

Foram pré-selecionados seis juízes, aos quais foi enviada uma carta convite, via correio eletrônico (e-mail), questionando o interesse em participar do estudo. Dos selecionados, todos os seis profissionais aceitaram participar, confirmando o aceite através de um formulário elaborado no *Google Forms*® (APÊNDICE B).

A partir da confirmação dos participantes, foi enviado o material a ser avaliado através de e-mail, sendo estabelecido o prazo de 20 dias corridos para devolução das validações, a fim de cumprir os prazos da pesquisa.

Para a validação do aplicativo, observou-se sua usabilidade a fim de que fosse aplicável na prática assistencial dos nutricionistas. Foi utilizada a estratégia de avaliação por especialistas, cujos critérios para seleção dos especialistas foram: ser nutricionista e possuir mestrado na área de saúde.

A seleção da amostra de juízes foi realizada por conveniência pelo modelo conhecido como *snowball* ou bola de neve, uma forma de seleção não probabilística.

Não há um consenso na literatura quanto ao número pré-estabelecido para a escolha dos juízes a fim de se validar os resultados obtidos. Sendo assim, para a etapa de validação do protótipo do aplicativo foram pré-selecionados quinze juízes, aos quais foi enviada uma carta convite, via correio eletrônico (e-mail), questionando o interesse em participar do estudo. Dos selecionados, treze profissionais aceitaram participar, confirmando o aceite através de um formulário elaborado no *Google Forms*® (APÊNDICE E).

A partir da confirmação dos participantes, foi enviado o material a ser avaliado através de e-mail, sendo estabelecido o prazo de 20 dias corridos para devolução das validações, a fim de cumprir os prazos da pesquisa.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

A partir do aceite dos participantes, o conteúdo do aplicativo (protocolo) a ser avaliado foi enviado por e-mail, bem como o link para acesso ao formulário no aplicativo *Google Forms*®, contendo: o TCLE (APÊNDICE C); as questões referentes à caracterização da amostra de juízes especialistas; instruções acerca da utilização do instrumento; e os respectivos itens contidos no instrumento a serem avaliados.

O questionário referente à caracterização da amostra dos juízes foi elaborado pela presente autora, contendo questões referentes aos especialistas quanto a (o)(à): sexo; idade; cidade/estado; nível de formação; tipo de atividade profissional; tempo de experiência profissional; tempo de experiência em Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos; publicações de artigo (s) na área de Gerontologia e/ ou Cuidados Paliativos; e experiência prévia na validação de protocolo(s) (APÊNDICE D).

O instrumento utilizado para a avaliação do conteúdo do protocolo proposto foi o AGREE II (ANEXO A), uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e a transparência do desenvolvimento de protocolos, bem como a qualidade das diretrizes desenvolvidas em nível local, regional, nacional ou internacional, envolvendo versões originais e/ou atualizações de diretrizes já existentes (AGREE, 2017).

O AGREE II é composto por 23 itens organizados em 6 domínios, seguido por dois itens de classificação geral. Cada domínio abrange uma dimensão de qualidade do protocolo, sendo assim designados: Domínio 1 (Escopo e Finalidade), diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1 a 3); Domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas) dimensiona em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4 a 6); Domínio 3 (Rigor do desenvolvimento) descreve o processo utilizado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7 a 14); Domínio 4 (Clareza da apresentação) inclui a linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15 a 17); Domínio 5 (Aplicabilidade) relaciona os prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como o envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18 a 21); e Domínio 6 (Independência editorial) diz respeito à formulação das recomendações, evitando vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22 a 23). A avaliação global inclui a classificação da qualidade geral da diretriz e se ela pode ser recomendada parautilização empírica (AGREE, 2017).

Cada um dos itens do AGREE II é classificado em uma escala do tipo Likert de 7 pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente). O escore 1 deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item em questão ou se o conceito é precariamente relatado. O escore 7 deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente. Pontuações entre 2 e 6 são atribuídas quando o item não atende integralmente ao pré-requisito estabelecido. A pontuação nesse intervalo é atribuída em função da integridade e qualidade dos relatos. Desse modo, as pontuações aumentam à medida que os critérios são contemplados e as considerações abordadas (AGREE, 2017).

Ao completar os 23 itens, os juízes realizam duas avaliações gerais da diretriz. A avaliação global requer que o especialista julgue a qualidade do protocolo, igualmente em uma escala Likert de 7 pontos (1 – qualidade mais baixa possível a 7 – qualidade mais alta possível), considerando os critérios apreciados no processo de avaliação. Além disso, informa também se recomenda ou não o uso do protocolo, optando por umas das três indicações: “Sim”; “Sim, com modificações”; ou “Não” (AGREE, 2017).

O instrumento de validação do aplicativo foi baseado no instrumento aplicado por Ramalho (2016), sendo adaptado ao presente estudo. Este instrumento considera os seguintes pontos: tópicos de avaliação; concordância; grau de relevância; comentários e sugestões; constituindo-se um Protocolo de Julgamento dos Juízes.

A etapa de validação pelos juízes especialistas foi realizada no mês de setembro de 2022. Os juízes especialistas foram convidados a participar da pesquisa, primeiramente informalmente, por contato pelo *Whatsapp*® e, após a concordância, foi enviado, por e-mail, a carta-convite em formato eletrônico (*Google Forms*®). Após o registro de aceite na carta-convite, foi enviado outro e-mail contendo: um link para acesso ao protótipo naaplicação web Figma, o protocolo de intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos em anexo, no formato PDF, para consulta do conteúdo em questão e um link contendoum formulário eletrônico (*Google Forms*®) em que constavam: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser acordado pelos juízes especialistas para assinatura eletrônica por meio da concordância ou não (APÊNDICE F); o protocolo de avaliação, composto por um instrumento de caracterização do perfil dos juízes (APÊNDICE G) e o protocolo de julgamento dos juízes (APÊNDICE H).

3.6 Análise dos dados

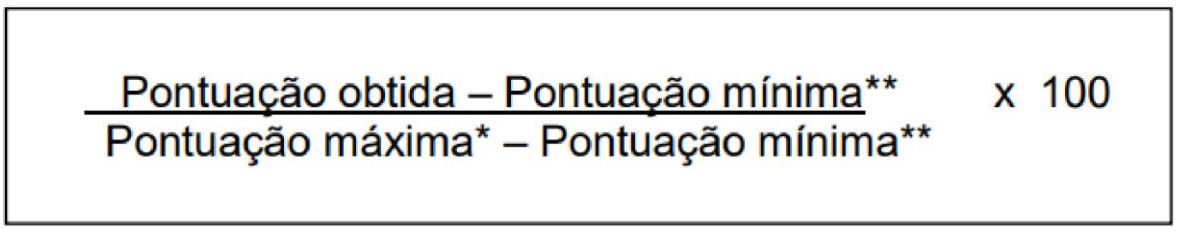
3.6.1 Análise dos dados para a validação do protocolo

A análise dos dados seguiu as recomendações propostas pelo AGREE II, em que se calcula uma pontuação de qualidade para cada um dos seis domínios contidos no instrumento.

A pontuação de qualidade é representada de forma percentual, sendo independente para cada domínio. Seu cálculo envolveu a soma de todas as pontuações dos itens pertencentes ao domínio em questão. A partir dele, foi possível obter o percentual em relação à pontuação máxima estabelecida para aquele domínio (AGREE, 2017).

O cálculo efetuado para se obter a porcentagem total de cada domínio segue na fórmula apresentada na Figura 03.

Figura 03 – Cálculo da porcentagem total do domínio segundo instrumento AGREE II.



Fonte: Adaptado de AGREE (2017).

Foram utilizadas, como referencial, as pontuações explicitadas na Figura 04 abaixo.

Figura 04 – Pontuações utilizadas no cálculo da porcentagem total dos domínios segundo instrumento AGREE II.

Pontuação obtida = soma de todas as pontuações dos itens individuais de cada domínio. * Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x número de itens no Domínio x número de avaliadores ** Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x número de itens no Domínio x número de avaliadores

Fonte: Adaptado de AGREE (2017).

Foi considerado o número de avaliadores para se calcular as pontuações máximas e mínimas para cada domínio.

Haja vista que este estudo utilizou seis juízes e manteve todos os itens avaliados nos respectivos domínios, calculou-se as pontuações máximas e mínimas para cada domínio, que foraminseridas no Quadro 05 a seguir.

Quadro 05– Pontuações máximas e mínimas para cada domínio, calculadas pelo instrumento Agree II.

Domínios	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
Domínio 1	18	126
Domínio 2	18	126
Domínio 3	48	336
Domínio 4	18	126
Domínio 5	24	168
Domínio 6	12	84

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A pontuação dos domínios é útil para a comparação de diretrizes e oferecer subsídios para que uma diretriz seja ou não recomendada, porém, o instrumento não define pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios, com finalidade de diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade (AGREE, 2017). Todavia, foi estabelecido o ponto de corte de 75% de adequabilidade para considerar o protocolo válido, visto que este critério foi também adotado por outros autores (CATUNDA, 2016; SOUSA et al., 2018).

3.6.2 Análise dos dados para a validação do aplicativo

Os dados dos instrumentos preenchidos foram analisados utilizando-se o software *Epi Info* Versão 7.2.4 e, após serem organizados numa planilha no *Microsoft Excel*®, foram gerados gráficos e tabelas para melhor compreensão dos resultados.

O grau de concordância entre os especialistasfoi avaliado atravésdo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método muito utilizado na área de saúde, que permite a aferição da proporção de juízes que estão em concordância com o instrumento e seus itens, cujo escore é medido através da soma de concordância dos itens "3", 4" e "5" pelos juízes (WYND; SCHAEFER, 2002; HYRKÄS; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER; OKSA, 2003; MCGILTON, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os itens que recebessem pontuação "1" ou "2" seriam revistos. A validação varia entre 0 e 1, e pode ser calculada a partir da média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala (S-CVI/Ave), validade de conteúdo de cada componente (S-CVI/UA) e a validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI). A avaliação do instrumento como um todo deu-se através da divisão do número total de itens considerados relevantes pelos juízes pelo número total de itens do instrumento, conforme as fórmulas abaixo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; RAMALHO, 2016).

Validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI) (1)

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas Sim ou 3, 4 e 5}}{\text{Número total de respostas}}$$

Validade de conteúdo de cada componente (S-CVI/UA) (2)

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas Sim}}{\text{Número total de respostas x Números de itens no componente}}$$

Validade de conteúdo para todos os itens da escala (S-CVI/Ave) (3)

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas Sim ou 3, 4 e 5}}{\text{Número total de respostas x Números total de itens}}$$

De acordo com Polit e Beck (2011), no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes. Com a participação de cinco ou menos sujeitos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78 (LYNN, 1986).Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (GRANT; DAVIS, 1997). No

entanto, neste caso, os valores recomendados devem ser de 0,90 ou mais (POLIT; BECK, 2006).

3.7 Aspectos Éticos do Estudo

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) e aprovado sob CAAE: 46568621.0.0000.5188 (ANEXO B).

Foram respeitados todos os preceitos éticos e de esclarecimentos, assegurando ao participante desta pesquisa o seu consentimento livre e esclarecido, o sigilo das informações e de sua identidade, conforme preconiza a Resolução 466/2012 CNS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e concordaram com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que foi disponibilizado no formulário *Google Forms*® (APÊNDICESC e F). Este termo esclareceu aspectos quanto aos riscos mínimos da pesquisa, seus benefícios, o procedimento de coleta de dados, a garantia de sigilo e anonimato, bem como a liberdade de recusar o consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo de toda natureza, ficando a pesquisadora à disposição dos participantes para o esclarecimento de qualquer dúvida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos na etapa de validação do Protocolo de Intervenções Nutricionais à Pessoa Idosa em Cuidados Paliativos

A validação foi realizada por seis juízes especialistas, denominados JE1, JE2, JE3, JE4, JE5 e JE6. O perfil dos juízes pode ser visualizado no Quadro 6 abaixo.

Quadro 06 – Perfil dos juízes especialistas envolvidos na validação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos.

Juiz	Sexo	Idade	Cidade/Estado	Nível de Formação	Tipo de atividade profissional	Tempo de experiência profissional	Tempo de experiência em Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos
JE1	F	41	João Pessoa / PB	Mestrado	Docência	16 – 20 anos	11 – 15 anos
JE2	F	37	João Pessoa /PB	Mestrado	Assistência	6 – 10 anos	6 – 10 anos
JE3	F	31	João Pessoa /PB	Doutorado	Assistência	6 – 10 anos	1 – 5 anos

JE4	F	47	Florianópolis/SC	Doutorado	Docência	20 anos	20 anos
JE5	F	56	João Pessoa /PB	Mestrado	Docência	20 anos	11 – 15 anos
JE6	F	33	João Pessoa /PB	Mestrado	Docência	11 – 15 anos	6 – 10 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Dos seis juízes, apenas um referiu não ter publicação de artigo(s) na área de Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos e nenhum deles declarou já ter experiência prévia na validação de protocolo(s).

Quanto à validação do protocolo segundo o instrumento AGREE II, procedeu-se os resultados de cada domínio e seus respectivos itens, avaliados pelos juízes especialistas selecionados.

O Domínio 1 foi avaliado, por unanimidade, com pontuação máxima (7 pontos), atingindo a adequabilidade de 100%, conforme calculado através da fórmula percentual.

O primeiro item desse domínio trata do impacto da diretriz na saúde da sociedade e populações, e deve incluir critérios como: intervenções(s) na saúde (prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, etc.); benefício(s) esperado(s) ou desfecho(s); e alvo (por exemplo, pacientes, público). O item 2 estabelece critérios como: a população-alvo; intervenção(ões) ou exposição(ões); comparações (se adequadas ao caso); desfecho(s); e ambiente ou contexto de cuidados de saúde. O terceiro item exige uma descrição clara da população (por exemplo, pacientes, público) coberta pela diretriz, incluindo a faixa etária envolvida (AGREE, 2017).

Neste domínio, quanto ao item 1, o JE3 avaliou que os três principais eixos: avaliação; plano terapêutico e acompanhamento; foram citados e bem desenvolvidos ao longo do trabalho; o JE5 avaliou o objetivo como claro e de relevância, pois direciona ao cuidado integral à pessoa idosa e o JE6 avaliou a abordagem como muito clara e necessária ao público em questão. Quanto ao item 2, o JE3 avaliou que as questões de saúde cobertas pela diretriz se encontram especificamente descritas, tanto no que tange as doenças crônicas que mais acometem o idosos, como de forma específica as recomendações para pacientes idosos oncológicos e o JE5 também avaliou de forma positiva, visto que o protocolo engloba intervenções nutricionais voltadas para pessoas idosas que apresentem doenças ameaçadoras à vida, desde o diagnóstico até a terminalidade. Já no item 3, o JE5 avaliou que a população a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita, porém como sugestão acrescentaria como local de atenção à saúde "em domicílio"; e o JE6 avaliou que a população foi muito bem descrita, com referências muito plausíveis.

Os resultados obtidos na avaliação dos itens 1, 2 e 3, pertencentes ao Domínio 1, pode ser observado na Tabela 1 a seguir.

Tabela 01 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 1 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 1 – Escopo e Finalidade	**JE1**	**JE2**	**JE3**	**JE4**	**JE5**	**JE6**	**TOTAL**
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	7	7	7	7	7	7	**42**
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	7	7	7	7	7	7	**42**
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	7	7	7	7	7	**42**
TOTAL	21	21	21	21	21	21	126

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O cálculo do Domínio 2 considera as pontuações obtidas nos itens 4, 5 e 6, obtendo igualmente o percentual de 100%, conforme calculado pela fórmula percentual.

Em relação ao item 4 (equipe de desenvolvimento da diretriz), o JE3 pontua que em relação a nutricionistas, sim, quando designam as diversas áreas de atuação (níveis de atenção) que poderão aproveitar em sua prática assistencial este protocolo. Quantos aos demais profissionais da equipe multidisciplinar apenas citações, mas não viu incoerência nisso, haja o fato de ser uma ferramenta bastante específica. O JE6 pontuou que poderia ser dado maior ênfase à importância do profissional fonoaudiólogo no processo da terapia nutricional.

O AGREE II estabelece, no item 4, uma referência aos profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento das diretrizes, que pode incluir: componentes da equipe coordenadora; indivíduos envolvidos na pesquisa das evidências; e profissionais responsáveis pela elaboração das recomendações finais. Este item exclui os revisores externos e os representantes da população-alvo. Informações sobre a composição, formação e expertise referentes à equipe de desenvolvimento do protocolo devem ser destacadas (AGREE, 2017).

Quanto aos profissionais envolvidos na construção do protocolo, foi destacado na capa e em sua paginação subsequente, o nome dos profissionais responsáveis por sua elaboração, suas respectivas formações e expertises. Foi acrescentada a legenda “Equipe de Desenvolvimento” para melhor identificação.

Por ser um produto resultante de uma dissertação de Mestrado Profissional, o estudo deve envolver a pesquisadora e sua respectiva orientadora. O envolvimento de outros profissionais no desenvolvimento do presente protocolo torna-se desnecessário haja vista a característica do trabalho exigido.No entanto, futuras atualizações possibilitarão o envolvimento de outras categorias, com o objetivo de fortalecer as diretrizes propostas.

Quanto ao item 5 (conhecimento das opiniões e preferências da população-alvo) deste domínio, o JE3 pontuou que o protocolo é uma ferramenta totalmente voltada ao profissional nutricionista que acompanha o paciente/público idoso e o JE5 pontuou que não foi identificado

no protocolo completo a preocupação em conhecer a opinião e preferências da população-alvo (idosos que apresentem doenças ameaçadoras à vida).

O item 5 estabelece que os relatos sobre as experiências e as expectativas dos cuidados à saúde, evidenciados pela população-alvo, devem fortalecer a elaboração das diretrizes. A ferramenta esclarece que existem alguns meios de garantir que essas perspectivas sejam abordadas: consultas formais com a população-alvo a fim de eleger os tópicos prioritários; participação destes como desenvolvedores ou como revisores externos das diretrizes; entrevistas com as partes interessadas; ou por meio de revisões da literatura sobre as experiências, preferências ou valores da população-alvo (AGREE, 2017). Assim, optou-se por abordar esse tópico através de revisão da literatura, trazida na parte introdutória.

O item 6 requer que os usuários-alvo estejam nitidamente apresentados na diretriz, de forma que o profissional possa identificar rapidamente se esse protocolo é adequado e pertinente para a sua atuação (AGREE, 2017). Dessa forma, foi inserido e destacado o tópico "Usuários-alvo", a fim de tornar esse item distintamente apresentado no protocolo em questão.

A Tabela 02 mostra os resultados obtidos no Domínio 2.

Tabela 02 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 2 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 2 – Envolvimento das partes interessadas	**JE1**	**JE2**	**JE3**	**JE4**	**JE5**	**JE6**	**TOTAL**
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	7	7	7	7	7	7	**42**
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc).	7	7	7	7	7	7	**42**
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	7	7	7	7	7	7	**42**
TOTAL	21	21	21	21	21	21	126

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O Domínio 3 (itens 7 a 14) julgou o rigor do desenvolvimento do protocolo, atingindo a porcentagem de 98,61% de adequação, conforme calculado pela fórmula percentual.

O item 7 obteve excelente avaliação por parte de todos os juízes e o JE5 e JE6 parabenizaram pelas evidências científicas coletadas.Quanto ao item 8, o JE6 relatou que inicialmente achou os critérios de seleção um pouco confusos, porém, após leitura cautelosa ficou mais claro. Em referência ao item 10, o JE3 mencionou: "*A partir de um guia citado, as três abordagens que guiaram o trabalho foram desenvolvidas e detalhadas por tópicos com explicação clara. Além de trazer resumos em tabelas para as recomendações, destaco como positivo e didático*."

Considerando o item 11 (benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde), o JE3 refere que os princípios da bioética foram bem abordados. Além de trazer o ponto de vista dos

familiares/cuidadores, assim como orienta o profissional, que entendendo o que acontece biologicamente nas intervenções, pode dialogar com a família sobre o risco x benefício de cada decisão. O item 11 do AGREE II orienta que o conteúdo desse item inclui os seguintes critérios: informações a respeito dos benefícios, efeitos colaterais e riscos das recomendações propostas; ponderações entre os benefícios e os efeitos colaterais/riscos; reflexão das recomendações sobre os benefícios, assim como danos/efeitos colaterais/riscos (AGREE, 2017).

No item 12, o JE3 refere que a forma como foi citado o nível de evidência e recomendação a partir do exemplo do parágrafo que cita a guideline para pacientes oncológicos da ESPEN (2017) foi o único momento mais explícito e que esse modelo – se mais reproduzido traria ainda mais confiabilidade às recomendações. O AGREE II orienta que deve ser incluída, na diretriz, uma ligação explícita entre as recomendações e as evidências nas quais elas se baseiam (AGREE, 2017). Dessa forma, embora não se tenha citado o nível de evidência científica em todas as recomendações, estas encontram-se explícitas na forma de referências, sendo o usuário da diretriz capaz de identificar os componentes do corpo de evidências relevantes para cadarecomendação.

Quanto ao item 13, no tocante à revisão da diretriz antes da sua publicação, o JE3 refere que na versão preliminar apenas um *expert* realizou a revisão, porém na fase de validação, foram 6 revisores, um número considerável para revisões.Já o JE4 refere ter compreendido que esta revisão externa (realizada por *experts* antes da sua publicação) estaria sendo feita no momento da validação.

O item 13 orienta que o protocolo deve ser submetido à revisão externa previamente à sua publicação. Os revisores não devem fazer parte da equipe de desenvolvimento da diretriz, se constituindo, preferencialmente, de especialistas da área clínica e/ou metodológica. O método utilizado na condução da revisão deve ser relatado, podendo se incluir a lista dos revisores e respectivas vinculações (AGREE, 2017). O referido protocolo foi submetido a uma revisão externa por um especialista e pesquisador na área, sendo acatadas todas as alterações sugeridas, ajustando-se o protocolo antes do envio aos especialistas para validação.

As pontuações obtidas no Domínio 3 estão explícitas na Tabela 3.

Tabela 03 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 3 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 3 – Rigor do Desenvolvimento	JE1	JE2	JE3	JE4	JE5	JE6	TOTAL
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	7	7	7	7	7	**42**
8. Os critérios de seleção da evidência estão claramente descritos.	7	7	7	7	7	6	**41**
9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.	7	7	7	7	7	7	**42**
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	7	7	7	7	7	**42**
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	7	7	7	7	7	7	**42**
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.	7	7	5	7	7	7	**40**
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.	7	7	7	6	7	7	**41**
14. O procedimento para a atualização da diretriz está disponível.	7	7	7	7	7	7	**42**
TOTAL	56	56	54	55	56	55	332

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O Domínio 4 foi avaliado, em sua maioria, com pontuação máxima (7 pontos), atingindo a adequabilidade de 99,07% conforme calculado pela fórmula percentual.

Os comentários dos juízes foram afetos ao item 17, em que o JE3 mencionou que os quadros de tomada de decisão, resumo das indicações de TN, e os quadro-resumos, fluxogramas são totalmente reprodutíveis na prática clínica. O JE6 mencionou que os fluxogramas contribuíram bastante.

As pontuações obtidas no Domínio 4, estão apresentadas na Tabela 4 abaixo.

Tabela 04 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 4 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 4 – Clareza da Apresentação	JE1	JE2	JE3	JE4	JE5	JE6	TOTAL
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	7	7	7	7	**42**
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problemas de saúde estão claramente apresentadas.	7	7	7	7	7	7	**42**
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	7	6	7	7	7	7	**41**
TOTAL	21	20	21	21	21	21	125

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O Domínio 5 avalia a aplicabilidade do protocolo proposto e envolve os itens 18 a 21 do instrumento de validação. A porcentagem calculada para este domínio correspondeu a 93,1% do total.

No item 18 (descrição dos fatores facilitadores e barreiras à aplicação do protocolo) o JE3 relata que as barreiras estão bem melhor descritas, sobretudo, no que diz respeito ao preparo

e à atuação da maioria dos profissionais, bem como serviços de saúde, pacientes e familiares. O fator facilitador mais bem observado foi a construção e divulgação do próprio instrumento, que, por ser um compilado de fontes sobre a temática, mostra-se favorável como facilitador.O item 18 estabelece que podem existir condições que favoreçam, bem como circunstâncias que dificultam a aplicabilidade das diretrizes. O conteúdo deste item inclui critérios como a identificação e a descrição dos elementos facilitadores, assim como os obstáculos que poderão surgir durante a implementação do protocolo. Os fatores facilitadores podem incluir, por exemplo, profissionais que possuem as habilidades para orientar aspectos afetos ao cuidado de saúde recomendado; e as barreiras podem envolver a falta de equipamentos suficientes a todos os sujeitos elegíveis da população (AGREE, 2017).

Em relação ao item 19 (A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática), o JE3 destacou a necessidade de os serviços de saúde terem fluxogramas, mapas de tomada de decisão, quadros orientadores quanto às condutas para nortear os atendimentos e tomadas de decisão e, nesse quesito, esta diretriz reúne informações valiosas. O JE6 relatou que alguns pontos poderiam ser abordados mais detalhadamente, por exemplo: na antropometria como se dá (foto da localização correta e como realizar) a circunferência do braço e da panturrilha, bem como o cálculo da CMB. No referido protocolo, por ter como público alvo os profissionais de Nutrição, torna-se desnecessário trazer, de forma detalhada, a realização da antropometria, visto que se trata de algo básico e comum na vivência prática deste profissional.

As pontuações atribuídas aos referidos itens do Domínio 5 podem ser visualizadas na Tabela 5 a seguir.

Tabela 05 – Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 5 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 5 – Aplicabilidade	**JE1**	**JE2**	**JE3**	**JE4**	**JE5**	**JE6**	**TOTAL**
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.	7	6	6	7	7	7	**40**
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	6	7	7	7	6	**40**
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	7	7	7	7	7	6	**41**
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	7	7	7	7	7	6	**41**
TOTAL	28	26	27	28	28	25	162

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O Domínio 6 avalia a independência editorial do protocolo em questão. De acordo com a fórmula percentual, a porcentagem obtida neste domínio correspondeu a 100%.

Apenas no item 23 houve comentários dos juízes. O JE5 relata que na "declaração de potenciais conflitos de interesses" apresentada consta a isenção de conflitos de interesse dos membros da equipe e o JE6 coloca que, a partir das declarações, constatou-se a ética dos envolvidos na pesquisa.

A Tabela 06 apresenta os resultados obtidos nesse quesito.

Tabela 06– Avaliação do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos segundo o Domínio 6 do instrumento AGREE II. João Pessoa, PB, 2022.

DOMÍNIO 6 – Independência editorial	**JE1**	**JE2**	**JE3**	**JE4**	**JE5**	**JE6**	**TOTAL**
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	7	7	7	7	7	7	**42**
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	7	7	7	7	7	7	**42**
TOTAL	14	14	14	14	14	14	84

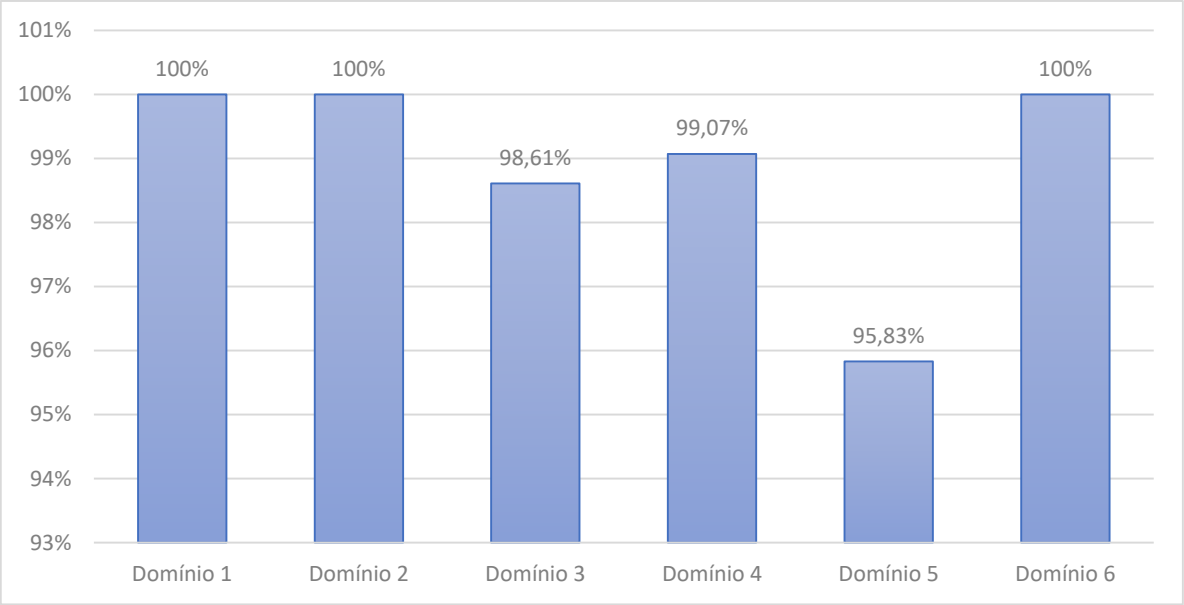
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Analisando os percentuais obtidos em cada domínio avaliado, o Gráfico 1 demonstra uma comparação entre as porcentagens de adequabilidade alcançadas nos domínios propostos pelo AGREE II.

Observa-se que os domínios que apresentaram maiores percentuais (100%) foram o Domínio 1 – referente ao “Escopo e Finalidade”; o 2 – referente ao “Envolvimento das Partes Interessadas” e o 6 – referente à “Independência Editorial”. O Domínio 5 (Aplicabilidade) obteve o menor percentual de adequabilidade (95,83%).

Todos os domínios atenderam ao percentual mínimo estabelecido (90%) para validar o presente protocolo, tornando este documento validado pelos especialistas envolvidos.

Gráfico 01 – Distribuição dos percentuais de adequabilidade do protocolo de intervenções nutricionais à pessoa idosa em cuidados paliativos, segundo domínios avaliados no AGREE II. João Pessoa, PB, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação à avaliação global do protocolo, esta requer que o avaliador emita um parecer sobre a qualificação geral da diretriz, considerando todos os itens abordados no instrumento (AGREE, 2017). Considerando a avaliação geral realizada, 66,7% dos especialistas (n=4) avaliaram o protocolo com pontuação máxima, considerando a sua qualidade a mais alta possível, enquanto que 33,3% (n=2) avaliaram-no com nota submáxima, conforme demonstrado no Quadro 7.

Quadro 07 – Pontuação da avaliação geral do protocolo pelos juízes especialistas.

Juiz Especialista	Qualidade Global
JE1	6
JE2	7
JE3	7
JE4	7
JE5	7
JE6	6

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Quando questionados sobre a recomendação quanto ao uso do protocolo, 100% (n=6) deles responderam que “Sim”. Como comentários finais, o JE2 avaliou este protocolo como bem elaborado e necessário à prática do nutricionista que trabalha com cuidados paliativos; o JE3 relatouque as modificações observadas foram de edição (tamanho de fonte, ajuste dos verbos para o passado, texto, quadros e tabelas justificadas e padronização das referências) e apontou também que o conteúdo é de excelente qualidade e aplicabilidade prática; o JE4 mencionou que o trabalho está um primor e que espera logo termos este material disponível

como referência para a prática profissional e o JE6 parabenizou pelo excelente trabalho desenvolvido e sugeriu que, apesar da complexidade que exigiria, seria interessante tentar resumir melhor o protocolo (talvez por meio de fluxograma ou pontuação em cada item), como forma de se tornar mais aplicável e exequível em uma rotina em nível hospitalar.

De forma a atender integralmente a todos os juízes, optou-se por realizar a devida revisão do texto do protocolo, por profissional da área, quanto ao Português e às regras de formatação preconizadas pelas seguintes NBR da ABNT: 6023 (referências); 6024 (numeração progressiva); 6027 (sumário), 10520 (citações); 14724 (normativa geral). Algumas disposições constantes do "Guia de Elaboração: Escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas" (BRASIL, 2019) e que destoam das regras da ABNT foram também utilizadas durante o processo de formatação do texto do protocolo, conforme consta em declaração no ANEXO A. Quanto ao resumo das informações do protocolo para melhor aplicabilidade prática na rotina profissional, sugerido pelo JE6, esta etapa foi contemplada no desenvolvimento de um aplicativo contendo as principais informações do protocolo para a prática clínica.

4.2 Protocolo de Intervenções Nutricionais à Pessoa Idosa em Cuidados Paliativos

A estruturação do protocolo elaborado inclui apresentação, introdução, objetivos, usuários-alvo, população-alvo, métodos, abordagens, referências, apêndices e anexos.

A apresentação e a introdução contextualizam a temática em questão, justificando a necessidade da elaboração do protocolo, enfatizando sua importância. Os objetivosexpõem o propósito do instrumento, e os usuários e a população-alvo evidenciam a quem se destinao uso da ferramenta e os sujeitos beneficiados.

As abordagens incluídas envolvem: diagnóstico; plano terapêutico e acompanhamento.

O diagnóstico abrange os instrumentos utilizados para a avaliação em cuidados paliativos e a avaliação nutricional em cuidados paliativos.

O plano terapêutico envolve o manejo de sintomas em cuidados paliativos, os aspectos bioéticos para tomada de decisão e o suporte nutricional em cuidados paliativos; em seguida, foram definidas diretrizes para o acompanhamento nutricional de idosos em cuidados paliativos.

Os apêndices contemplam informações suplementares relacionadas aos métodos. E, por fim, os anexos incluem instrumentos diversos de avaliação em cuidados paliativos e de avaliação nutricional em idosos em cuidados paliativos.

Segue a versão final deste protocolo.

Raquel Bezerra Barbosa de Moura
Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS À PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS À PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO

Raquel Bezerra Barbosa de Moura

Nutricionista

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Especialista em Saúde Pública – Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA)

Especialista em Cuidados Paliativos – UFPB

Especialista em Gerontologia – UFPB

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

E-mail: Raquel.Barbosa@academico@ufpb.br / Raquel.Barbosa@ebserh.gov.br

Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge

Docente do Departamento de Odontologia Restauradora – Curso de Odontologia/CCS/UFPB

Doutora em Prótese Dentária - USP

Docente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

E-mail: carmem.piagge@academico.ufpb.br

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorre tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (SOUSA et al., 2019).

Em parte, o curso natural do envelhecimento humano colabora para uma maior suscetibilidade das pessoas idosas ao desenvolvimento de patologias como câncer, doenças neurológicas e osteomusculares crônicas, entre outras (COSTA et al., 2016). Tais patologias podem repercutir em alterações progressivas, dentre as quais destaca-se a redução da capacidade funcional, alterações do paladar, dos processos metabólicos do organismo e da composição corporal (VITOLO, 2015). Dependendo do nível de severidade e progressão, algumas patologias podem levar à dependência funcional para a realização de atividades cotidianas que, somadas ao declínio da condição de saúde, tendem a necessitar de cuidados paliativos (COSTA et al., 2016).

Historicamente, a filosofia dos cuidados paliativos é visualizada ainda nos primórdios da era cristã. No Brasil, seu início data da década de 1980, com potencial crescimento a partir do ano 2000 (MATSUMOTO, 2012). A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) conceitua cuidados paliativos como sendo uma abordagem que busca a promoção da prevenção e alívio do sofrimento, melhorando, assim, a qualidade de vida (QV) de pacientes e familiares que são acometidos de enfermidades que ameacem a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No Brasil, a Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018 dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo art. 3º traz, como objetivos da organização dos cuidados paliativos: integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde; promover melhoria da QV dos pacientes; incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar; ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS, entre outros (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, faz-se necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar que seja capacitada a prestar os pertinentes cuidados paliativos ao paciente em sua integralidade, buscando a avaliação em todas as dimensões a fim de que seja elaborada uma proposta de abordagem efetiva que contemple todos os aspectos avaliados. Dentre os profissionais envolvidos na equipe, o nutricionista tem, como uma de suas atribuições, a busca pelas melhores estratégias de conduta para nutrir o paciente, melhorando seu bem-estar

biopsicossocial e proporcionando uma melhor QV (SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017).

No entanto, a atuação do nutricionista torna-se desafiadora na prática clínica quando se trata de idosos em cuidados paliativos, sobretudo no manejo de sintomas clínicos comuns a esse público, tais como: anorexia; perda de peso; náuseas; vômitos; xerostomia; mucosite; diarreia; constipação e outros que causam impacto direto na condição nutricional (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017). Além disso, a formação acadêmica desse profissional não fornece subsídios para uma adequada assistência às pessoas idosas em cuidados paliativos. Nutricionistas, por mais experientes e sensíveis que sejam no trato com seus pacientes idosos, podem se deparar com situações de sofrimento e desconforto físico e psicossocial que fogem da sua formação eminentemente técnica, seja por falta de compreensão da abordagem dos cuidados paliativos, inabilidade em identificar sua necessidade ou desconhecimento das possibilidades de intervenções para trazer uma melhor QV e alívio de sintomas desagradáveis. O assunto abordado constitui, portanto, uma temática pouco discutida e, provavelmente, desconhecida para muitos nutricionistas.

Desse modo, o nutricionista necessita ampliar seus conhecimentos em relação à abordagem dos cuidados paliativos direcionada ao público idoso e, assim, nortear suas condutas para promover uma melhor QV a essa população. Para isso, perspectivas de abordagens urge serem elaboradas, difundidas e incorporadas aos serviços de Nutrição que lidam com pessoas idosas, diante do crescimento e do impacto dessa problemática nessa população.

Nesse sentido, faz-se necessário um conjunto de ações efetivas e integradas, de modo a proporcionar conhecimento e conduzir a prática nutricional. Com isso, identificou-se a necessidade do estabelecimento deste protocolo de intervenções voltadas para idosos em cuidados paliativos.

Trata-se de um documento inovador, na medida em que se apresenta a partir de uma temática de pouca visibilidade no campo de atuação nutricional, porém, com repercussões impactantes nos serviços de saúde e amplas perspectivas para a prática profissional, embora com atuações ainda muito pouco discutidas.

Portanto, esse protocolo se destina a nutricionistas especialistas em gerontologia e/ou que assistem pessoas idosas em sua prática cotidiana, objetivando difundir diretrizes nutricionais voltadas para o atendimento integral à pessoa idosa em cuidados paliativos, promover QV a essas pessoas, através do manejo de sintomas desagradáveis e, acima de tudo,

aliviar o sofrimento desta população.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Classificação nutricional de idosos, segundo o valor de IMC, de acordo com diferentes referências internacionais (1994 a 2005) 24

Quadro 02 – Valores de referência dos percentis de CB para idosos do sexo masculino (OPAS, 2003) 25

Quadro 03 – Valores de referência dos percentis de CB para idosos do sexo feminino (OPAS, 2003) 25

Quadro 04 – Classificação do EN de acordo com a CB para idosos (BARBOSA et al, 2005) 25

Quadro 05 – Diagnóstico de dinapenia de acordo com a FPP em pacientes em enfermaria e UTI .. 27

Quadro 06 – Avaliação de perda de gordura subcutânea 27

Quadro 07 – Avaliação de perda de massa muscular 27

Quadro 08 – Avaliação do edema 28

Quadro 09 – Classificação da ascite 29

Quadro 10 – Principais intervenções nutricionais voltadas para o manejo de sintomas relacionados à alimentação em idosos em cuidados paliativos 31

Quadro 11 – Princípios da bioética: conceitos principais 35

Quadro 12 – Tomada de decisão em relação a nutrição artificial baseada em prognóstico 38

Quadro 13 – Resumo das indicações de terapia nutricional do paciente oncológico em cuidados paliativos 39

Quadro 14 – Principais achados do uso de SNO na QV, controle de sintomas e EN 41

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 01 – Indicações e estratégias de uso da Terapia Nutricional Oral **43**
Fluxograma 02 – Indicação de TNE **44**
Fluxograma 03 – Indicação de Sonda Nasoenteral (SNE) **46**
Fluxograma 04 – Indicação de TNE para pacientes com câncer **47**
Fluxograma 05 – Indicação de TNE para pacientes com déficits neurológicos **47**
Fluxograma 06 – Indicação de TNE para população geriátrica com demência **48**
Fluxograma 07 – Indicação de Terapia Nutricional Parenteral (TNP) **50**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVO 13

2.1 Usuários-alvo 13

2.1.1 População-alvo 13

2.2 Métodos 13

2.3 Abordagens 16

2.4 Diagnóstico 16

2.5 Instrumentos de avaliação em Cuidados Paliativos 16

2.5.1 Instrumentos para Elegibilidade em Cuidados Paliativos 17

2.5.2 Instrumentos para Avaliação Funcional em Cuidados Paliativos 18

2.5.3 Instrumentos para Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos 20

2.5.4 Instrumentos para Avaliação de Prognóstico em Cuidados Paliativos 20

2.6 Avaliação Nutricional em Cuidados Paliativos 22

2.6.1 Triagem Nutricional 23

2.6.2 Avaliação da história clínica e dietética 23

2.6.3 Avaliação Antropométrica 24

2.6.4 Força de Preensão Palmar (FPP) 26

2.6.5 Semiologia nutricional 27

3 PLANO TERAPÊUTICO 30

3.1 Manejo de sintomas em Cuidados Paliativos 30

3.2 Aspectos Bioéticos para tomada de decisão 34

3.3 Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos 37

3.3.1 Terapia Nutricional Oral 40

4 ACOMPANHAMENTO 51

4.1 Acompanhamento nutricional em Cuidados Paliativos 51

REFERÊNCIAS 52

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA COMPLETA 68

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES 72

ANEXO A – ESCALA *PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL* (PCST) 74

ANEXO B – ESCALA *SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS* 75

ANEXO C – ESCALA NECESSIDADES PALIATIVAS (NECPAL -BR) 76

ANEXO D – ESCALA *KARNOFSKY PERFORMANCE SCALE* (KPS) 78

ANEXO E – ESCALA *EASTERN COOPERATIVE ONCOLOG Y GROUP PERFOMANCE STATUS SCALE* (*ECOG PERFOMANCE STATUS*) 79

ANEXO F – ESCALA *PALLIATIVE PERFOMANCE SCALE* (PPS) 80

ANEXO G – ESCALA *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM* (ESAS-R) 81

ANEXO H – ESCALA *BURDEN OF ILNESS SCORE OF ELDERLY PERSON* (BISEP) 82

ANEXO I – ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON 83

ANEXO J – ESCALA *PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX* (PPI) 84

ANEXO K – MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT-FORM (MNA-SF) - (MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL REDUZIDA - MNA-SF) 85

ANEXO L – AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASG-PPP) 86

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1980, a necessidade de cuidados paliativos oncológicos tem sido progressivamente reconhecida em todo o mundo. Mais recentemente, há uma maior conscientização sobre a necessidade de cuidados paliativos para outras doenças crônicas ou condições como HIV e AIDS, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, distúrbios neurodegenerativos, doenças respiratórias crônicas, tuberculose resistente a medicamentos, lesões e doenças de pessoas idosas. No entanto, permanece uma enorme necessidade não atendida de cuidados paliativos para esses problemas de saúde crônicos que limitam a vida na maior parte do mundo (CONNOR, 2020).

O envelhecimento da população mundial, o aumento dos casos de câncer, de outras doenças não transmissíveis e, recentemente, o surgimento do COVID-19 vêm provocando um aumento acelerado da necessidade de cuidados paliativos, fato este que nunca foi tão grande como nos dias atuais. Até 2060, estima-se que deverá dobrar a necessidade de cuidados paliativos imprescindíveis àqueles que estão nos estertores da vida (SLEEMAN et al., 2019).

Os cuidados paliativos são subdesenvolvidos na maior parte do mundo. Fora da América do Norte, Europa e Austrália, o acesso aos cuidados paliativos de qualidade continua sendo mínimo, embora 76% da necessidade esteja em países de baixa e média renda (CONNOR, 2020).

O último relatório emitido pela OMS mostra que o Brasil está no 42º lugar entre os países que investem em cuidados paliativos (BRASIL, 2014a). Até novembro de 2018, o Brasil não dispunha de nenhuma política que estruturasse ou orientasse especificamente o desenvolvimento da área e, mesmo na atualidade, há diferenças quando comparados os níveis estadual e federal (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Em termos de evolução dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, a década de 80 possui dois registros de abertura, os anos 90 somam cinco e, nos anos 2000, têm a implantação de 21. O início da década de 2010 registrou sete aberturas e, a partir de 2012, houve um rápido crescimento com 32 novos serviços em 2019. O Brasil possui 789 leitos de cuidados paliativos, a maioria dos quais na região Sudeste. Os estados da região Norte que concentram 8,77% da população brasileira possuem apenas 2,92% dos leitos, ao passo que o Sudeste, onde vivem 42,05% dos brasileiros, respondem por 58,05%. Além da distribuição desigual, nota-se um número pequeno de leitos à disposição dos moradores de todas as regiões: a região Norte possui 0,00125 leito por mil habitantes, seguida pelo Nordeste com 0,00210 e pelo Sul com 0,00340. O Sudeste tem 0,00518 e o Centro-Oeste possui 0,00528 (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Quanto aos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi publicada, no Diário Oficial da União, em 23 de dezembro de 2018, a Resolução nº 41 da Comissão Intergestores

Tripartite (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, estabelecendo que os cuidados paliativos devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Esta resolução traz avanços aos cuidados paliativos no Brasil, determinando que a organização desse serviço deve objetivar, entre outros aspectos, a melhoria da QV dos pacientes, o incentivo à atuação multidisciplinar, o fomento à instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos em ensino de graduação e especialização de profissionais de saúde, a oferta de educação permanente em cuidados paliativos para trabalhadores de saúde no SUS, a promoção da disseminação de informações sobre os cuidados paliativos na sociedade , a oferta de medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes e o desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidados e todos os níveis de atenção com ênfase na atenção básica, domiciliar e mediante integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

Considerando uma população de 210,1 milhões de habitantes, observa-se que há, em média, 01 serviço de cuidados paliativos para cada 1,1 milhão de habitantes, sendo essa proporção de 01 serviço para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de aproximadamente 01 serviço para cada 496 mil usuários do sistema de saúde suplementar. Como referência, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda 02 serviços especializados de cuidados paliativos para cada 100.000 habitantes (uma equipe de assistência domiciliar e uma equipe de nível hospitalar) (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Especialmente após o início da pandemia da COVID-19, destaca-se a necessidade de cuidados paliativos em todos os lugares e ambientes para aliviar o sofrimento dos pacientes ao fim da vida, como o sofrimento físico causado pela falta de ar ou o sofrimento psíquico resultante da separação de entes queridos. Tal fato nos mostra a necessidade de que todos os profissionais de saúde tenham alguma formação em abordagem de cuidados paliativos, visto que a demanda por serviços paliativos supera o que pode ser prestado apenas por equipes especializadas.

O nutricionista tem um importante papel no contexto multidisciplinar em cuidados paliativos, favorecendo a evolução do paciente, contribuindo para a elaboração do plano de cuidados no que diz respeito à alimentação e nutrição de modo a auxiliar, através de conhecimentos técnicos, a redução do desconforto ocasionado pelo tratamento com vistas a controlar os sinais e os sintomas da doença de base, realizando orientações dietoterápicas individualizadas, levando-se em consideração aspectos físicos, emocionais, psicológicos e religiosos do indivíduo, além de construir uma relação de vínculo entre a equipe, os familiares e o paciente (CORRÊA; ROCHA, 2021).

No Brasil, os cursos de graduação em Nutrição são regidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001), de modo que há uma predominância, na academia, de

uma lógica fragmentada dos conhecimentos da área da saúde que está impregnada do modelo biologicista, sem que seja dada a devida importância aos aspectos psicossociais do ser humano. Tal abordagem didática é preocupante, tendo em vista que o principal objeto de trabalho do nutricionista é a relação do ser humano com a comida, observado o valor do caráter biopsicossocial da alimentação (COSTA; SOARES, 2016). Além disso, a prática em saúde está impregnada do pensamento cartesiano que se reflete num cuidado voltado à cura, segundo o qual a morte é um tema a ser evitado, excluída a ideia de que se trata de um processo natural da vida (SILVA N., 2014).

Dessa forma, percebe-se que há muito a avançar quanto à atuação do nutricionista em cuidados paliativos, cuja abordagem abrange vários dilemas e conflitos éticos que exigem uma específica capacitação na área a ser implementada através de cursos específicos (AMORIM; SILVA, 2021).

Em 5 de maio de 2021, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Resolução nº 689, que regulamenta o reconhecimento de especialidades em Nutrição e o registro, no âmbito do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) e do Conselho Regional de Nutricionistas (CRN), de títulos de especialistas, sendo ao todo 34 especialidades, entre elas está a de Nutrição Clínica em Cuidados Paliativos.

De fato, são poucos os profissionais nutricionistas no Brasil que possuem formação na área de cuidados paliativos, além de escassas publicações que possam nortear a prática destes profissionais nessa abordagem. Assim, julga-se necessário o preenchimento dessas lacunas, de modo que o nutricionista avance no suporte nutricional em cuidados paliativos, individualizando suas intervenções, com competências específicas, respeitando os desejos do paciente, fornecendo o máximo de conforto possível e reduzindo o sofrimento dele por meio das intervenções indicadas (PINHO-REIS, 2012).

Diante do exposto, observa-se que os serviços de Nutrição carecem de medidas específicas para direcionarem as ações dos profissionais que atuam com pessoas idosas em cuidados paliativos e que desconhecem sua forma de atuação, necessitando, desse modo, de um protocolo voltado para essa problemática.

As intervenções apresentadas neste protocolo mostram-se consoantes com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), da Política Nacional de Gestão das Tecnologias em Saúde (PNGTS) e das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados integrados no âmbito do SUS.

A PNSPI estabelece que a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração uma grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido; estabelece ainda que todo profissional deve procurar promover a QV da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Por fim, a PNGTS objetiva a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde, através de tecnologias em saúde, a exemplo dos protocolos assistenciais, pelos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população (BRASIL, 2009).

2 OBJETIVO

Este documento objetiva difundir diretrizes nutricionais voltadas para o atendimento à pessoa idosa em cuidados paliativos, envolvendo avaliação, plano terapêutico e acompanhamento dessa população. Com isso, espera-se direcionar uma atuação nutricional integral, articulada em um contexto interdisciplinar, familiar e social; promover QV à pessoa idosa; e, acima de tudo, prevenir e aliviar o sofrimento desta população.

2.1 Usuários-alvo

Este protocolo se destina a nutricionistas especialistas em Gerontologia e/ou que assistem pessoas idosas com doenças ameaçadoras à vida e que se beneficiam da abordagem dos cuidados paliativos em sua prática cotidiana, em quaisquer níveis e locais de atenção à saúde: unidades básicas de saúde; serviços de urgência e emergência; serviços ambulatoriais; centros de referência especializados e unidades de internações hospitalares.

2.1.1 População-alvo

Este protocolo engloba intervenções nutricionais voltadas para pessoas idosas em cuidados paliativos, ou seja, que apresentem doenças ameaçadoras à vida, desde o diagnóstico até a terminalidade. Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

2.2 Métodos

O subsídio para a construção deste protocolo adveio de uma revisão de escopo, conduzida de acordo com as recomendações de estruturação do Manual do Instituto Joanna Briggs - *JBI Manual for Evidence Synthesis*(PETERS; GODFREY; MCINERNEY; SOARES; KHALIL, 2015) e a lista de verificação PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018). As etapas da condução da pesquisa foram: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) remoção de duplicados; (4) seleção dos estudos; (5) extração e sumarização dos dados; (6) relatório de resultados. O método adotado para a busca de evidências científicas baseou-se no percurso metodológico da estratégia PCC – População (P), no Conceito (C) e no Contexto (C) –, considerando P (pessoas idosas), C (intervenções nutricionais) e C (cuidados paliativos). Assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais as intervenções

nutricionais adotadas para pessoas idosas em cuidados paliativos?

A estratégia de busca (APÊNDICE A) foi elaborada a fim de identificar fontes de evidências em diversas bases de dados, como também na literatura cinzenta. Primeiro, foi realizada uma busca inicial na base PubMed por meio da testagem de termos MeSH *(Medical Subject Headings)* e termos índices, analisando títulos, resumos e palavras-chave dos artigos recuperados para identificação de possíveis termos que pudessem ser adicionados à estratégia de busca. Após essa etapa, foi concluída a estratégia de busca para o PubMed, sendo, em seguida, adaptada às demais bases de dados utilizadas na revisão, de acordo com as particularidades específicas de cada uma. Na terceira e última etapa da busca, as referências dos artigos incluídos nesta revisão de escopo foram examinadas, buscando a identificação de algum estudo adicional. Uma bibliotecária experiente supervisionou todo o processo de montagem da estratégia e refinamento de busca. Não houve restrição temporal e de idioma na busca das evidências. Foram utilizados operadores booleanos AND e OR, na conjugação dos cruzamentos entre os elementos da estratégia PCC, no intuito de se obter um quantitativo de estudos que fosse manejável para a condução da pesquisa. Além do PubMed, as seguintes bases de dados serão utilizadas para identificar os estudos relevantes: *Scopus*, *Web of Science*, *Embase*, *CINAHL* e *LILACS*. A busca da literatura cinzenta foi realizada por meio do *Google Scholar*, *OpenGrey* e *ProQuest Dissertations & Theses Global.*

Os critérios de inclusão consistiram em: estudos de intervenção e observacionais, sem restrição de idioma ou período, que avaliaram intervenções nutricionais em idosos em cuidados paliativos. Os critérios de exclusão foram: estudos em que não foram incluídos participantes com 60 anos ou mais; estudos em que os participantes não foram submetidos a nenhuma intervenção nutricional; revisões; cartas; resumos; artigos de opiniões; relatos de casos; séries de casos e capítulos de livros.

Na primeira fase, foram identificados 5.942 registros nas bases de dados e, após a retirada das duplicatas, permaneceram 3.666 referências para a triagem do título e do resumo. Após a avaliação de todos os registros, 37 artigos foram selecionados para a segunda fase. A leitura do texto completo foi realizada e 24 estudos foram excluídos de acordo com os critérios de elegibilidade predefinidos. Após uma análise crítica da lista de referências dos 13 estudos elegíveis, foram adicionados outros 13 estudos sendo, dessa forma, incluídos 26 estudos para síntese na revisão de escopo.

Após a seleção dos trabalhos, realizou-se a extração de todas as intervenções nutricionais adotadas em pessoa idosas em cuidados paliativos, encontradas nos respectivos estudos. Essas intervenções foram devidamente agrupadas nas seguintes categorias: intervenções e efeitos encontrados na QV, intervenções e efeitos encontrados no controle de sintomas e intervenções e efeitos encontrados no estado nutricional (EN). Em seguida, os resultados foram detalhadamente descritos e discutidos.

Apesar de esta revisão apresentar, como ponto forte, a abrangência de um conteúdo inédito e de uma temática relevante para a nutrição, ela apresentou, como limitação, a inclusão de estudos diversos, não se preocupando com a qualidade ou o nível de evidência científica, fragilidade esta inerente às revisões de escopo. Além disso, a maioria dos estudos não abordou os resultados especificamente na parcela da população idosa, não nos oferecendo a opção de analisar separadamente os dados, embora a idade média dos participantes dos estudos tenha disso superior a 60 anos. Devido à escassez de publicações no tema em questão, os achados não são atualizados, evidenciando-se a necessidade de mais estudos na área.

De modo a complementar o conteúdo deste conjunto de diretrizes, como também as intervenções identificadas pelas evidências científicas encontradas na revisão de escopo, buscou-se também publicações e estudos científicos que apresentassem abordagens em comum com a temática.

Para a estruturação deste documento, foram observadas as orientações sugeridas por um guia para a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2019), como também as recomendações do *Appraisal of Guidelines for Research and Evalution II* (AGREE II), instrumento utilizado como estratégia metodológica para o desenvolvimento das diretrizes e, principalmente, para avaliar os critérios de qualidade do protocolo elaborado (AGREE, 2017).

O protocolo, em sua versão preliminar, foi avaliado externamente por um especialista e pesquisador na área que, após o prazo de 15 dias para a revisão, sugeriu algumas alterações, as quais foram acatadas, sendo o protocolo reformulado.

Vale salientar que não houve financiamento para a elaboração deste protocolo, bem como não existem potenciais conflitos de interesses na confecção dele, que estão devidamente declarados no APÊNDICE B.

Como todo conjunto de diretrizes, este documento necessita ser periodicamente atualizado e revisado, especialmente à medida que a temática alcance maior visibilidade profissional e acadêmica, e novos estudos sejam desenvolvidos. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), no caso de suspeita de desatualização do protocolo, podem-se considerar os seguintes procedimentos de atualização:

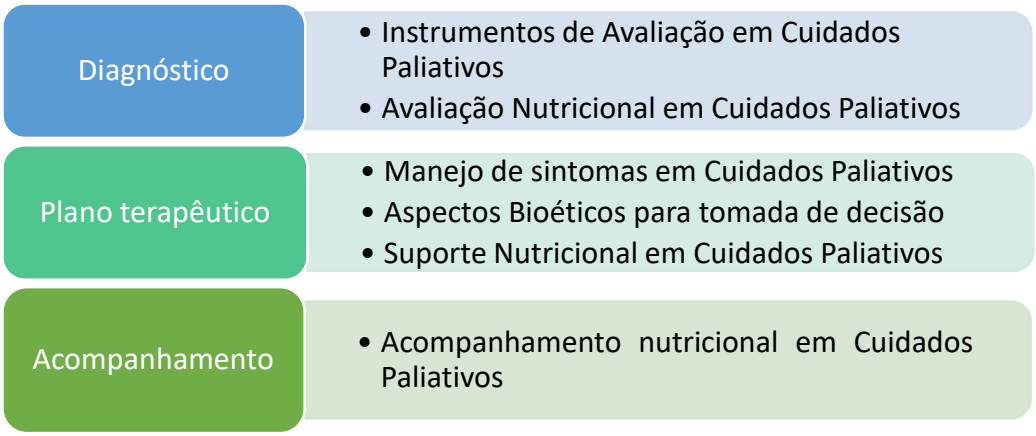
• Consultar um especialista na área e realizar uma rápida revisão da literatura;

• Contactar um dos desenvolvedores do protocolo, a fim de obter mais informações sobre a situação atual. Nesse caso, um rápido levantamento entre os autores pode assegurar se há uma versão mais recente, se pretendem atualizá-la futuramente ou se estão cientes de qualquer nova evidência que possa afetar as abordagens incluídas;

• Realizar uma pesquisa na literatura e em endereços eletrônicos, que provavelmente forneçam informações atualizadas, especificamente revisões sistemáticas, e contactar especialistas em relação ao estado de conhecimento em uma das áreas do conteúdo.

2.3 Abordagens

Os nutricionistas são responsáveis por conduzir abordagens que envolvem: diagnóstico; plano terapêutico e acompanhamento.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

2.4 Diagnóstico

O nutricionista que trabalha com o público idoso deve estar atento à identificação dos pacientes que precisam da abordagem dos cuidados paliativos. Idosos com doenças crônicas, especialmente não oncológicas, estão sujeitos a modelos de atenção à saúde voltados para eventos e condições agudas, sendo importante a estratificação de riscos e necessidades, que direcionarão os profissionais ao uso apropriado de tecnologias e medicamentos (PAHO, 2013).

Dentre as medidas para estratificar a demanda de cuidado de idosos com doença crônica em progressão, há a necessidade de identificação daqueles que necessitam da abordagem dos cuidados paliativos, com o objetivo de caracterizar tanto os sinais de piora progressiva quanto a necessidade de implementar ações diferenciadas precocemente e não apenas em fases mais avançadas (SANTANA et al, 2020). Identificar pessoas com necessidade de cuidados paliativos ainda representa um desafio aos profissionais, tendo em vista a carência da formação em saúde nessa área (LOPES et al, 2019).

2.5 Instrumentos de avaliação em Cuidados Paliativos

Pela própria definição de cuidados paliativos pela OMS, esta abordagem deve ser iniciada desde o momento do seu diagnóstico, de modo que o paciente seja cuidado nos diferentes momentos

da evolução da doença (MATSUMOTO, 2012).

Reconhecer os perfis de pacientes que podem ser incluídos nessa abordagem e a evolução natural das doenças crônico-degenerativas é fundamental, visto que possibilita um início precoce e um melhor planejado das intervenções, promovendo um cuidado mais personalizado e efetivo no alívio do sofrimento, redução de internações, manejo de sintomas e promoção da QV.

Há uma diversidade de instrumentos propostos para identificação da necessidade de cuidados paliativos, porém, a maioria são pouco conhecidos e utilizados na prática assistencial e na formação de saúde (MARQUES; CORDEIRO, 2021).

Neste protocolo, apresentaremos alguns destes instrumentos que poderão nortear os nutricionistas em quatro aspectos:

- Elegibilidade em Cuidados Paliativos;
- Avaliação funcional em Cuidados Paliativos;
- Sintomas em Cuidados Paliativos;
- Prognóstico em Cuidados Paliativos.

A aplicação dos instrumentos para elegibilidade deve, primeiramente, identificar se o paciente atende aos critérios de inclusão e se beneficiar-se-á da abordagem dos cuidados paliativos. Após essa identificação, deve-se realizar uma avaliação ampla e cuidadosa, que observe os aspectos de funcionalidade, sintomas e prognóstico que são elementos fundamentais para a compreensão das necessidades, elaboração do plano terapêutico e acompanhamento do paciente em cuidados paliativos.

2.5.1 Instrumentos para Elegibilidade em Cuidados Paliativos

Dentre os instrumentos utilizados para a elegibilidade em cuidados paliativos, detalharemos alguns deles:

- O *Palliative Care Screening Tool* (PCST);
- O *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT); e
- Necessidades paliativas (NECPAL -BR).

Esses instrumentos estão nos Anexos A, B e C, respectivamente, deste protocolo.

O *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) desenvolveu a escala PCST nos Estados Unidos da América, para indicação de cuidados paliativos por meio dos seguintes critérios: doença de base; doenças associadas; condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente que, ao final tem, como resultado, a necessidade ou não de cuidados paliativos. Quando o somatório destes quatro critérios é de até dois pontos, não há indicação de cuidados paliativos; até três pontos o paciente deve

ser mantido em observação clínica; igual ou maior do que quatro pontos, considerar elegível para os cuidados paliativos (CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE, 2004; LUCCHETTI et al, 2018).

A PCST é considerada um instrumento de alta sensibilidade e de importante utilização na identificação de pacientes para cuidados paliativos (CLARA et al, 2019).

A Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT)) é utilizada para identificar a deterioração com base em indicadores. Tais indicadores baseiam-se em internações hospitalares não programadas, capacidade funcional em declínio, dependência de outro para cuidados pessoais, perda de peso significativa, sintomas refratários ao tratamento, solicitação do indivíduo ou da família por cuidados paliativos, suspensão de tratamentos etc. Já os indicadores clínicos de uma ou mais doenças avançadas incluem o câncer, as doenças cardiovasculares, as doenças hepáticas, as doenças renais, as doenças respiratórias, as demências e as doenças neurológicas (LIYANAGE; MITCHELL; SENIOR, 2018).

O instrumento SPICT foi desenvolvido na Universidade de Edimburgo, na Escócia, sendo publicada a sua primeira versão no ano de 2010 por um grupo de cuidados paliativos. Em 2019, o instrumento foi validado e implementado no Reino Unido e internacionalmente pela colaboração da comunidade acadêmica utilizando-se pesquisas e consensos com especialistas vinculados ao grupo SPICT (MARQUES; CORDEIRO, 2021).

O instrumento Necessidades Paliativas (**Nec**essidades **Pal**iativas - NECPAL *Ccoms-Ico Tool Version1*) foi desenvolvido na Espanha, em 2011, pelo Instituto de Oncologia da Catalunha, um dos centros colaboradores da *World Health Organization* (WHO), cujos resultados na atenção paliativa são reconhecidos como de alto impacto. Em 2020, foi traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil, tendo sido validado para uso no país (GÓMEZ-BATISTE et al, 2013; SANTANA et al, 2020).

Esta ferramenta foi utilizada para avaliar pacientes oncológicos acompanhados em hospital ou ambulatório com necessidades de cuidados paliativos e inicia com uma pergunta surpresa: "você se surpreenderia se esse paciente morresse no período de um ano?", se a resposta for não, é paciente indicado aos cuidados paliativos. Se a resposta for sim, o instrumento contempla outros domínios clínicos, uso de recursos e indicadores específicos da doença de base. É considerado NECPAL positivo se houver de uma a 13 respostas "sim", e NECPAL negativo se nenhuma alternativa for preenchida (GÓMEZ-BATISTE et al, 2013; SANTANA et al, 2020).

2.5.2 Instrumentos para Avaliação Funcional em Cuidados Paliativos

Na população idosa, a perda ou diminuição da capacidade funcional, ou seja, de realizar atividades básicas de vida diária como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, transferir-se no ambiente,

bem como realizar atividades instrumentais, está fortemente associada com maior uso de serviços de saúde, isolamento e institucionalização; sendo assim, para promover QV na população idosa em cuidados paliativos, é importante considerar a manutenção de sua funcionalidade (MATSUMOTO DY, 2012).

A avaliação funcional em cuidados paliativos é fundamental para a vigilância da evolução da doença, constituindo um elemento valioso na tomada de decisões, prognóstico, diagnóstico e prevenção de efeitos adversos associados ao declínio funcional (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018).

Dentre as ferramentas utilizadas para a avaliação funcional em cuidados paliativos, detalharemos alguns deles:

- A *Karnofsky Performance Scale* (KPS);
- A *Eastern Cooperative Oncolog y Group Perfomance Status Scale* (ECOG *Perfomance Status*); e
- A *Palliative Performance Scale* (PPS).

Esses instrumentos estão melhor descritos nos Anexos D, E e F deste protocolo.

A *Karnofsky Performance Scale* (KPS), desenvolvida em 1948, na cidade de *New York* (EUA), é uma escala considerada objetiva, prática e que passou por mais de 50 anos de validação com pacientes oncológicos e não oncológicos. O nível de funcionalidade é avaliado pelo profissional de saúde com uma porcentagem variando de 100% (normal, sem queixas, sem evidência de doença) até 0% (óbito) (ARSEVEN et al, 2005; BRASEL, 2007; GRANDA-CAMERON et al, 2008; KARNOFSK, 1968).

O escore de *Karnofsky* também pode ser usado para definir a população paliativa. Isso é importante quando se observa parte da literatura publicada sobre QV em cuidados paliativos: aqueles que estão morrendo terão objetivos e resultados diferentes, provavelmente em um determinado instrumento de QV do que aqueles que acabaram de ser diagnosticados com a mesma doença (BRASEL, 2007).

Em uma premissa similar à KPS, temos a ferramenta *Palliative Perfomance Scale* (PPS), cuja versão original consiste em uma escala unidimensional que foi ampliada para incluir dimensões de mobilidade, atividade, evidência de doença, autocuidado, níveis de ingesta e nível de consciência. Um profissional de saúde classifica cada dimensão atribuindo um valor de 100% a 0% (morte), com 10% indicando o menor nível de funcionalidade. As classificações de mobilidade, atividade e evidência de doença são dominantes sobre as últimas variáveis. Este instrumento prevê com sucesso a necessidade de cuidados hospitalares; índices decrescentes estão associados com piora e condição de morte, ao passo que escores estáveis estão associados com alta e cuidados domiciliares (GRANDA-CAMERON et al, 2008).

Outra ferramenta utilizada para avaliar a funcionalidade é a *Eastern Cooperative Oncology*

Group Performance Status Scale (PS-ECOG) que foi elaborada por Oken junto ao *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), agora o ECOG-ACRIN *Cancer Research Group*, e publicada em 1982. Esta escala avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escore que varia de zero a cinco pontos, permitindo classificar o paciente com o índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição), 1 (restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto) (OKEN et al, 1982).

2.5.3 Instrumentos para Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos

Nos pacientes em cuidados paliativos, diversos sintomas podem se manifestar, sendo a dor um dos mais prevalentes, seguido de fadiga, dispneia, alterações cognitivas, perda de apetite, caquexia, náusea e depressão, além de outros que causam intenso sofrimento e prejudicam a QV (MANFREDINI, 2014).

Na assistência a esses pacientes, a aplicação de escalas tem sido um método de avaliação muito utilizado, possibilitando um cuidado diferenciado e individualizado a partir das pontuações evidenciadas que quantificam e documentam a necessidade de intervenção. Dentre as escalas existentes neste protocolo, abordaremos a mais utilizada:

- *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r), que se encontra no Anexo G deste protocolo.

A ESAS-r foi desenvolvida em 1991 em um programa de cuidados paliativos no Hospital Geral de Edmonton, no Canadá, e representa um importante instrumento de avaliação para os cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos. Inicialmente, estava voltada aos pacientes oncológicos, porém, atualmente está sendo utilizada independentemente da patologia, com credibilidade inclusive na gerontologia (SILVA et al, 2017).

Esta escala avalia sintomas físicos e psicológicos, englobando 10 sintomas frequentemente encontrados em cuidados paliativos. É graduada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência do sintoma e 10 o sintoma em sua pior intensidade. A ESAS-r é de fácil aplicação, podendo ser preenchida pela equipe de saúde, pela família ou até mesmo pelo próprio paciente (MANFREDINI, 2014).

2.5.4 Instrumentos para Avaliação de Prognóstico em Cuidados Paliativos

Prognosticar significa predizer possíveis desfechos futuros de um tratamento ou de uma doença com bases no conhecimento médico e na experiência (MALTONI et al, 2005). No entanto, este ato parece ser misterioso, incognoscível e poderoso, visto que há incerteza do futuro, além de o corpo humano possuir uma complexidade dinâmica. Através da aplicação do método científico, a medicina fez e pode fazer avanços na predição de desfechos apesar da dificuldade dessa tarefa (MURAD JÚNIOR, 2011).

Para a elaboração de um plano de cuidados efetivos é importantíssimo levar em consideração o custo-benefício das alternativas. Porém, em cuidados paliativos, não há um consenso sobre a melhor maneira de se avaliar o prognóstico em pacientes geriátricos, sendo um constante desafio a indicação oportuna da transição do cuidado terapêutico para o cuidado exclusivamente paliativo. Assim, muitas vezes o cuidado paliativo é implementado de forma tardia na população idosa não oncológica e alguns fatores são subestimados, como o estado funcional, cognitivo e nutricional (GILL, 2012; PIVODIC et al, 2013; YOURMAN et al, 2012).

Neste protocolo, serão abordadas três ferramentas para avaliação prognóstica:

- A *Burden of Ilness Score of Elderly Person* (BISEP);
- O Índice de comorbidades de Charlson; e
- A *Palliative Prognostic Index* (PPI).

Essas ferramentas estão melhor apresentadas nos Anexos H, I e J deste protocolo.

O BISEP é um índice prognóstico desenvolvido nos Estados Unidos com o objetivo de prever a mortalidade após um ano de hospitalização. Caracteriza-se por avaliar, além de diagnósticos de risco, peculiaridades prevalentes e de impacto no idoso como hipoalbuminemia, disfunção renal, presença de demência e perda de mobilidade. O valor final varia de zero a sete pontos (sete = pior prognóstico), classificando os pacientes em quatro grupos de mortalidade estimada em 12 meses a partir da admissão hospitalar: grupo I (zero a um ponto, mortalidade em 12 meses = 8%); grupo II (dois pontos, mortalidade em 12 meses = 24%); grupo III (três pontos, mortalidade em 12 meses = 51%); e grupo IV (quatro a sete pontos, mortalidade em 12 meses = 74%) (INOUYE et al, 2003).

O Índice de Comorbidades de Charlson, desenvolvido em 1987, é um método simples, prontamente aplicável e válido para estimar o risco de morte por doença comórbida, avaliando o paciente com base em 19 condições clínicas, atribuindo uma pontuação ponderada para cada doença diagnosticada, sendo um, dois, três ou seis pontos, dependendo do risco de morrer associado a cada uma delas. A pontuação final é gerada a partir da somatória dos itens e apresenta correlação com prognóstico e estimativa de risco de morte em um ano após a admissão hospitalar. Pontuações iguais ou superiores a cinco estimam uma mortalidade superior a 80% em 12 meses a partir da admissão hospitalar (CHARLSON et al, 1987; NEEDHAM et al, 2005).

O PPI é um escore prognóstico recomendado pela Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos e destaca-se por ser simples, de fácil execução e por não depender nem de exames laboratoriais nem de estimativa clínica. Foi conduzido e validado no Japão e, posteriormente, na Irlanda. Esse escore necessita apenas da avaliação da performance física obtida pela escala de PPS, da observação da ingesta oral, bem como da constatação da presença de dispneia, edema e delirium. O escore resultante categoriza o paciente em um dos três grupos: Grupo A (PPI ≤2); Grupo B (2PPI≤4) e Grupo C (PPI4) com sobrevida predita maior que seis semanas, entre três e seis semanas e menor que três semanas, respectivamente (MORITA; TATSUYA et al, 1997).

2.6 Avaliação Nutricional em Cuidados Paliativos

A deterioração do EN nos pacientes em cuidados paliativos é considerada de etiologia multifatorial, ocorrendo devido à presença de sintomas comuns nessa população, como anorexia, saciedade precoce, disgeusia, entre outros (PINTO; CAMPOS, 2016). Além disso, ocorrem desequilíbrios metabólicos e piora do estado catabólico provocados pela progressão da doença em estágio terminal (FEARON et al, 2011).

A avaliação nutricional é a interpretação de informações obtidas de dados antropométricos, clínicos, dietéticos, bioquímicos e socioeconômicos, subsidiando o diagnóstico coletivo, a identificação de indivíduos em risco, a vigilância nutricional, o estabelecimento e avaliação de políticas e programas (GIBSON, 2005).

Em pacientes que estão sob cuidados paliativos, a avaliação do EN precede qualquer conduta nutricional, devendo incluir:

- Anamnese alimentar com valorização dos hábitos, preferências e intolerâncias alimentares;
- Avaliação das alterações recentes na ingestão alimentar;
- Avaliação dos sintomas relacionados à alimentação;
- Exame físico;
- Antropometria;
- Exames laboratoriais;
- Estado psicológico, contexto social e familiar de suporte (PINHO-REIS, 2012).

A avaliação nutricional deve ser realizada respeitando os princípios da abordagem dos cuidados paliativos, de acordo com a situação do paciente e o estágio da doença de base, considerando essencialmente seu conforto e autonomia e auxiliando no manejo de sintomas relacionados a alimentação (CARVALHO et al, 2021). Dessa forma, é imprescindível estabelecer a pertinência do

método de avaliação nutricional a ser utilizado, não devendo ser empregado em caso de futilidade ou desconforto físico ou emocional para o paciente (ANDRADE; ALMEIDA; PINHO-REIS, 2017).

2.6.1 Triagem Nutricional

O primeiro passo no processo de atendimento nutricional é o rastreamento do risco nutricional apresentado pelo indivíduo utilizando uma ferramenta de triagem validada. Neste protocolo, abordaremos dois instrumentos mais utilizados em cuidados paliativos:

- A *Mini Nutritional Assessment Short-Form* (MNA-SF) (Mini Avaliação Nutricional Reduzida - MNA-SF); e
- A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP).

Ambos se encontram nos Anexos K e L, respectivamente, deste protocolo.

O instrumento desenvolvido e validado para pessoas idosas mais comumente utilizado na prática clínica é a forma abreviada da Mini Avaliação Nutricional (MNA-SF), um formulário curto que pode ser concluído em poucos minutos e aplicado em qualquer ambiente geriátrico. Além dos parâmetros de rastreio padrão, tais como Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso, redução da ingestão e características da doença, a MNA-SF inclui duas importantes síndromes geriátricas que regularmente contribuem para o desenvolvimento da desnutrição: imobilidade e problemas neuropsicológicos. Portanto, além da desnutrição, também considera um risco existente de desnutrição (VOLKERT et al, 2018).

Outro instrumento validado e amplamente utilizado no contexto dos cuidados paliativos, especialmente em oncologia, é a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) que permite uma rápida avaliação do EN, identificando sintomas de impacto nutricional, facilitando a implementação da terapia nutricional indicada. A pontuação da ASG-PPP pode ser utilizada como medida de resultado da intervenção nutricional e identifica mudanças sutis no EN, o que a torna uma ferramenta de elevada sensibilidade e especificidade (LEUENBERGER; KURMANN; STANGA, 2010).

2.6.2 Avaliação da história clínica e dietética

No momento da avaliação nutricional, o nutricionista deve estar atento ao histórico clínico do paciente, observando precocemente quais os sinais e sintomas relatados que podem se relacionar com o baixo consumo alimentar e, consequentemente, déficit no EN, tais como: xerostomia; mucosite; disfagia; náuseas; vômitos; dispneia; diarreia; constipação; dor e distensão abdominal; saciedade precoce; anorexia; entre outros.

Além disso, é imprescindível que o nutricionista colete informações a respeito da história alimentar ou dietética, através de uma extensa anamnese para obter informações sobre o padrão alimentar global, abordando aversões, preferências e intolerâncias alimentares; número e horário de refeições; apetite; dificuldade na mastigação e deglutição; modificações na consistência dos alimentos; mudanças recentes na prática alimentar e uso de suplementos nutricionais (CALIXTO-LIMA et al, 2017).

2.6.3 Avaliação Antropométrica

A antropometria nutricional tem sido amplamente utilizada na prática clínica e epidemiológica por ser um método prático, de baixo custo, com uso de equipamentos portáteis e por detectar, de forma precoce, alterações nutricionais (GIBSON, 2005).

Quando se trata de idosos, são observadas alterações físicas e de composição corporal, como redução da estatura, alterações posturais ou de mobilidade, redução da massa muscular e da densidade óssea, aumento da gordura corporal, perda de elasticidade da pele, presença de edema, interferindo, assim, na coleta e análise das medidas antropométricas (NAJAS, 2011).

Em cuidados paliativos, a antropometria deve ser aplicada desde que não causem desconforto ou constrangimento aos pacientes. Aferições de peso, altura, circunferências e dinamometria manual são úteis para diagnóstico e acompanhamento nutricional, sendo consideradas sensíveis para identificar comprometimento nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, além de estarem relacionadas a resultados clínicos adversos nessa população(QUEIROZ et al, 2018; SILVA et al, 2019).

O IMC é um indicador do EN muito utilizado na prática clínica, contudo, por apresentar algumas limitações, é necessário utilizá-lo em combinação com outros parâmetros nutricionais para determinar o EN do paciente (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005). Os pontos de corte do IMC do idoso são superiores aos do adulto devido à maior susceptibilidade a doenças que esse grupo apresenta, necessitando, assim, de maior reserva de tecidos, que o protege contra a desnutrição. Os diversos pontos de corte adotados na literatura foram resumidos no Quadro 01.

Quadro 01 – Classificação nutricional de idosos, segundo o valor de IMC, de acordo com diferentes referências internacionais (1994 a 2005)

	Pontos de corte IMC (Kg/m²)			
	Baixo Peso	Adequado	Excesso de peso ou sobrepeso	Obesidade
Lipchitz (1994)	22	≥22 e ≤27	27	
OPAS (2002)	≤23	23 e 28	≥28 e 30	≥30

Harris e Haboubi (2005)	24	≥24 e 27	≥27

Fonte: Adaptado de Lipchitz (1994), OPAS (2002) e Harris e Haboubi (2005).

Também pode fazer parte da antropometria, as medidas de circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), circunferência muscular do braço (CMB), considerando-se valores de percentil menor que 10 como déficit nutricional importante (KUCZMARSKI; KUCZMARSKI; NAJJAR, 2000).

A CB representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseo, gorduroso e muscular do braço. Para idosos, o resultado obtido deve ser comparado com os valores de referência dos percentis do estudo multicêntrico Saúde e Bem-Estar do Idoso (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana Organização da Saúde (OPAS), que integram os Quadros 02 e 03 para homens e mulheres, respectivamente, sendo classificado de acordo com os pontos de corte descritos no Quadro 04 (BARBOSA et al, 2005).

Quadro 02 – Valores de referência dos percentis de CB para idosos do sexo masculino.

IDADE (ANOS)	PERCENTIS						
	5	10	25	50	75	90	95
60 – 64	24,90	27,00	29,00	30,00	32,00	35,00	37,00
65 – 69	24,55	27,00	29,00	30,00	32,00	34,90	36,00
70 – 74	24,00	26,00	27,00	30,00	32,00	34,00	35,25
75 – 79	23,00	24,00	26,00	29,00	31,00	33,00	35,00
≥ 80	22,00	23,00	25,00	28,00	30,00	32,00	33,00

Fonte: OPAS (2003).

Quadro 03 – Valores de referência dos percentis de CB para idosos do sexo feminino.

IDADE (ANOS)	PERCENTIS						
	5	10	25	50	75	90	95
60 – 64	26,00	28,00	30,00	33,00	35,00	37,00	39,00
65 – 69	25,00	27,00	28,00	31,00	34,00	36,00	38,45
70 – 74	24,00	25,00	28,00	31,00	34,00	37,00	40,00
75 – 79	24,00	26,00	28,00	31,00	33,00	36,00	38,00
≥ 80	22,00	23,00	26,00	29,00	31,00	34,00	35,15

Fonte: OPAS (2003).

Quadro 04 – Classificação do EN de acordo com a CB para idosos.

PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO
P5	Desnutrição
P5 – P10	Risco de desnutrição
P10 – P90	Eutrofia
≥ P90	Obesidade ou musculatura desenvolvida

Fonte: Barbosa et al (2005).

A circunferência da panturrilha (CP) é uma outra medida antropométrica muito utilizada para estimar a massa magra na população idosa. Com mensuração prática e de fácil aplicabilidade, é considerada um bom preditor da performance física, sobrevida e risco de readmissão hospitalar (REAL et al, 2018). A CP pode ser usada como um substituto diagnóstico da depleção muscular em locais onde não existem outros métodos diagnósticos de massa muscular disponíveis (CRUZ-JENTOFT et al, 2019). O ponto de corte ≤ 34 cm para homens e ≤ 33cm para mulheres, indica redução da massa magra para a população de idosos brasileiros (BARBOSA-SILVA et al, 2016).

2.6.4 Força de Preensão Palmar (FPP)

Outro método de avaliação simples, rápido e capaz de verificar a função muscular é a FPP, que pode ser realizada com o auxílio de um dinamômetro. A função muscular, ao contrário das medidas antropométricas, modifica-se rapidamente, mostrando, assim, a evolução do idoso, ajudando a avaliar se a terapêutica proposta está atendendo aos objetivos (GONCALVES et al, 2019). Alguns estudos demonstram a superioridade da FPP em detectar pequenas modificações do EN em comparação a outras variáveis antropométricas (BARRÉRE et al, 2017).

O Consenso Europeu de Sarcopenia (CRUZ-JENTOFT et al, 2019) recomenda a utilização da FPP para identificar a presença de uma provável sarcopenia, em casos de suspeita clínica. É importante realizar a aferição da FPP em pacientes com suspeita de dinapenia (perda de foça muscular), alteração no desempenho das atividades físicas habituais e/ou déficit em sua funcionalidade (capacidade de levantar peso, caminhar, sair do leito, subir degraus e histórico de queda), excetuando aqueles com enfermidades neurológicas, reumatológicas, neuromusculares ou outras que interfiram na avaliação da dinamometria, como também os pacientes que se encontram sedados ou inconscientes.

A presença de sarcopenia em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, assim como a perda de massa muscular no decorrer do tratamento paliativo estão relacionados ao menor tempo para progressão da doença oncológica e susceptibilidade à toxicidade à quimioterapia paliativa, o que contribui para reduzir a sobrevida global. Ademais, a sarcopenia está relacionada a uma série de sintomas clínicos, os quais contribuem para a piora da QV, interferindo diretamente na funcionalidade e independência destes pacientes (ARAÚJO et al, 2020).

O estudo de Bielemann, Gigante e Horta (2016), realizado com a população brasileira, definiu pontos de cortes para perda de força muscular. Os pontos de corte para identificar baixa força muscular na UTI são estabelecidos por Parra et al (2019). O diagnóstico de dinapenia de acordo com a FPP está descrito no Quadro 5.

Quadro 05 – Diagnóstico de dinapenia de acordo com a FPP em pacientes em domicílio ou enfermaria e UTI

Sexo	Domicílio ou enfermaria	UTI
Masculino	30 kg	11 kg
Feminino	16 kg	7 kg

Fonte: Bielemann, Gigante e Horta (2016); Parra et al (2019).

2.6.5 Semiologia nutricional

O exame físico é de fundamental importância para identificar sinais e sintomas clínicos que nortearão a conduta nutricional individualizada. Em diversas circunstâncias, o exame físico é o único elemento com que o nutricionista pode contar para a realização da intervenção nutricional (BENTO et al, 2008). Devem ser avaliados sinais físicos de deficiências nutricionais, incluindo a perda de gordura subcutânea, perda de massa muscular e sinais de edema (MALONE; HAMILTON, 2013).

Os Quadros 6 e 7 descrevem áreas específicas do corpo para avaliar a perda de gordura subcutânea e a perda de massa muscular (FUHRMAN, 2009; MALONE; HAMILTON, 2013).

Quadro 06 – Avaliação de perda de gordura subcutânea.

REGIÃO	DESNUTRIÇÃO GRAVE	DESNUTRIÇÃO LEVE A MODERADA	BEM NUTRIDO
Orbital	Músculo orbicular côncavo; depressão; círculo escuro; pele flácida.	Círculos ligeiramente escuros, levemente côncavos.	Bolsa de gordura ligeiramente abaulada. A retenção de líquidos pode mascarar a perda
Braço: tríceps e bíceps	Pequeno espaço entre os dedos quando a gordura é pinçada; os dedos quase se tocam.	Redução leve do espaço entre os dedos quando a gordura é pinçada.	Percebe-se o tecido adiposo de maneira mais óbvia entre os dedos.
Torácica e lombar: costelas, parte inferior das costas, linha axilar média	Depressão entre as costelas bem aparente. Crista ilíaca muito proeminente. Oco axilar profundo.	Costelas aparentes, depressões entre elas menos pronunciadas. Crista ilíaca um pouco proeminente.	Costelas e crista ilíaca não aparente.

Fonte: Fuhrman (2009); Malone; Hamilton (2013).

Quadro 07 – Avaliação de perda de massa muscular

REGIÃO	DESNUTRIÇÃO GRAVE	DESNUTRIÇÃO LEVE A MODERADA	BEM NUTRIDO
Temporal	Região escavada. Depressão com visualização do osso.	Depressão leve.	Pode-se observar o músculo bem definido.
Clavícula, acrômio, trapézio	Ossos proeminentes. Ombro aparentemente	Ossos ligeiramente proeminentes. Clavícula	Clavícula não visível no homem; visível, mas não

REGIÃO	DESNUTRIÇÃO GRAVE	DESNUTRIÇÃO LEVE A MODERADA	BEM NUTRIDO
e escápula	quadrado. Depressão entre escápula e costelas.	visível em homens e alguma protuberância em mulheres.	proeminente na mulher. Ombro arredondado.
Mão (músculo interósseo)	Depressão acentuada entre o polegar e indicador.	Depressão leve.	Músculo preservado, porém pode ser plano em algumas pessoas bem nutridas.
Joelho e coxa (músculo quadríceps)	Osso proeminente. Depressão intensa na parte interna da coxa.	Joelho menos proeminente, mais arredondado. Depressão leve na parte interna da coxa.	Coxa arredondada. Ossos não proeminentes.
Panturrilha (músculo gastrocnêmio)	Depleção grave do músculo. Pele flácida.	Depleção leve do músculo.	Músculo bem desenvolvido.

Fonte: Fuhrman (2009); Malone; Hamilton (2013).

Também através do exame físico é possível avaliar a presença de acúmulo de líquido, tanto local como generalizado. Regiões como as extremidades inferiores e superiores, face, olhos e abdome são úteis para esta avaliação. Vale ressaltar que em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva ou doença renal crônica, pode ser difícil identificar o acúmulo de líquido relacionado à desnutrição. No Quadro 08, temos a descrição do método para avaliação do edema (MALONE; HAMILTON, 2013).

A classificação da ascite pode ser leve, moderada ou grave, de acordo com a quantidade de líquido na cavidade abdominal. A ascite pode ser considerada refratária quando se repete pelo menos três vezes em um período de 12 meses, mesmo após restrição alimentar de sódio e dosagem diurética adequada (ANGELI et al, 2018). No Quadro 09 temos a classificação da ascite.

Quadro 08 – Avaliação do edema.

GRAU	DESCRIÇÃO
1+	Depressão de 2 mm, dificilmente detectável Recuperação imediata
2+	Depressão profunda de 4mm Alguns segundos para se recuperar
3+	Depressão profunda de 6 mm

	10-12 segundos para se recuperar
4+	Depressão muito profunda de 8 mm 20 segundos para se recuperar

Fonte: Malone; Hamilton (2013).

Quadro 09 – Classificação da ascite (ANGELI et al, 2018).

GRAU	DESCRIÇÃO
Grau 1 ou Ascite leve	Detectável apenas pelo exame de ultrassonografia
Grau 2 ou Ascite moderada	Manifesta-se por distensão simétrica moderada do abdome.
Grau 3 ou Ascite grave	Provoca acentuada distensão abdominal.

Fonte: Fonte: Angeli et al (2018).

3 PLANO TERAPÊUTICO

A equipe multidisciplinar que atua em cuidados paliativos tem a função de oferecer assistência humanizada, fornecendo suporte, conforto e estabelecendo uma comunicação transparente com o paciente e seus familiares, auxiliando no luto, temor, dúvidas, estresse e frustração, aplicando intervenções mais convenientes (OLIVEIRA; RIBEIRO; HORTA, 2019).

Para a eficácia da atuação multidisciplinar em cuidados paliativos, é necessária a elaboração de um plano de cuidados, contemplando as orientações e aconselhamentos ao paciente, cuidador e familiares, preparando-os para o enfrentamento da doença e sobre terminalidade, além do controle dos sintomas que afetam sua QV e promovem desconforto. Na construção do plano de cuidados, primeiramente, devem ser levantadas as necessidades do paciente a partir da avaliação de seu estado geral, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, emocionais, incluindo a doença de base. A partir daí, desenvolve-se um plano com as ações de cuidados paliativos a serem prestadas ao paciente e familiares, sendo executadas de acordo com cada núcleo profissional. A equipe deve manter uma comunicação empática e efetiva com os familiares quanto às suas expectativas propostas ao plano terapêutico do paciente (OLIVEIRA; RIBEIRO; HORTA, 2019).

O nutricionista, no contexto multidisciplinar em cuidados paliativos, é o profissional responsável por elaborar, dentro do plano terapêutico, as orientações nutricionais aos pacientes e familiares referentes ao manejo de sintomas relacionados à alimentação, realizando a prescrição dietética que deve, antes de tudo, oferecer conforto e prazer ao paciente, respeitando a sua vontade. Deve ainda esclarecer ao paciente e sua família a respeito da terapia nutricional em uso, fornecendo as devidas orientações necessárias para dirimir as dúvidas, objetivando a redução dos desconfortos relacionados à alimentação, melhor aporte nutricional para reduzir a perda de peso e melhorar a QV (MORAIS et al, 2016).

3.1 Manejo de sintomas em Cuidados Paliativos

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente apresentam inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa alimentar. Consequentemente, podem ocorrer: baixa ingestão alimentar e perda ponderal. Além disso, há constantemente a ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos em uso, como: náuseas; vômitos; diarreia; saciedade precoce; má absorção; constipação; xerostomia; disgeusia; disfagia; entre outros (FERNANDES, 2012).

Assim, o nutricionista é um profissional que pode favorecer a evolução do paciente, sendo que a prática assistencial deve compreender o cuidado nutricional necessário com as peculiaridades de cada estágio da doença, lembrando que, em cuidados paliativos, a nutrição tem papel especialmente

preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, buscando reduzir os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, auxiliando no controle de sintomas retardando a síndrome de anorexia-caquexia e ressignificando o alimento (FERNANDES, 2012).

O controle de sintomas relacionados à alimentação é de extrema importância em cuidados paliativos, pois tais sintomas, quando presentes, reduzem a QV e o conforto do paciente, afetando sua alimentação. Portanto, é necessário intervir de forma individualizada e específica a cada sintoma apresentado, com adaptações em casos de presença de mais de um sintoma ao mesmo tempo (PINHO-REIS, 2012).

O Quadro 10 resume as principais intervenções adotadas em idosos em cuidados paliativos para manejo dos sintomas relacionados à alimentação.

Quadro 10 – Principais intervenções nutricionais voltadas para o manejo de sintomas relacionados à alimentação em idosos em cuidados paliativos. (Continua...)

SINTOMAS	INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	REFERÊNCIAS
Anorexia	• Porções menores, com maior fracionamento das refeições; • Consumir alimentos preferidos; • Utilizar pratos menores; • Lanches como nozes, sementes e frutas secas; • Sobremesas individuais; • Aumentar a densidade calórica das refeições, adicionando 2 a 4 colheres de sopa de leite em pó desnatado em 580mL de leite integral em cereais, sopas, pudins e vitaminas; queijos, manteigas e cremes em sopas e batatas; e adição de lentilhas e feijões em sopas; • Cuidados com a boca; • Maior refeição pela manhã ou quando a energia é melhor; • Iniciar as refeições com alimentos ou líquidos fortificados; • Evitar alimentos ou líquidos com pouco ou nenhum valor nutricional; • Fornecer pratos culturais e manter os rituais das refeições familiares; • Assistência física para alimentação, melhor posicionamento da mesa e uso de implementos adaptados.	(ANDREW et al, 2009; DAY, 2017; HURLOW, 2019; LOWEY, 2017; MOURA, RBB; MELO, ABP; CHAVES, TR; VAZ, LMM; BARBOSA, JM; ARAÚJO, 2020)

Quadro 10 – Principais intervenções nutricionais voltadas para o manejo de sintomas relacionados à alimentação em idosos em cuidados paliativos. (Continuação)

SINTOMAS	• INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	REFERÊNCIAS
Constipação	• Aumentar o consumo de líquidos associado a diferentes tipos de fibras; • Consumir alimentos que otimizam a motilidade intestinal: hortaliças, cereais integrais, frutas; • Recomendação de fibras para idosos: 25g/dia; • Consumir líquidos aquecidos em torno de meia hora antes da presença do reflexo gastrocólico em jejum, que ocorre principalmente após o desjejum; • Estimular a prática de exercícios físicos, conforme mobilidade do paciente.	(DUARTE et al, 2020; INCA, 2015; VOLKERT et al, 2018)
Diarreia	• Reduzir o volume e aumentar o fracionamento da dieta; • Avaliar a necessidade de restrição de lactose, sacarose, glúten, cafeína e teína; • Considerar o uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico; • Evitar temperaturas extremas; • Utilizar dieta pobre em fibras insolúveis e adequada em fibras solúveis; • Evitar alimentos e preparações gordurosas e condimentadas; • Evitar café e bebidas carbonatadas; • Evitar alimentos flatulentos e hiperosmolares;	(INCA, 2015)
Xerostomia	• Sorvete de limão sem açúcar antes de duas principais refeições; • Aplicação de gelo ou pequenas quantidades de líquidos; • Adequar a consistência dos alimentos, conforme aceitação do paciente; • Evitar o consumo de café, chá e refrigerantes que contenham cafeína; • Manter higiene oral e hidratação labial; • Dar preferência a alimentos umedecidos, adicionar caldos e molhos às preparações; • Adicionar gotas de limão nas saladas e bebidas; • Ingerir quantidade necessária de líquidos junto com as refeições para facilitar a mastigação e a deglutição; • Usar ervas aromáticas como tempero nas preparações, evitando sal e condimentos em excesso.	(COTOGNI et al, 2017; INCA, 2015; RAVASCO et al, 2005; RM et al, 1994)

Quadro 10 – Principais intervenções nutricionais voltadas para o manejo de sintomas relacionados à alimentação em idosos em cuidados paliativos. (Continuação)

SINTOMAS	• INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	REFERÊNCIAS
Saciedade precoce	• Acrescentar proteínas aos lanches através de sobremesas individuais como iogurte grego, sementes, abacate e queijo; • Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia • Aumentar a densidade calórica e proteica das refeições; • Não ingerir líquidos durante as refeições; • Preferir a ingestão de grãos em geral liquidificados ou somente o caldo de sua preparação; • Utilizar carnes magras, cozidas, picadas, desfiadas ou moídas em pequenas porções; • Evitar alimentos e preparações gordurosas; • Evitar a ingestão de bebidas gaseificadas; • Preferir ingerir legumes cozidos e frutas sem casca e bagaço.	(DAY, 2017; INCA, 2015)
Disgeusia	• Estimular a ingestão de alimentos mais prazerosos; • Adequar a consistência dos alimentos conforme aceitação, liquidificando-os quando necessário; • Preparar pratos visualmente agradáveis e coloridos; • Preferir alimentos com sabores mais fortes; • Utilizar gotas de limão nas saladas e bebidas como sucos de frutas, chás e água; • Utilizar ervas aromáticas e condimentos nas preparações para realçar o sabor; • Consumir alimentos ricos em zinco: carne vermelha, oleaginosas, peixes e frutos do mar, frango, abacate, leguminosas, leite e derivados, gema de ovo e grãos integrais.	(DEL FABBRO et al, 2011; INCA, 2015)
Mucosite	• Higiene oral adequada (3 vezes ao dia, ou menos, se necessário – adaptar instrumento de higiene se existir desconforto, dor ou sangramento na escovação); • Evitar alimentos que estimulem a dor, como alimentos ácidos, picantes, muito quentes, secos, duros, líquidos abrasivos e bebidas gaseificadas; • Diminuir ou retirar sal e condimentos das preparações, de acordo com o grau da mucosite; • Adaptar a consistência da dieta e a temperatura; • Consumir alimentos mais macios e pastosos; • Orientar quanto ao preparo das refeições e desencorajar o consumo de alimentos cítricos, condimentados, muito açucarados ou salgados e frituras; • Proporcionar um ambiente agradável para alimentação, longe de odores e situações estressantes; • Aumentar o fracionamento da dieta, oferecendo de 6 a 8 refeições por dia; • Solicitar avaliação do odontólogo; • Utilizar talheres pequenos.	(ARAÚJO et al, 2015; FRANCK, 2012; INCA, 2015)

Quadro 10 – Principais intervenções nutricionais voltadas para o manejo de sintomas relacionados à alimentação em idosos em cuidados paliativos. (Conclusão)

SINTOMAS	• INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	REFERÊNCIAS
Disfagia	• Modificar a consistência da dieta conforme o grau da disfagia e de acordo com as orientações do fonoaudiólogo; • Em caso de disfagia a líquidos, indicar o uso de espessantes industrializados e naturais (amido de milho, tapioca, farináceos enriquecidos); • Evitar alimentos secos e duros; • Dar preferência a alimentos umedecidos; • Ingerir pequenos volumes de líquidos junto às refeições para facilitar a mastigação e a deglutição; • Manter a higiene oral, limpando a boca, língua e prótese dentária (se utilizar) após as refeições.	(INCA, 2015; NAJAS, 2011)

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

3.2 Aspectos Bioéticos para tomada de decisão

A bioética é definida como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde de todas as pessoas que dele precisem, independentemente da sua condição social (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Nas últimas décadas, ela tem se tornado de grande relevância para a prática clínica, haja vista o fato de que fornece ferramentas teóricas para a tomada de decisão do profissional de saúde (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2014). Entre os vários dilemas bioéticos que exigem preparo e reflexão sobre o que e como fazer estão os cuidados paliativos e as decisões terapêuticas (BARBOSA et al, 2019).

Na abordagem dos cuidados paliativos, a bioética tem como finalidade indicar o agir corretamente do homem para assegurar o bem-estar e a sobrevivência, com base em seus princípios fundamentais (NOGUEIRA; COSTA; HENRIQUES, 2012), como o respeito à autonomia, a beneficência, não maleficência e justiça, princípios esses que devem ser aplicados nos casos de doenças terminais, orientando a tomada de decisões. O Quadro 11 resume os principais conceitos dos princípios fundamentais da bioética.

Quadro 11 – Princípios da bioética: conceitos principais.

PRINCÍPIOS	CONCEITOS	REFERÊNCIAS
Autonomia	• Tem como foco o indivíduo e sua capacidade de tomar decisões; • O paciente tem o direito de questionar seu tratamento e assegurar que o plano terapêutico esteja de acordo com o seu desejo; • O paciente pode, inclusive, recusar um determinado tratamento depois de bem informado, ainda que esta recusa o leve à morte; • Quando um paciente se torna incapaz de tomar decisões por conta da evolução da doença ou algum acidente, é importante que os profissionais envolvidos na assistência busquem informações sobre qualquer comunicação previamente expressa pelo paciente a respeito dos tipos de tratamentos desejados.	(BARBOSA et al, 2019; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; DRUML et al, 2016; GEPPERT; ANDREWS; DRUYAN, 2010)
Beneficência	• Diz respeito a minimizar riscos e maximizar benefícios, ou seja, "fazer o bem", de modo que o profissional de saúde aja em benefício do paciente, não o expondo a riscos ou sofrimento adicional a menos que haja uma expectativa razoável de benefício proporcional; • Se os riscos de o suporte nutricional superarem os benefícios, é imperativo suspender o tratamento em questão.	(ANDRADE; ALMEIDA; PINHO-REIS, 2017; GEPPERT; ANDREWS; DRUYAN, 2010; SOUZA JUNIOR et al, 2018)
Não-maleficência	• Objetiva evitar danos previsíveis, sendo necessário avaliar os riscos de cada decisão clínica tomada em equipe juntamente com o paciente e seus familiares; • Se os riscos e encargos de uma terapêutica para um determinado paciente superam os benefícios potenciais, então será obrigatório não fornecê-la.	(DRUML et al, 2016; SOUSA et al, 2010; SOUZA JUNIOR et al, 2018)
Justiça	• Dispõe sobre a utilização de maneira justa e equitativa dos recursos disponíveis; • Todo paciente tem garantia de igualdade de direitos, entre eles, o direito concernente aos cuidados com sua saúde, independentemente de fatores étnicos, sociais e econômicos.	(ANDRADE; ALMEIDA; PINHO-REIS, 2017)

Fonte: Indicações no corpo do quadro.

A priorização dos cuidados paliativos e a determinação de medidas fúteis em pacientes terminais devem ser estabelecidos consensualmente entre equipe assistencial, paciente (se capaz), familiares ou seu representante legal. Compreende-se como medidas fúteis toda e qualquer intervenção que seja incoerente com o objetivo proposto no tratamento de um paciente. Ao longo do tratamento, algumas medidas curativas podem ser entendidas como fúteis como a nutrição enteral ou parenteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e internação ou permanência do paciente em UTI (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016).

Na terminalidade, os pacientes necessitam de muito menos fluido para uma hidratação

adequada do que em outras situações, podendo a hidratação exagerada como também a nutrição artificial causar desconforto em pacientes terminais, apresentando maior risco de broncoaspiração, pneumonias, diarreias, desconforto gastrointestinais entre outros. A hidratação venosa na terminalidade pode levar à ocorrência de vômitos, necessidade de sonda nasogástrica de alívio, distúrbios respiratórios, edema pulmonar e edema periférico, causando desconforto agudo ao paciente e instabilidade emocional aos familiares que acompanham todo o processo. Diante disso, o paciente e familiares devem decidir entre a manutenção ou retirada do suporte nutricional (BOTTONI; ZAHER-RUTHERFORD, 2019). Essa decisão é um dilema ético que deve levar em consideração os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Há uma forte resistência por parte de familiares quanto à suspensão de Nutrição e Hidratação Artificiais (NHA), devido ao sofrimento emocional por imaginar que seu ente querido morreu de fome e sede, mesmo sendo comprovado que o paciente em estágio terminal não sente fome nem sede (PESSINI, 2004). Na realidade, a causa da morte deve-se à evolução da doença de base que pode provocar anorexia e, ainda, a impossibilidade de alimentar-se de forma fisiológica em alguns casos. Assim sendo, muitos familiares como também profissionais de saúde muitas vezes decidem manter a NHA, apesar dos impactos negativos que essa atitude pode ocasionar à QV do paciente (BOTTONI; ZAHER-RUTHERFORD, 2019).

A literatura contraindica o uso de NHA em pacientes terminais (DRUML et al, 2016), sendo a alimentação oral assistida cuidadosa o método mais adequado de alimentação, quando o paciente possui um estado cognitivo que conceda essa possibilidade. Enquanto o paciente estiver consciente e orientado é importante que se deixe registrado – através de diretivas antecipadas de vontade – qual o seu desejo quando, na terminalidade da vida, ele não possuir mais o poder de decisão. O ideal seria que os familiares e representantes legais estivessem cientes de que a progressão do quadro da doença é que ocasionará a morte do paciente e que a NHA não alterará este curso nem sua ausência antecipará a morte do paciente (SCHWARTZ, 2018).

O ato de nutrir um paciente em fase terminal tem um significado prioritariamente simbólico do que fisiológico, podendo causar desconforto e piora clínica, sendo fundamental o manejo adequado de sintomas indesejáveis por parte da equipe multiprofissional, buscando a promoção da melhor QV possível nesta fase. A ortotanásia preconiza uma morte digna, permitindo que o paciente morra sem dor ou desconforto, respeitando a evolução da doença e do seu quadro clínico (BOTTONI; ZAHER-RUTHERFORD, 2019).

Na tomada de decisão quanto ao suporte nutricional em pacientes em cuidados paliativos, o principal foco deve ser a centralidade no indivíduo sob os pilares da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O respeito à autonomia garante que o paciente receba o tratamento que ele deseja; com relação aos princípios da beneficência e da não maleficência, o objetivo dos cuidados

oferecidos são voltados à QV e à manutenção da dignidade humana. A prioridade na escolha da intervenção nutricional deverá ser sempre minimizar o desconforto e aliviar o sofrimento do paciente, promovendo sua dignidade e bem-estar (BARBOSA et al, 2019).

Para avaliar a capacidade de tomar decisões, são necessários alguns elementos: o paciente deve ser capaz de comunicar, à equipe, sua preferência por um tratamento ou outro; deve entender os riscos, benefícios e alternativas ao tratamento, inclusive o risco de morte; deve ser capaz de apreciar a informação, aplicando-a para sua situação em particular, levando em consideração aspectos pessoais de sua vontade e história de vida; deve ser capaz de utilizar um pensamento racional para chegar a sua escolha. Isto não significa que sua opinião deva ser a mesma da equipe clínica, mas que ela esteja sendo tomada dentro de uma trajetória lógica (CARVALHO; TAQUEMORI, 2008).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são um tipo de manifestação prévia sobre cuidados e tratamentos que o indivíduo deseja ou não receber quando houver incapacidade de expressar a sua vontade de forma livre e autônoma. As DAV reconhecem o direito que o ser humano tem de recusar tratamentos fúteis, que visam apenas prolongar a vida, porém, sem garantir a sua qualidade (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

No Brasil, ainda não há uma legislação específica para as DAV, contudo, em 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução CFM 1.995/2012, legitimou a postura médica sobre as DAV dos pacientes. Essa resolução garante a consideração da vontade prévia e expressamente manifestada pelo paciente no que diz respeito às decisões sobre cuidados e tratamentos, contanto que esteja em consonância com o Código de Ética Médica, devendo esta vontade prevalecer sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre o desejo dos familiares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2012).

Um responsável legal para tomar as decisões quando o paciente estiver em fase terminal ou não for capaz de responder por si é uma forma de manter e aceitar os desejos do paciente. No entanto, a maioria dos familiares preferem que as decisões sejam dirigidas pelo corpo médico junto ao doente, de modo que tais decisões sempre são um dilema ético para os médicos. Com as DAV, os médicos e a equipe tendem a respeitar a autonomia do paciente, cumprindo com suas vontades, frente às opções de tratamentos paliativos (HASSEGAWA et al, 2019).

3.3 Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos

No contexto dos cuidados paliativos, é imperativa a prioridade do alívio da dor e do conforto ao paciente e familiares. A nutrição e alimentação, nesses casos, são aspectos essenciais a serem observados, já que além de possuir caráter biológico, também apresentam fatores sociais e culturais intrínsecos. Assim, em todos os aspectos, a nutrição e a alimentação têm papel fundamental na

melhoria da QV, através de estratégias de suporte nutricional como suplementação por via oral, enteral e/ou parenteral, favorecendo de forma positiva o EN(DUARTE et al, 2020).

A orientação ou Aconselhamento Nutricional (AcN) é a primeira linha de terapia nutricional, e deve ser um processo contínuo de diálogo com o paciente e seus familiares para que desenvolvam a compreensão de suas necessidades e das metas nutricionais (ARENDS et al, 2017b).

Quanto ao cálculo das metas nutricionais de pacientes idosos no contexto dos cuidados paliativos, este dependerá de alguns fatores a serem vistos de forma individualizada: doença de base, comorbidades associadas, diagnóstico nutricional, prognóstico, expectativa de vida, ingestão alimentar e quadro clínico apresentado. Lembrando que os objetivos da terapia nutricional em cuidados paliativos mudam conforme o avançar da doença e a ocorrência de alterações na condição clínica, necessitando, assim, de reavaliações periódicas (HORIE et al, 2019).

A tomada de decisão a respeito do suporte nutricional em cuidados paliativos deve ser baseada no prognóstico do paciente, conforme apresentado no Quadro 12, de modo que envolve o paciente, os familiares e a equipe multiprofissional, considerando sempre aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais do paciente. Quando a expectativa de vida é superior a seis meses, o suporte nutricional buscará garantir uma adequada ingestão energético-proteica, redução dos distúrbios metabólicos e manutenção de um adequado estado de desempenho e QV. Já no final da vida, além da ausência de benefícios no uso do suporte nutricional enteral e parenteral, existem efeitos adversos que inviabilizam seu uso, sendo recomendado priorizar a alimentação por via oral dando conforto ao paciente (HORIE et al, 2019).

Quadro 12 – Tomada de decisão em relação a nutrição artificial baseada em prognóstico

Condições do TGI e ingestão alimentar	Expectativa de vida: meses ou mais (tratamentos ativos de câncer considerados/ estado pré-caquexia/ caquexia)	Esperança de vida: dias a semanas (câncer progressivo sem opções de tratamento padrão, caquexia refratária)
TGI funcionante com redução da ingestão oral	Manter a via oral e avaliar a necessidade de terapia nutricional oral	Manter a via oral e avaliar a necessidade de terapia nutricional oral
TGI funcionante e ingestão oral significativamente comprometida (por exemplo, disfagia, mucosite grave)	Considerar a terapia nutricional enteral	Terapia Nutricional não recomendada. Adotar medidas conservadoras, considerar a hidratação endovenosa
Absorção significativamente comprometida (por exemplo, obstrução intestinal) ou falha na nutrição enteral	Considerar a terapia nutricional parenteral	Terapia Nutricional não recomendada. Adotar medidas conservadoras, considerar a hidratação endovenosa

Fonte: Adaptado de Hui et al (2015)

Nos casos de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o Consenso do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (INCA, 2015) traz um quadro-resumo com respostas baseadas na expectativa de vida para nortear as indicações de terapia nutricional desse público. Essas

informações constam no Quadro 13.

Quadro 13 – Resumo das indicações de terapia nutricional do paciente oncológico em cuidados paliativos.

(Continua...)

Questão	Resposta segundo expectativa de vida		
	Maior que 90 dias	**Igual ou menor a 90 dias**	**Cuidado ao fim da vida**
Quais os objetivos da terapia nutricional?	- Prevenir ou minimizar os déficits nutricionais; - Reduzir complicações da desnutrição; - Controlar sintomas e evitar desidratação; - Promover conforto emocional e melhora da autoestima; - Melhorar capacidade funcional; - Melhorar a QV; - Considerar aspectos bioéticos relacionados à: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; - Avaliar desejos e valores do paciente.	- Minimizar os déficits nutricionais; - Controlar sintomas e evitar desidratação; - Promover conforto emocional e melhora da autoestima; - Melhorar a QV; - Considerar aspectos bioéticos relacionados à: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; - Avaliar desejos e valores do paciente.	- Promover conforto e melhora da Qualidade de Vida; - Considerar aspectos bioéticos relacionados à: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; - Avaliar desejos e valores do paciente quanto à manutenção ou à suspensão da dieta.
Quais critérios devem ser utilizados para indicar terapia nutricional	- Todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição.	- Todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição, devendo o paciente apresentar PS ≤ 3; e KPS ou PPS ≥ 30%.	- Não há indicação.
Quando indicada, a terapia nutricional deve ser iniciada em que momento?	- O mais precoce possível na presença de estabilidade hemodinâmica.	- O mais precoce possível na presença de estabilidade hemodinâmica.	- Não se aplica.
Quais as contraindicações para a terapia nutricional?	TNO: - Ingestão alimentar 70% das necessidades nutricionais; - Queda do nível de consciência; - TGI não funcionante; - Instabilidade hemodinâmica; TNE: - Ingestão alimentar via oral 60% das necessidades nutricionais; - TGI não funcionante; - Instabilidade hemodinâmica; TNP:	TNO: - Queda do nível de consciência; - TGI não funcionante; - Instabilidade hemodinâmica; TNE: - TGI não funcionante; - Instabilidade hemodinâmica; TNP: - Não oferece benefícios nesse estágio da doença.	- Não se aplica.

	- TGI funcionante; - Instabilidade hemodinâmica; - PS ≤ 2; ou KPS ou PPS ≤ 50%.		

Fonte: Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (INCA, 2015)

Muitos idosos em cuidados paliativos possuem limitações funcionais e cognitivas que interferem diretamente em sua capacidade de comer e beber de forma independente. Dessa forma, as estratégias nutricionais devem abranger além da personalização da refeição, a assistência no consumo dela e fatores ambientais (local, ambientação, sons, companhia durante a refeição). É importante observar o posicionamento adequado em uma mesa e a necessidade de assistência física para levar alimentos e líquidos até a boca (MORLEY, 2017).

As características sensoriais dos alimentos desempenham papel importante junto às preferências pessoais do idoso. Logo, deve fazer parte do cuidado nutricional a adaptação do plano alimentar com o objetivo de estimular o desejo e o prazer na alimentação do idoso (GONCALVES et al, 2019).

3.3.1 Terapia Nutricional Oral

A alimentação por via oral, por ser mais fisiológica, deve ser priorizada, conforme recomenda a *American Dietetic Association*, desde que o sistema gastrointestinal esteja íntegro, o paciente apresente desejo e possua condições clínicas para se alimentar por essa via (ADA, 1992).

O cuidado nutricional por via oral compreende diversas abordagens, incluindo a orientação nutricional, enriquecimento das refeições, fornecimento de lanches intermediários e de suplementos nutricionais orais. A suplementação ou enriquecimento da dieta pode ser realizada adicionando alimentos naturais ou nutrientes específicos às refeições (exemplos: módulos de proteína em pó, maltodextrina, triglicérides de cadeia média etc.), podendo aumentar a densidade calórica e proteica de refeições e bebidas, sem grande aumento no volume (MORLEY, 2017).

A administração de suplementos nutricionais orais é uma estratégia simples e não invasiva para aumentar a ingestão de nutrientes pelos pacientes (ARENDS et al, 2006). A Suplementação Nutricional Oral (SNO) é indicada em pacientes com perda de peso, desnutridos ou com ingestão insuficiente de nutrientes (70% das necessidades nutricionais) (INCA, 2015).

Em pacientes com doenças crônicas, a SNO tem se mostrado benéfica em termos de função física e ganho de peso. Além disso, em pacientes com IMC 20kg/m² esses efeitos benéficos foram ainda mais pronunciados (MARÍN CARO; LAVIANO; PICHARD, 2007).

Em geral, a SNO é realizada em consonância com o AcN. O quadro 11 resume os principais

resultados do uso de SNO em pacientes em cuidados paliativos quanto à QV, controle de sintomas e EN, de acordo com os achados da revisão de escopo realizada para subsidiar essa diretriz.

Quadro 14 – Principais achados do uso de SNO na QV, controle de sintomas e EN.

Objetivo da Intervenção	Intervenção: AcN / SNO
QV	• AcN ou SNO não tiveram efeito sobre a QV em pacientes com câncer e perda de peso em quimioterapia (BALDWIN et al, 2011). • A intervenção nutricional precoce e intensiva com AcN e SNO oferece resultados benéficos em termos de QV global e função física em pacientes oncológicos ambulatoriais que recebem radioterapia para a região gastrointestinal ou de cabeça e pescoço (ISENRING; CAPRA; BAUER, 2004). • Em pacientes com câncer, todos os escores de função da QV melhoraram significativamente no grupo que recebeu AcN e no que recebeu SNO, ao passo que, no grupo controle, todos os escores de função de QV pioraram (RAVASCO et al, 2005).
	• A intervenção nutricional precoce e intensiva, via telefone e presencial, com AcN logo após o diagnóstico em pacientes com câncer gastrointestinal alto e prescrição de SNO quando indicada mostrou que o grupo intervenção teve pontuação mais alta dos escores funcionais de QV para funcionamento físico, emocional e social em comparação ao grupo controle (SILVERS et al, 2014). • A análise *post hoc* de dose-resposta sugere que, se tomado em quantidade suficiente, apenas o suplemento de proteína e energia enriquecido com ácido graxo ômega-3 resulta em ganho líquido de peso, tecido magro e melhor QV. Mais estudos são necessários para examinar o papel potencial dos suplementos enriquecidos com ômega 3 no tratamento da caquexia do câncer (FEARON, 2003).
Controle de sintomas	• **Escaras, edemas e uso de ATB:** Reduziu a prevalência de escaras, edemas e uso de ATB (AMANO et al, 2013). • **Ingestão calórico-protéica**: A intervenção nutricional precoce e intensiva com AcN e SNO resulta em melhor ingestão média de energia e proteína em comparação com a prática padrão (ISENRING; BAUER; CAPRA, 2007). • **Anorexia, náusea/vômito, xerostomia e disgeusia:** A redução desses sintomas em pacientes com câncer foi de 90% no grupo que recebeu AcN, 67% no grupo que recebeu SNO e 51% no grupo controle. Houve aumento na ingestão energética no grupo que recebeu AcN e manteve-se ao longo dos 3 meses (RAVASCO et al, 2005).
EN	• AcN juntamente com SNO mantiveram os níveis séricos de albumina em pacientes com câncer de cabeça e pescoço bem nutridos (ARNOLD; RICHTER, 1989). • AcN ou SNO não tiveram efeito sobre o EN em pacientes com câncer e perda de peso em quimioterapia (BALDWIN et al, 2011). • A intervenção nutricional precoce e intensiva com AcN e SNO oferece resultados benéficos em termos de redução da perda de peso e deterioração do EN, em pacientes oncológicos ambulatoriais que recebem radioterapia para a região gastrointestinal ou de cabeça e pescoço (ISENRING; CAPRA; BAUER, 2004). • A intervenção nutricional precoce e intensiva, via telefone e presencial, com AcN logo após o diagnóstico em pacientes com câncer gastrointestinal alto e prescrição de SNO, quando indicada, mostrou que o peso corporal foi em média 6 kg maior e o risco nutricional menor no grupo intervenção em comparação com o grupo controle (SILVERS et al, 2014). • No grupo que recebeu AcN, 50% dos pacientes desnutridos melhoraram seu EN com recuperação média de 4Kg em 3 meses, enquanto que no grupo que recebeu SNO e no grupo controle nenhum paciente melhorou seu EN (RAVASCO et al, 2005). • AcN associado à medidas farmacológicas simples resultou em melhora significativa do ganho de peso em pacientes com câncer internados em uma clínica de caquexia (DEL FABBRO et al, 2011). • SNO enriquecido com óleo de peixe (ácido graxo ômega 3) tem o potencial de promover ganho de peso, em contraste com os suplementos nutricionais convencionais (BARBER et al, 1999). • O enriquecimento com ácidos graxos ômega-3 não proporcionou uma vantagem terapêutica. Ambos os suplementos foram igualmente eficazes em conter a perda de peso. A análise *post hoc* de dose-resposta sugere que, se tomado em quantidade suficiente, apenas o suplemento de proteína e energia enriquecido com ácido graxo ômega-3 resulta em ganho líquido de peso, tecido magro e

	melhor QV. Mais estudos são necessários para examinar o papel potencial dos suplementos enriquecidos com ômega-3 no tratamento da caquexia do câncer (FEARON, 2003).

Fonte: Indicadas no corpo do quadro.

Notas: QV: qualidade de vida; AcN: aconselhamento nutricional; SNO (suplementação nutricional oral); ATB: antobiótico; EN: estado nutricional.

O *guideline* de nutrição para pacientes com câncer de 2017 da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) conclui que, para pacientes em radioterapia, em especial de cabeça e pescoço, tórax e trato gastrointestinal, a ingestão nutricional deve ser assegurada principalmente por aconselhamento nutricional individualizado e/ou com uso de suplementos nutricionais orais, melhorando a ingestão nutricional, o peso corporal e a QV, fato que beneficia os pacientes e evita interrupções no tratamento. Essa intervenção apresenta nível de evidência moderado com forte força de recomendação (ARENDS et al, 2017b).

Em 2010, o estudo de Hasenberg e colaboradores avaliou os efeitos da suplementação oral e parenteral em pacientes com câncer. Os pacientes que receberam suplementação oral relataram diminuição dos sintomas, como saciedade precoce, constipação, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, resultando em aumento significativo do apetite nesse grupo. Dessa forma, o estudo observou que a intervenção nutricional com uso de SNO atuou de forma positiva nos aspectos clínicos e sociais, melhorando a condição de vida do paciente (HASENBERG et al, 2010).

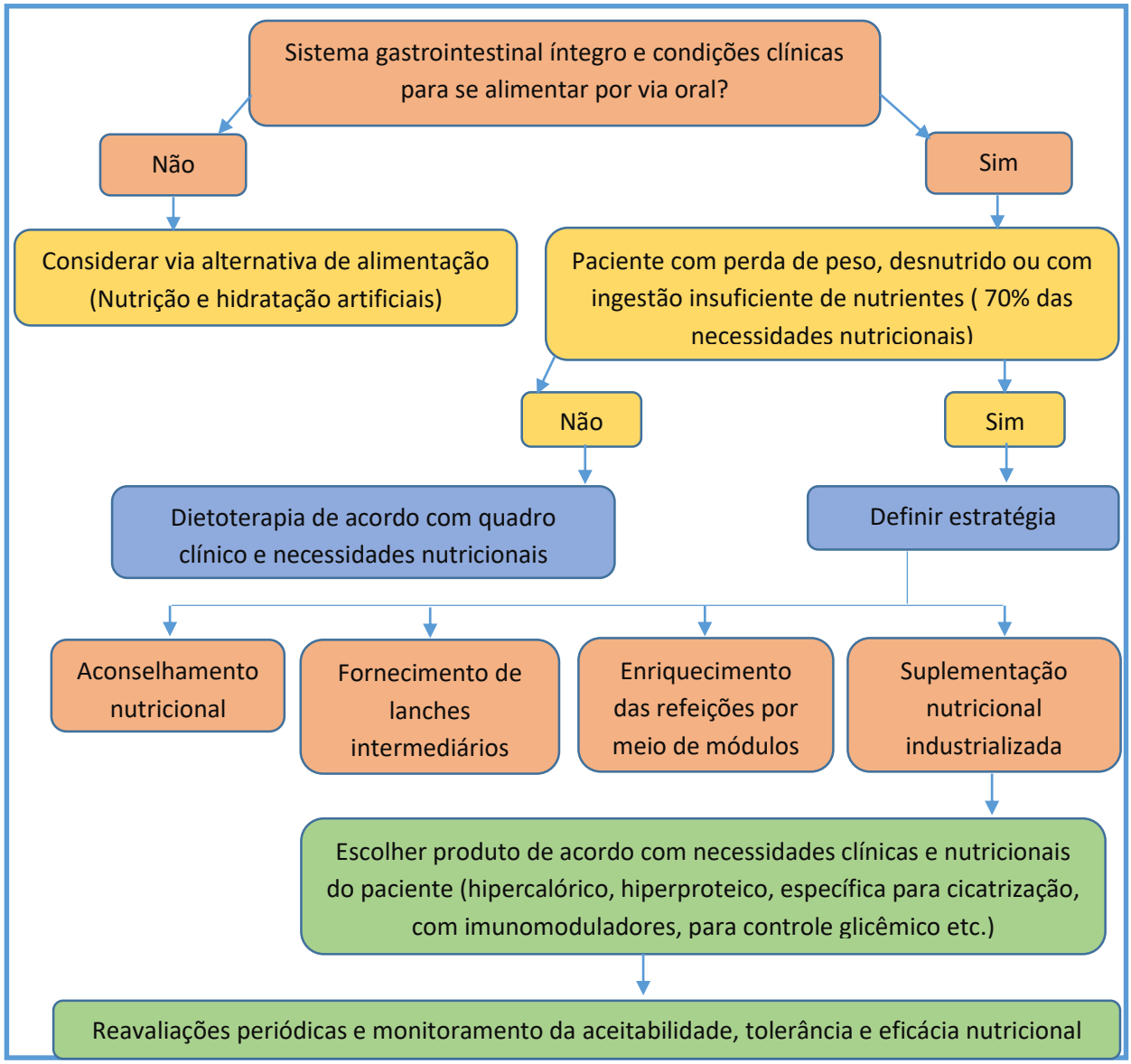
Recomenda-se que a SNO forneça pelo menos 400 kcal com até 30% de calorias oriundas de fontes proteicas, promovendo, assim, uma resposta anabólica, gerando maior disponibilidade de aminoácidos musculares**.** Garantir um consumo de proteína adequado para os idosos é fundamental, resultando em menor risco de complicações, menor número de readmissões hospitalares, maior FPP, maior ingestão proteica energética e em melhora no peso corporal (GONCALVES et al, 2019).

Quanto ao período de uso da SNO, é recomendado que deva ser continuado por um período mais longo, enquanto houver indicação, respeitando a individualidade de cada caso, visto que a adesão à SNO por longos períodos depende do tipo de monitoramento, aceitabilidade, tolerância e eficácia nutricional (VOLKERT et al, 2018). A avaliação da aceitação alimentar deve ser realizada por métodos já reconhecidos (recordatório de 24 horas ou registro alimentar), calculando-se o consumo energético-proteico. A partir dessa avaliação, o nutricionista, juntamente com o paciente e os familiares ou cuidadores, deve definir a manutenção ou suspensão da SNO (GONCALVES et al, 2019).

Para melhorar a aceitação e aumentar o consumo desses produtos nutricionais, é importante fornecer opções variadas, como também a possibilidade de oferecer adaptações na textura, principalmente em casos de disfagia (GONCALVES et al, 2019).

O fluxograma 01 apresenta as indicações e estratégias de uso da terapia nutricional oral para idosos em cuidados paliativos.

Fluxograma 01 – Indicações e estratégias de uso da Terapia Nutricional Oral



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

3.3.2 Terapia Nutricional Enteral

De acordo com as diretrizes de práticas clínicas baseadas em evidências, é indicada a NHA dentro dos primeiros três dias, quando o trato gastrointestinal se apresentar funcionante, quando houver a impossibilidade do uso da via oral, quando a ingestão nutricional persistir inadequada ou quando for menor que 60% e sem previsão de evolução, apesar do AcN e dos suplementos nutricionais orais; nesse contexto é recomendada a Terapia Nutricional Enteral (TNE) (ARENDS et al, 2017a, 2017b; INCA, 2015).

A indicação e a continuidade de TNE em cuidados paliativos ainda é considerado um tema complexo e controverso, o que leva a médicos e nutricionistas questionarem seu real benefício ao paciente em cuidados paliativos, uma vez que a nutrição artificial pode tornar o tratamento árduo e

estressante (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

Para considerar o uso de TNE é importante avaliar os objetivos do suporte nutricional, uma vez que, em cuidados paliativos, esses objetivos variam à medida que a doença evolua. Nos estágios iniciais, quando o paciente se encontra em tratamento, é importante que se garanta o recebimento de nutrientes em quantidades suficientes para manter ou restaurar o EN com vista a adequar-se às demandas metabólicas geradas pela doença e/ou tratamento; reparar tecidos e prevenir infecções; promover uma sensação de bem-estar e QV (CARVALHO; TAQUEMORI, 2008).

Os objetivos mudam a partir que a doença de base progride e se aproxima a fase da terminalidade da vida. O alimento continua sendo ofertado, mas a ênfase está na QV e no alívio do sofrimento. Caso não se possa trazer alívio ao sofrimento nem melhora da QV por meio da alimentação, ela passa a ser fútil. Porém, aspectos contextuais da família podem tornar a TNE uma conduta desejável, mesmo nessa situação (CARVALHO; TAQUEMORI, 2008).

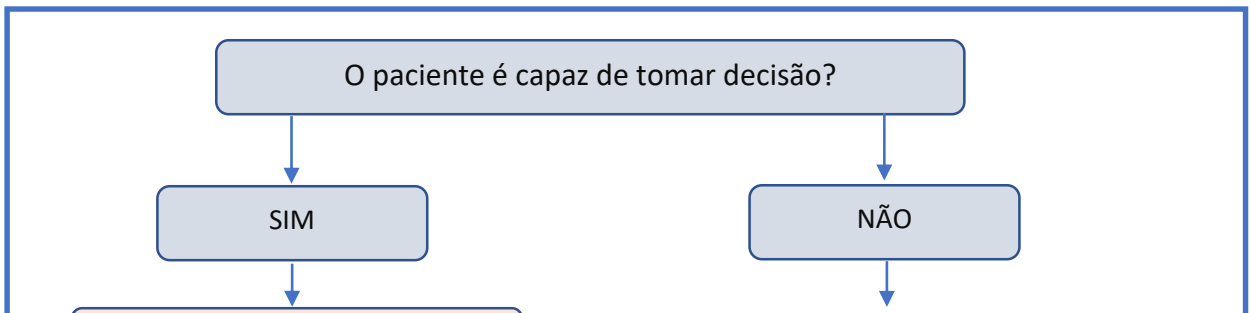
Em pacientes idosos com demência avançada, a TNE seja por sonda nasoenteral (SNE) ou gastrostomia (GTT), embora indicada em alguns casos, geralmente ocasiona maior desconforto, agitação e necessidade de sedação, podendo também favorecer a diminuição de sua dignidade e autoestima, uma vez que priva o indivíduo da sensação de paladar (CANDY; JONES; SAMPSON, 2009). A *American Geriatrics Society* não recomenda a TNE em idosos demenciados em estágios avançados, visto que há associação com reincidências de lesões por pressão e aumento nos cuidados de saúde (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2014).

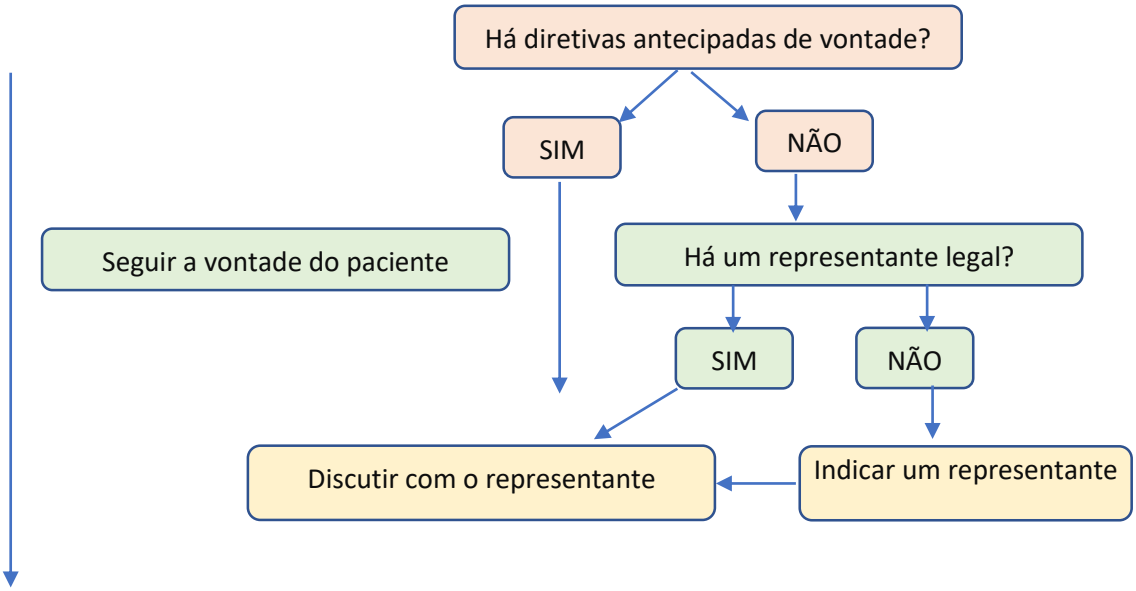
Pacientes em fase de terminalidade, necessitam de quantidades muito menores de água que indivíduos saudáveis. Geralmente não apresentam sensação de fome ou sede e se sentem satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos ou até mesmo com os cuidados de higienização e umidificação da cavidade oral (CARVALHO; TAQUEMORI, 2008). A privação alimentar nessa fase, é bem tolerada pelo indivíduo, sendo associada à sensação de bem-estar, comparando-se aos efeitos de uma ingestão inadequada de calorias ou dos sintomas de dor, náuseas e vômitos advindos de uma alimentação forçada.

Dessa forma, a decisão de iniciar e/ou continuar o uso da TNE decorre dos aspectos bioéticos, conforme já abordado anteriormente nesse protocolo, levando em consideração o desejo do paciente e seus familiares e a indicação da equipe multiprofissional.

A seguir, são apresentados alguns fluxogramas a fim de sumarizar as informações, facilitar a compreensão desta temática e nortear os profissionais a respeito da TNE.

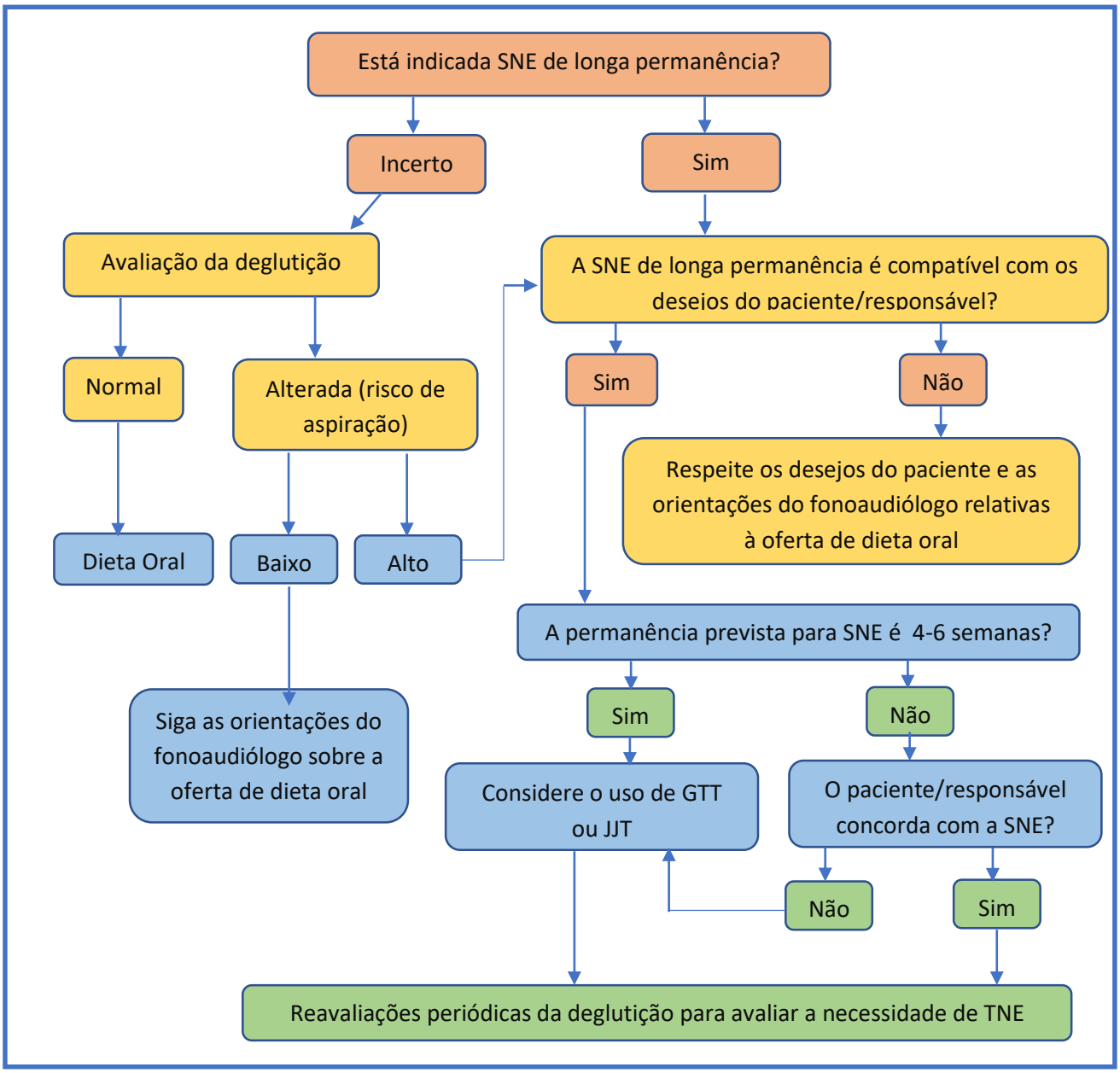
Fluxograma 02 – Indicação de TNE





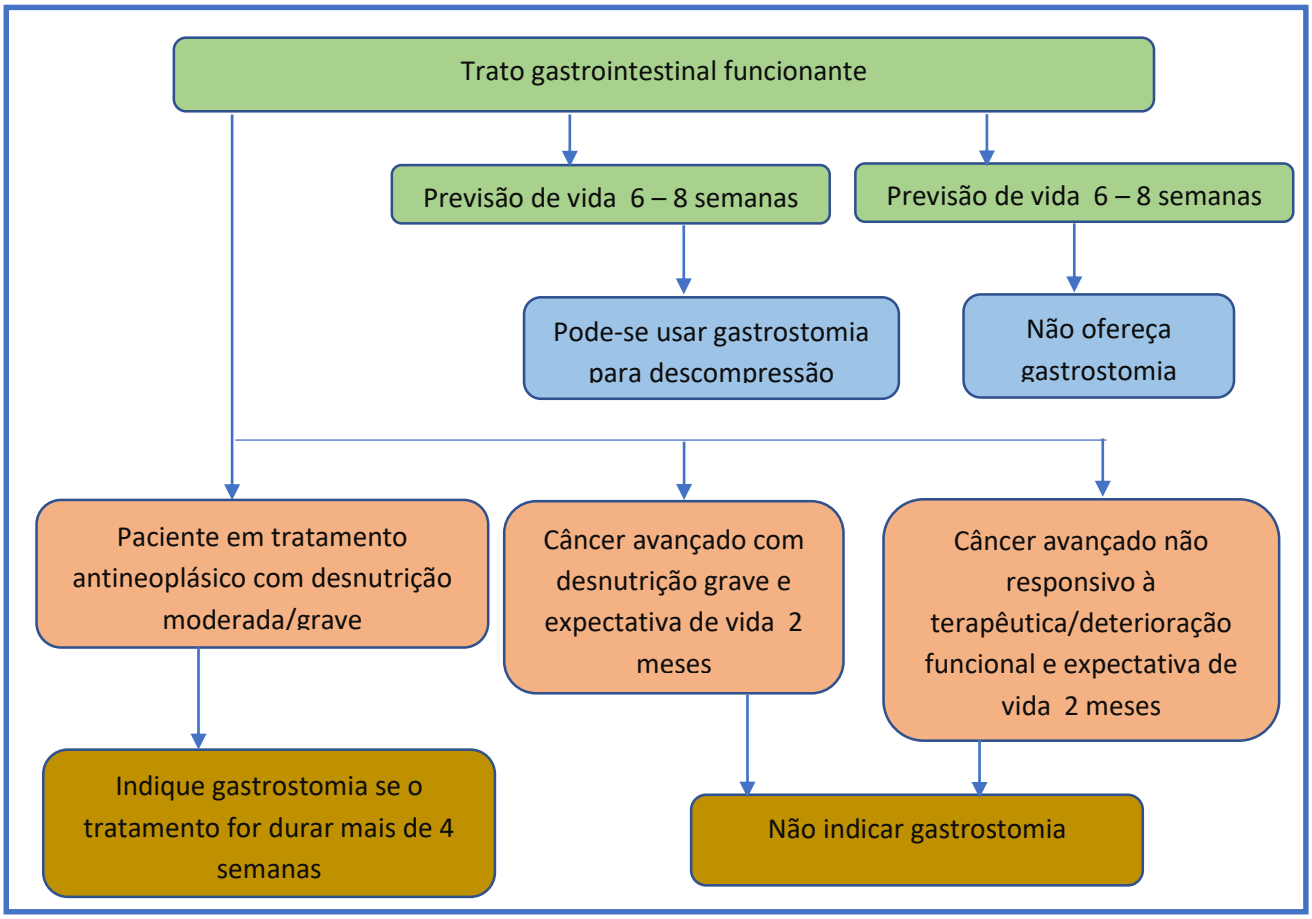
Fonte*:* Adaptado de Mcmahon et al (2005).

Fluxograma 03 – Indicação de Sonda Nasoenteral (SNE)



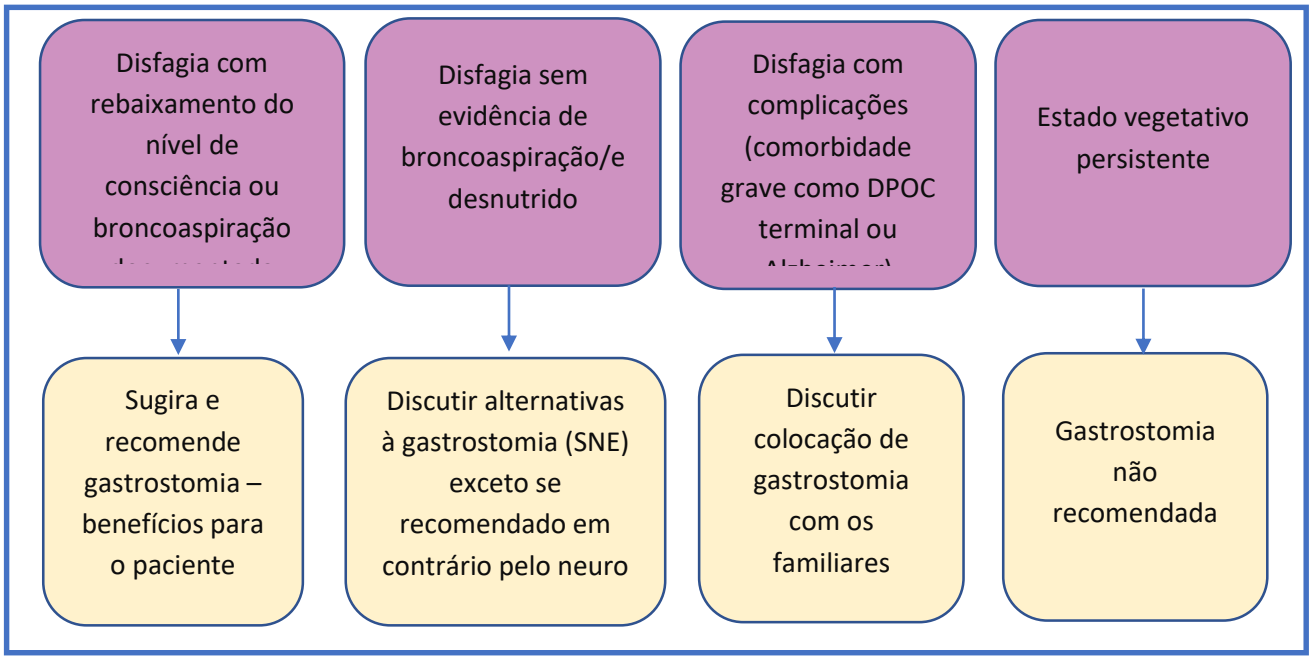
Fonte: Adaptado de (MCMAHON et al, 2005).
Notas: GTT: gastrostomia; JJT: Jejunostomia

Fluxograma 04 – Indicação de TNE para pacientes com câncer



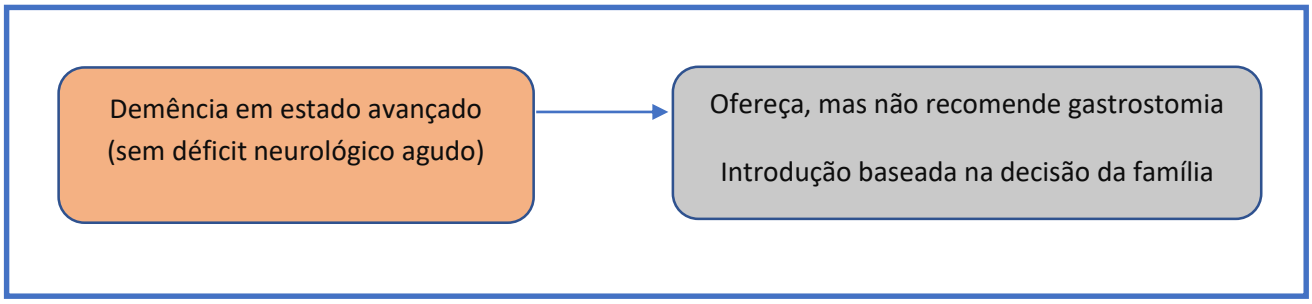
Fonte: Adaptado de Mcmahon et al (2005).

Fluxograma 05 – Indicação de TNE para pacientes com déficits neurológicos



Fonte: Adaptado de (MCMAHON et al, 2005).

Fluxograma 06 – Indicação de TNE para população geriátrica com demência



Fonte: Adaptado de Mcmahon et al (2005).

3.3.3 Terapia Nutricional Parenteral

A Terapia Nutricional Parenteral (TNP) é considerada uma terapêutica segura e eficaz cujo objetivo visa nutrir o paciente através de um acesso venoso central ou periférico. É indicada quando são contraindicadas as vias oral e enteral, ou quando elas não conseguem suprir as necessidades nutricionais no paciente idoso e ele está em estado de desnutrição ou em risco nutricional (GONCALVES et al, 2019).

A idade não deve ser vista como contraindicação da TNP em idosos, visto que há viabilidade em administrar a TNP em idosos tanto em ambiente hospitalar quanto em domicílio, sendo que, neste último caso, há ainda o benefício do efeito protetor contra infecções associadas ao cateter (BOND et al, 2020).

A Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Envelhecimento (2019) orienta que idosos com bom prognóstico devem receber TNP nos casos em que a ingestão por via oral e/ou enteral não for possível por mais de três dias ou, se inferior a 50% das necessidades nutricionais, por mais de uma semana, objetivando manter ou melhorar o EN do idoso. Porém, esta mesma diretriz ressalta que, em cuidados paliativos, este tipo de suporte não é indicado caso não haja benefícios ao paciente, devendo-se levar em consideração o EN, ingestão alimentar, expectativa de vida e prognóstico da doença (GONCALVES et al, 2019).

Em casos de pacientes oncológicos, o consenso do INCA (2016) elenca alguns critérios para uso da TNP:

- Impossibilidade do uso total ou parcial do trato gastrointestinal;
- Dificuldade de alcançar as necessidades nutricionais por TNE por mais de 5 a 7 dias;
- Obstrução intestinal;
- Síndrome do intestino curto;
- Fístulas enterocutâneas de alto débito;
- Pacientes críticos de alto risco nutricional e contraindicação de TNE;

Todavia, em se tratando de pacientes em cuidados paliativos, a diretriz brasileira de terapia nutricional para pacientes oncológicos reforça que a estratégia de suporte nutricional deve ser baseada no prognóstico, sendo a tomada de decisão realizada em conjunto com o paciente, a família e a equipe multiprofissional (HORIE et al, 2019). Observar os Quadros 12 e 13 que trazem um resumo dessas indicações.

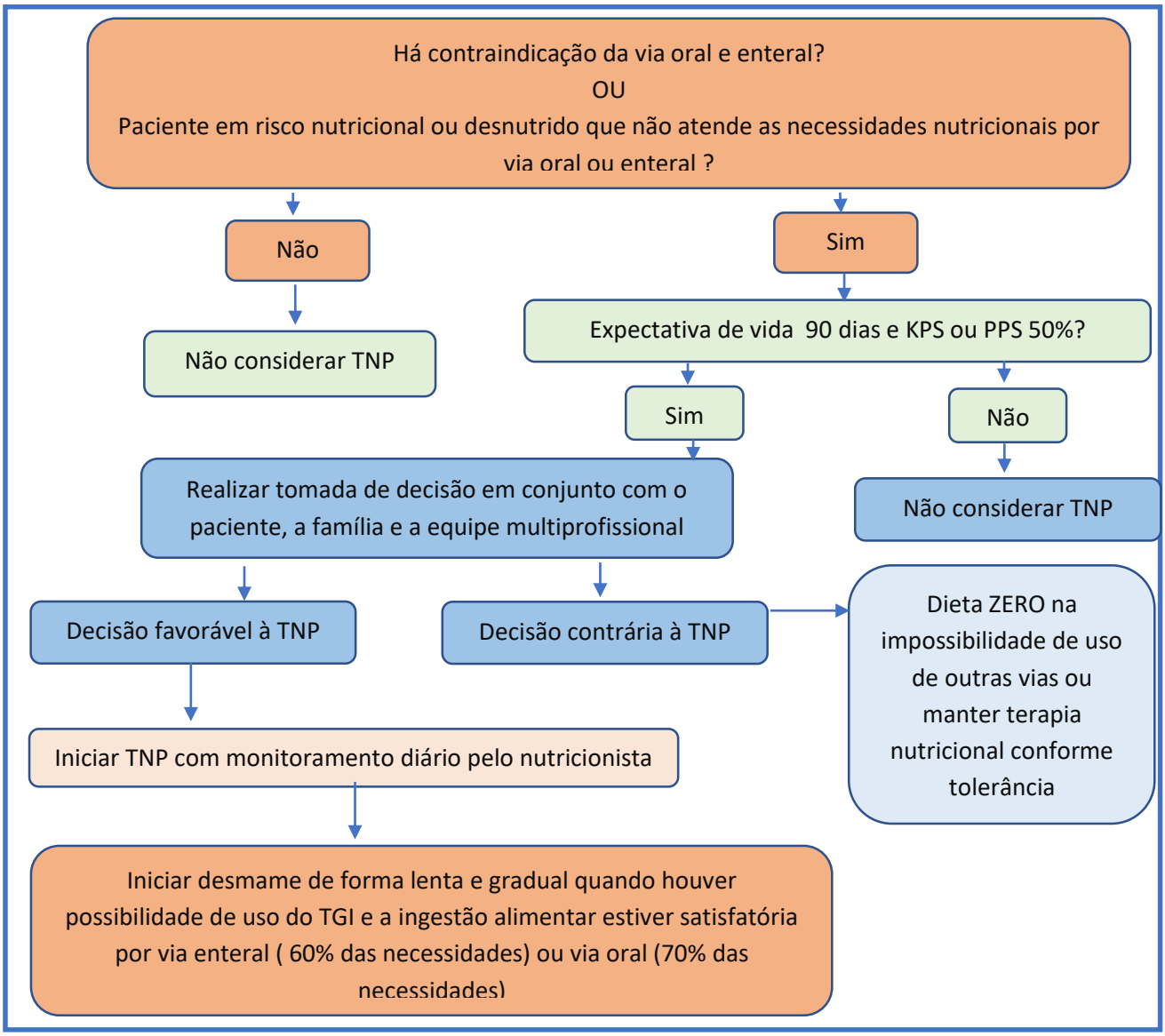
A TNP não é uma via de escolha para pacientes com expectativa de vida igual ou menor que 90 dias e com capacidade funcional igual ou menor que 50%. A equipe também deve ponderar aspectos importantes como as complicações provenientes desta terapêutica, o elevado custo financeiro e a necessidade de cuidados especiais para a sua administração (INCA, 2015).

Quanto à tolerância da infusão da TNP, devem ser observados com cautela alguns aspectos como ocorrência de náuseas, vômitos, distúrbios hidroeletrolíticos, entre outros, sendo necessário o monitoramento diário pelo nutricionista com registros em prontuário dos dados dietéticos, clínicos, laboratoriais, sinais e sintomas, exames físico e funcional. Em casos de instabilidade hemodinâmica, a TNP deve ser suspensa (INCA, 2015).

Para o desmame da TNP, deve-se observar primeiramente se há a possibilidade de utilização do trato gastrointestinal, em seguida, proceder o desmame de forma lenta e progressiva, considerando-se a reabilitação alimentar convencional. A ingestão alimentar deve ser satisfatória por via enteral (60% das necessidades nutricionais) e por via oral (70% das necessidades nutricionais) por pelo menos três dias consecutivos (INCA, 2015).

O fluxograma 07 traz as indicações de uso da TNP.

Fluxograma 07 – Indicação de Terapia Nutricional Parenteral (TNP)



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4 ACOMPANHAMENTO

4.1 Acompanhamento nutricional em Cuidados Paliativos

Pacientes em cuidados paliativos necessitam de uma equipe multiprofissional treinada para promover QV através do alívio dos sintomas e proporcionar conforto ao paciente e seus familiares por meio de um acompanhamento ambulatorial ou domiciliar com um sistema de suporte ativo e contínuo. O plano de cuidados não deve ser estático: é fundamental a individualização dos cuidados empregados pela equipe assistencial e avaliação contínua da necessidade de suspensão ou de inclusão de cuidados específicos.

O acompanhamento nutricional precoce em pacientes em cuidados paliativos deve buscar a prevenção e/ou diminuição dos sintomas que causam sofrimento, reabilitação ou manutenção do EN e melhora da QV. Em casos de pacientes em internação hospitalar, o nutricionista deve programar uma orientação nutricional em casos de alta hospitalar para que pacientes e familiares possam dar continuidade ao tratamento. A família e o paciente devem ser orientados a um acompanhamento periódico com o nutricionista. A orientação de alta previne a piora no EN e as reinternações.

As consultas ambulatoriais ou domiciliares não devem ultrapassar 15 dias entre elas e a assistência nutricional deve ocorrer conforme a necessidade de cada caso. É importante que haja o registro em prontuário e compartilhamento entre a equipe assistencial dos dados referentes às condutas nutricionais do paciente (INCA, 2015).

REFERÊNCIAS

ADA, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 98, n. 8, p. 996–1002, 1992.

AMANO, Koji; MORITA, Tatsuya; BABA, Mika; KAWASAKI, Muneyoshi; NAKAJIMA, Shinichiro; UEMURA, Minako; KOBAYASHI, Yuka; HORI, Moeko; WAKAYAMA, Hiroshi. Effect of Nutritional Support on Terminally Ill Patients With Cancer in a Palliative Care Unit. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, [S. l.], v. 30, n. 7, p. 730–733, 2013. DOI: 10.1177/104 9909112469273. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909 112469273. Acesso em: 09 jan. 2022.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S. l.], v. 62, n. 8, p. 1590–1593, 2014. DOI: 10.1111/jgs.12924. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/ doi/10.1111/jgs.12924. Acesso em: 12 jul. 2022.

AMORIM, Ginetta Kelly Dantas; SILVA, Geórgia Sibele Nogueira Da. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 547–557, 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021293490. Disponível em: http://www.scielo.br/scie lo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422021000300547&tlng=pt. Acesso em: 12 jan. 2022.

ANDRADE, Joana S. de; ALMEIDA, Mariana Magalhães; PINHO-REIS, Cíntia. Bioethical Principles and Nutrition in Palliative Care. **Acta Portuguesa de Nutrição**, [S. l.], v. 9, p. 12–16, 2017. DOI: 10.21011/apn.2017.0903. Disponível em: http://actaportuguesadenutricao.pt/ edicoes/edicao-no09-2/. Acesso em: 12 ago. 2022.

ANDREW, I. M.; WATERFIELD, K.; HILDRETH, A. J.; KIRKPATRICK, G.; HAWKINS, C. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. **Palliative Medicine**, County Durham and Darlington NHS Foundation, Trust University Hospital of North Durham, Durham, United Kingdom, v. 23, n. 8, p. 680–688, 2009. DOI: 10.1177/0269216309106980. Disponível em: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-74849086593&doi=10.1177% 2F0269216309106980&partnerID=40&md5=87a910a5d009e9cd4c74565f647a26db. Acesso em: 17 fev. 2022.

ANGELI, Paolo; BERNARDI, Mauro; VILLANUEVA, Càndid; FRANCOZ, Claire; MOOKERJEE, Rajeshwar P.; TREBICKA, Jonel; KRAG, Aleksander; LALEMAN, Wim; GINES, Pere. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. **Journal of Hepatology**, [S. l.], v. 69, n. 2, p. 406–460, 2018. DOI: 10.1016/j.jhep.2018.03.024. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827818319664. Acesso em: 12 set. 2022.

APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION (AGREE) II. **AGREE Next Steps Consortium**. 2017. Disponível em: http://www.agreetrust.org. Acesso em: 02 ago. 2022.

ARAÚJO, Renan Gondim; MOURA, Raquel Bezerra Barbosa De; CARVALHO, Adriana Gomes Cézar De; VAZ, Luciana Maria Martinez; MELO, Ângelo Brito Pereira; SAMPAIO, Fábio Correia. Sarcopenia in oncologic patients in palliative care: an integrative review / Sarcopenia em pacientes oncológicos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], p. 1355–1361, 2020. DOI: 10.9789/2175-5361.rp cfo.v12.9494. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/ article/view/9494. Acesso em: 12 mar. 2022.

ARAÚJO, Sarah Nilkece Mesquita; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; SILVA, Grazielle Roberta Freitas Da; ANDRADE, Elaine Maria Leite Rangel; NUNES, Lívio César Cunha; MOURA, Renata Oliveira. O paciente oncológico com mucosite oral: Desafios para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 267–274, 2015. DOI: 10.1590/ 0104-1169.0090.2551. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art text&pid=S0104-11692015000200012&tlng=en. Acesso em: 14 maio 2022.

ARENDS, J. et al ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 245–259, 2006. DOI: 10.1016/j.clnu.2006.01.020.

ARENDS, J. et al ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. 1187–1196, 2017. a. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.06.017.

ARENDS, Jann et al ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 11–48, 2017. b. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.

ARNOLD, Cathy; RICHTER, Melvyn P. The effect of oral nutritional supplements on head and neck cancer. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 1595–1599, 1989. DOI: 10.1016/0360-3016(89)90968-1.

ARSEVEN, Adnan; CHANG, Chih-Hung; ARSEVEN, Onur K.; EMANUEL, Linda L. Assessment Instruments. **Clinics in Geriatric Medicine**, The Buehler Center on Aging, NW Univ. Feinberg School of Medicine, 750 N. Lake Shore Dr., Chicago, I., United States, v. 21, n. 1, p. 121–146, 2005. DOI: 10.1016/j.cger.2004.10.002. Disponível em: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-11444270128&doi=10.1016%2Fj.cger.2004.10.002&partnerID=40&md5=07dd9f84b73b2e362ba817fa3d9d5451. Acesso em: 25 jul. 2022.

BALDWIN, C.; SPIRO, A.; MCGOUGH, C.; NORMAN, A. R.; GILLBANKS, A.; THOMAS, K.; CUNNINGHAM, D.; O'BRIEN, M.; ANDREYEV, H. J. N. Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. **Journal of Human Nutrition & Dietetics**, Department of Medicine Royal Marsden Hospital, London and Sutton, UK; Diabetes and Nutritional Sciences Division, School of Medicine, King's College London, London, UK, v. 24, n. 5, p. 431–440, 2011. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2011.01189.x. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&NA =104680515&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 17 maio 2022.

BARBER, M. D.; ROSS, J. A.; VOSS, A. C.; TISDALE, M. J.; FEARON, K. C. H. The effect of an oral nutritional supplement enriched with fish oil on weight-loss in patients with pancreatic cancer. **British Journal of Cancer**, [S. l.], v. 81, n. 1, p. 80–86, 1999. DOI: 10.1038/sj.bjc.6690654. Disponível em: http://www.nature.com/articles/6690654. Acesso em: 08 set. 2022.

BARBOSA-SILVA, Thiago G.; BIELEMANN, Renata M.; GONZALEZ, Maria Cristina; MENEZES, Ana Maria B. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 136–143, 2016. DOI: 10.1002/jcsm.12049.

BARBOSA, Aline R.; SOUZA, José M. P.; LEBRÃO, Maria L.; LAURENTI, Ruy; MARUCCI, Maria de Fátima N. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 1929–1938, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000600043.

BARBOSA, Janine Maciel; CABRAL, Caroline Sousa; CARVALHO, Adriana Gomes Cézar De; MOURA, Raquel Bezerra Barbosa De; ARAÚJO, Renan Gondim; MELO, Ângelo Brito Pereira. Tomada de Decisão Para Suporte Nutricional nos Cuidados Paliativos à Luz da Bioética : Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 1418–1424, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1418-1424. Disponível em: http://www.seer. unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9491. Acesso em: 12 jul. 2022.

BARRÉRE, Ana Paula Noronha; HORIE, Lilian Mika; NOGUEIRA, Priscila Barsanti de Paula; OLIVEIRA, Roselaine M. C. ..; PIOVACARI, Silvia Maria Fraga. Triagem e avaliação nutricional. In: PIOVACARI, Silvia Maria Fraga; TOLEDO, Dogo Oliveira; FIQUEIREDO, Evandro José de Almeida (org.). **Equipe multiprofissionald e terapia nutricfional - EMTN na prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 13–56.

BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião; BARBOSA, Leandro Augusto. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cadernos de**

Saúde Pública, [S. l.], v. 25, n. 9, p. 1875–1882, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000900002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1º jul. 2022.

BENTO, Cláudia Teresa; ROSA, Glorimar; FONTANIVE, Roberta dos Santos; PAULA, Tatiana Pereira de; PERES, Wilza Arantes Ferreira. Exame físico. In: ROSA, Glorimar; PEREIRA, Avany Fernandes; BENTO, Cláudia Teresa; ROSADO, Eliane Lopes; LOPES, Márcia Soares da Mota e Silva; PERES, Wilza Arantes Ferrera (org.). **Avaliação nutricional no paciente hospitalizado:** Uma abordagem teórico-prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 146–161.

BIELEMANN, Renata Moraes; GIGANTE, Denise Petrucci; HORTA, Bernardo Lessa. Birth weight, intrauterine growth restriction and nutritional status in childhood in relation to grip strength in adults: From the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort. **Nutrition**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 228–235, 2016. DOI: 10.1016/j.nut.2015.08.014.

BOND, A.; SOOP, M.; TAYLOR, M.; PURSSELL, H.; ABRAHAM, A.; TEUBNER, A.; CARLSON, G.; LAL, S. Home parenteral nutrition and the older adult: Experience from a national intestinal failure unit. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 1418–1422, 2020. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.06.019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.06.019.

BOTTONI, Adriana; ZAHER-RUTHERFORD, Vera Lucia. Reflexão Bioética sobre uso de nutrição 2019. [S. l.], v. 15, n. e9, p. 1–25, 2019.

BRASEL, Karen J. Quality-of-life Assessment in Palliative Care. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 231–235, 2007. DOI: 10.1177/1049909107301778. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909107301778. Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, [S. l.], p. 1–12, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2690, de 5 de novembro de 2009. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**, [S. l.], p. 1–2, 2009.

BRASIL. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. [S. l.], 2003.

BRASIL. **OMS:** Mais de 20 milhões precisam de #CuidadosPaliativos todos os anos. 2014a. Disponível em: http://paliativo.org.br/oms-mais-de-20-milhoes-precisam-de-cuidadospaliativos-todos-os-anos/. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. **Diretrizes metodológicas:** Ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. [s.l: s.n.]. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n2.358. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/358. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, [S. l.], p. 1–4, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas:** delimitação do escopo. 2 ed. ed. [s.l.] : 2019c, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº5, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição.** Diário Oficial da União, [S. l.], 2001.

CALIXTO-LIMA, Larissa; SANTIN, Fernanda Galvão de Oliveira; BORGES, Natália Alvarenga; GONZALEZ, Maria Cristina. Avaliação da ingestão alimentar. In: **Nutrição clínica no dia a dia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2017. p. 71–78.

CANDY, Bridget; JONES, Louise; SAMPSON, Elizabeth L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review. **International Journal of Palliative Nursing**, [S. l.], v. 15, n. 8, p. 396–404, 2009. DOI: 10.12968/ijpn.2009.15.8.43799. Disponível em: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2009.15.8.43799. Acesso em: 1º jun. 2022.

CARVALHO, Adriana Gomes Cezar; BARBOSA, Janine Maciel; VAZ, Luciana Maria Martinez; COSTA, Maria José de Carvalho; MOURA, Raquel Bezerra Barbosa de; ARAÚJO, Renan Gondim. Atuação do nutricionista no contexto dos cuidados paliativos. In: COSTA, Solange Fátima Geraldo da; FERNANDES, Maria Andréa; FREIRE, Maria Eliane Moreira; BATISTA, Patrícia Serpa de Souza; FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá (org.). **Cuidados paliativos:** Uma abordagem multidisciplinar. 1. ed. João Pessoa: Periodicojs editora, 2021. p. 330–349.

CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição e Hidratação. In: **Cuidados Paliativos**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 689.

CASTRO, Juliana Maura Ferreira De; FRANGELLA, Vera Silvia; HAMADA, Marjorie Terumy. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Sciences**, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 519–522, 2017. DOI: 10.7322/abcshs.v42i1.951.

CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care - with PC Policies, **Procedures and Assessment Tools**. [S. l.], 2004.

CERVI, Adriane; FRANCESCHINI, Sylvia Do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloiza. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 765–775, 2005. DOI: 10.1590/S1415-52732005000600007. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000600007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1º set. 2022.

CHARLSON, Mary E. ..; POMPEI, Peter; ALES, Kathy L.; MACKENZIE, C. Ronald. A new method of classifying prognostic in longitudinal studies: development and validation. **Journal Of Chronic Diseases**, [S. l.], v. 40, n. 5, p. 373–383, 1987. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/ science/article/pii/0021968187901718. Acesso em: 22 jun. 2022.

CLARA, Maykel Gonçalves Santa; SILVA, Valmin Ramos; ALVES, Rosana; COELHO, Maria Carlota de Rezende. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 22, n. 5, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190143. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500207&tlng=en. Acesso em: 15 mar. 2022.

CONNOR, Stephen R. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020. v. 21.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diario Oficial da União**, [S. l.], v. Seção I, n. 170, p. 269–270, 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/ visualizar/resolucoes/BR/2012/1995. Acesso em: 16 mar. 2022.

CORRÊA, Monique Eugênie Martins; ROCHA, Jamily Sousa. O papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa. Qual papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos? **HRJ**, [S. l.], v. 2, n. 11, p. 1–13, 2021.

COSTA, Rosely Souza Da; SANTOS, Adriana Glay Barbosa; YARID, Sérgio Donha; SENA, Edite Lago da Silva; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 40, n. 108, p. 170–177, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080014.

COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 62, n. 3, p. 215–224, 2016. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.163. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/163. Acesso em: 19 mar. 2022.

COTOGNI, Paolo et al Longitudinal study of quality of life in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. **Cancer Medicine**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 1799–1806, 2017. DOI: 10.1002/cam4.1111. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.1111. Acesso em: 19 mar. 2022.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. et al Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 16–31, 2019. DOI: 10.1093/ageing/afy169. Disponível em: https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243. Acesso em: 10 mar. 2022.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 463–476, 2013. DOI: 10.1590/s1983-80422013000300011. Acesso em: 17 mar. 2022.

DAY, Teresa. Managing the nutritional needs of palliative care patients. **British Journal of Nursing**, [S. l.], v. 26, n. 21, p. 1151–1159, 2017. DOI: 10.12968/bjon.2017.26.21.1151.

DEL FABBRO, Egidio; HUI, David; DALAL, Shalini; DEV, Rony; NOORUDDIN, Zohra I.; BRUERA, Eduardo. Clinical outcomes and contributors to weight loss in a cancer cachexia clinic. **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 14, n. 9, p. 1004–1008, 2011. DOI: 10.1089/jpm.2011.0098.

DRUML, Christiane; BALLMER, Peter E.; DRUML, Wilfred; OEHMICHEN, Frank; SHENKIN, Alan; SINGER, Pierre; SOETERS, Peter; WEIMANN, Arved; BISCHOFF, Stephan C. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 545–556, 2016. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.02.006. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006. Acesso em: 05 abr. 2022.

DUARTE, Enya Cristina Pereira dos Santos; DE SOUSA, Rosana Rodrigues; FIGUEIREDO, Maria Clara Feijó; FREIRE, Joilane Alves Pereira. Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos : uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 64, p. 124–132, 2020.

FEARON, K. C. H. Effect of a protein and energy dense n-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. **Gut**, [S. l.], v. 52, n. 10, p. 1479–1486, 2003. DOI: 10.1136/gut.52.10.1479. Disponível em: https://gut.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gut.52.10.1479. Acesso em: 19 mar. 2022.

FEARON, Kenneth et al Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. **The Lancet Oncology**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 489–495, 2011. DOI: 10.1016/S1470-2045(10)70218-7. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7. Acesso em: 08 abr. 2022.

FERNANDES, Elci Almeida. O papel do nutricionista na equipe. In: CARVALHO, RICARDO TAVARES DE; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. [s.l.] : ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2012. p. 345–352.

FRANCK, Ednalda Maria. Cuidados com a cavidade oral em cuidados paliativos. In: CARVALHO, RICARDO TAVARES DE; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. [s.l: s.n.]. p. 293–305.

FUHRMAN, M. P. Nutrition-Focused physical assessment. In: CHARNEY, P.; MALONE, A. M. (org.). **Pocket Guide to nutrition assessment**. 2. ed. [s.l: s.n.]. p. 40–61.

GEPPERT, Cynthia M. A.; ANDREWS, Maria R.; DRUYAN, Mary Ellen. Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 79–88, 2010. DOI: 10.1177/0148607109347209. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1177/0148607109347209.

GIBSON, Rosalind S. **Principles of Nutritional Assessment**. 2. ed. New York: Oxford University Press Inc., 2005.

GILL, Thomas M. THE CENTRAL ROLE OF PROGNOSIS IN CLINICAL DECISION MAKING. **JAMA**, [S. l.], v. 307, n. 2, p. 199–200, 2012. DOI: 10.1001/jama.2011.1992.THE. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

GÓMEZ-BATISTE, Xavier; MARTÍNEZ-MUÑOZ, Marisa; BLAY, Carles; AMBLÀS, Jordi; VILA, Laura; COSTA, Xavier. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. **Medicina Clínica**, [S. l.], v. 140, n. 6, p. 241–245, 2013. DOI: 10.1016/ j.medcli.2012.06.027. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/ pii/S0025775312007154. Acesso em: 19 dez. 2021.

GONCALVES, Thiago; JULHO, Universidade Nove De; ISRAELITA, Hospital; EINSTEIN, Albert; PEREIRA, Andrea Z. **Diretriz braspen de terapia nutricional no envelhecimento** (braspen guideline on nutrition therapy in aging). [S. l.], v. 34, n. October, p. 2–58, 2019.

GRANDA-CAMERON, Clara; VIOLA, Sara R.; LYNCH, Mary Pat; POLOMANO, Rosemary C. Measuring Patient-Oriented Outcomes in Palliative Care: Functionality and Quality of Life. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 65–77, 2008. DOI: 10.1188/08. CJON.65-77. Disponível em: https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-07/At a Glance 2019.pdf. Acesso em: 19 dez. 2021.

HASENBERG, T.; ESSENBREIS, M.; HEROLD, A.; POST, S.; SHANG, E. Early supplementation of parenteral nutrition is capable of improving quality of life, chemotherapy-related toxicity and body composition in patients with advanced colorectal carcinoma undergoing palliative treatment: results from a prospective. **Colorectal Disease**, [S. l.], v. 12, n. 10Online, p. e190–e199, 2010. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.02111.x. Disponível em: http://doi.wiley.com/ 10.1111/j.1463-1318.2009.02111.x. Acesso em: 18 set. 2021

HASSEGAWA, Luiz Carlos Ufei; RUBIRA, Marcelo Custódio; VIEIRA, Solange Mendes; RUBIRA, Ana Paula de Angelis; KATSURAGAWA, Tony Hiroshi; GALLO, José Hiran; NUNES, Rui Manuel Lopes. Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 256–264, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-

2018-0347. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-716720 19000100256&tlng=en. Acesso em: 19 mar. 2022.

HORIE, Lilian Mika et al Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer e Braspen recomenda: Indicadores de qualidade em terapia nutricional. **Braspen J**, [S. l.], v. 34, n. Supl 1, p. 41–49, 2019. DOI: doi:10.1007/978-3-540-24650-3_17.

HUI, D.; HESS, K.; SANTOS, R. D.; CHISHOLM, G.; BRUERA, E. A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. **Cancer**, D. Hui, Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, University of Texas, MD Anderson Cancer Center, 1515 Holcombe Boulevard, Houston, TX, United States, v. 121, n. 21, p. 3914–3921, 2015. DOI: 10.1002/ cncr.29602. Disponível em: https://www.embase.com/search/results?subaction=view record&id=L605408313&from=export. Acesso em: 19 abr. 2022.

HURLOW, Adam. Nutrition and hydration in palliative care. **British Journal of Hospital Medicine**, [S. l.], v. 80, n. 2, p. 78–85, 2019. DOI: 10.12968/hmed.2019.80.2.78. Disponível em: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/hmed.2019.80.2.78. Acesso em: 19 mar. 2022.

INCA. **MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 2ª Edição.** 2. ed. Rio de Janeiro.

INOUYE, Sharon K.; BOGARDUS, Sidney T.; VITAGLIANO, Gail; DESAI, Mayur M.; WILLIAMS, Christianna S.; GRADY, Jacqueline N.; SCINTO, Jeanne D. Burden of Illness Score for Elderly Persons. **Medical Care**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 70–83, 2003. DOI: 10.1097/00005650-200301000-00010. Disponível em: http://journals.lww.com/00005650-200301000-00010. Acesso em: 12 set. 2022.

ISENRING, E. A.; CAPRA, S.; BAUER, J. D. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. **British Journal of Cancer**, [S. l.], v. 91, n. 3, p. 447–452, 2004. DOI: 10.1038/sj.bjc.6601962. Disponível em: http://www.nature.com/articles/6601962. Acesso em: 10 jun. 2022.

ISENRING, Elisabeth A.; BAUER, Judith D.; CAPRA, Sandra. Nutrition Support Using the American Dietetic Association Medical Nutrition Therapy Protocol for Radiation Oncology Patients Improves Dietary Intake Compared with Standard Practice. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 107, n. 3, p. 404–412, 2007. DOI: 10.1016/j.jada.2006.12.007.

KARNOFSK, David A. DETERMINING THE EXTENT OF THE CANCER AND CLINICAL PLANNING FOR CURE. **Clinical Planning for Cure**, [S. l.], p. 730–734, 1968.

KUCZMARSKI, MARIE FANELLI; KUCZMARSKI, ROBERT J.; NAJJAR, MATTHEW. Descriptive Anthropometric Reference Data for Older Americans. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 100, n. 1, p. 59–66, 2000. DOI: 10.1016/S0002-8223(00)00021-3. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822300000213. Acesso em: 11 maio 2022.

LEUENBERGER, Michèle; KURMANN, Silvia; STANGA, Zeno. Nutritional screening tools in daily clinical practice: the focus on cancer. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 18, n. S2, p. 17–27, 2010. DOI: 10.1007/s00520-009-0805-1. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/ s00520-009-0805-1. Acesso em: 16 jun. 2022.

LIYANAGE, Thilini; MITCHELL, Geoffrey; SENIOR, Hugh. Identifying palliative care needs in residential care. **Australian Journal of Primary Health**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 524, 2018. DOI: 10.1071/PY17168. Disponível em: http://www.publish.csiro.au/?paper=PY17168. Acesso em: 10 jun. 2022.

LOPES, Larissa Leal; BATISTA, Patrícia Serpa de Souza; LIMA, Débora Rodrigues Alves De; OLIVEIRA, Amanda Maritsa de Magalhães; COSTA, Kalina Coeli Da. Cuidados paliativos no âmbito hospitalar: compreensão de enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e781, 2019. DOI: 10.25248/reas.e781.2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/781. Acesso em: 10 jun. 2022.

LOWEY, Susan E. Palliative Care in the management of patients with advanced heart failure. In: **Springer International Publishing**. [s.l: s.n.]. v. 54p. 295–311. DOI: 10.1007/5584_2017_115.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. **Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência Use of a palliative care screening tool in elderly from a nursing home**. [S. l.], [s.d.], 2018.

MALONE, Ainsley; HAMILTON, Cynthia. The Academy of Nutrition and Dietetics/The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Consensus Malnutrition Characteristics. **Nutrition in Clinical Practice**, [S. l.], v. 28, n. 6, p. 639–650, 2013. DOI: 10.1177/0884533613508435. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1177/0884533613508435. Acesso em: 05 jun. 2022.

MALTONI, Marco et al Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations—A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. **Journal of Clinical Oncology**, [S. l.], v. 23, n. 25, p. 6240–6248, 2005. DOI: 10.1200/JCO.2005.06.866. Disponível em: http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.06.866. Acesso em: 10 jun. 2022.

MANFREDINI, Luciana Lopes. **Tradução e validação da escala de Avaliação de Sintomas dde Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado**. 2014. Hospital de Câncer de Barretos - SP, [S. l.], 2014. Disponível em: http://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/ lucianamanfredini.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.

MARÍN CARO, Mónica María; LAVIANO, Alessandro; PICHARD, Claude. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 289–301, 2007. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.01.005. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/ retrieve/pii/S0261561407000301. Acesso em: 10 jun. 2022.

MARQUES, Rayssa dos Santos; CORDEIRO, Franciele Roberta. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. e7051, 2021. DOI: 10.25248/reas.e7051.2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7051. Acesso em: 10 maio 2022.

MATSUMOTO DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de cuidados paliativos ANCP ampliado e atualizado**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23–41.

MAZUTTI, Sandra Regina Gonzaga; NASCIMENTO, Andréia De Fátima; FUMIS, Renata Rego Lins. Limitation to Advanced Life Support in patients admitted to intensive care unit with integrated palliative care. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 294–300, 2016. DOI: 10.5935/0103-507X.20160042. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/ 10.5935/0103-507X.20160042. Acesso em: 13 jul. 2022.

MCMAHON, M. Molly; HURLEY, Daniel L.; KAMATH, Patrick S.; MUELLER, Paul S. Medical and Ethical Aspects of Long-term Enteral Tube Feeding. **Mayo Clinic Proceedings**, [S. l.], v. 80, n. 11, p. 1461–1476, 2005. DOI: 10.4065/80.11.1461. Disponível em: https://linkinghub.elsevier. com/retrieve/pii/S0025619611614407. Acesso em: 10 ago. 2022.

MORAIS, Suelyne Rodrigues De; BEZERRA, Alane Nogueira; CARVALHO, Natália Sales De; VIANA, Ana Carolina Cavalcante. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. **Revista Dor**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 136–140, 2016. DOI: 10.5935/1806-0013.20160031. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1806-0013.20160031. Acesso em: 10 ago. 2022.

MORITA, TATSUYA; TSUNODA, JUNICHI; INOUE, SATOSHI; CHIHARA, Satoshi. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**, [S. l.], v. 7, p. 128–133, 1999. DOI: 10.1007/s005209900019. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10335930. Acesso em: 10 ago. 2022.

MORLEY, John E. Anorexia of ageing: a key component in the pathogenesis of both sarcopenia and cachexia. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 523–526, 2017. DOI: 10.1002/jcsm.12192. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/ 10.1002/jcsm.12192. Acesso em: 18 set. 2022.

MOURA, RBB; MELO, ABP; CHAVES, TR; VAZ, LMM; BARBOSA, JM; ARAÚJO, RG. Management Approach for Anorexia in Palliative Care: An Integrative Literature Review / Condutas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. **R. pesq. cuid. fundam. online**, [S. l.], v. 12 p. 737–743, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361rpcfo.v12.9432. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9432.

MURAD JÚNIOR, Munir. **Avaliação de escore preditor de mortalidade em pacientes com tumor sólido avançado**. 2011. Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2011.

NAJAS, Myriam (coordenadora). **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados**. Barueri-SP: Editora Manole, 2011.

NEEDHAM, Dale M.; SCALES, Damon C.; LAUPACIS, Andreas; PRONOVOST, Peter J. A systematic review of the Charlson comorbidity index using Canadian administrative databases: a perspective on risk adjustment in critical care research. **Journal of Critical Care**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 12–19, 2005. DOI: 10.1016/j.jcrc.2004.09.007. Disponível em: https://linkinghub.elsevier. com/retrieve/pii/S0883944104001376. Acesso em: 15 ago. 2022.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A humanização do cuidado diante da morte: quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (org.). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014, p. 405–427.

NOGUEIRA, Matheus Figueiredo; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; HENRIQUES, Maria Emília Roméro de Miranda. Produção científica em bioética no campo da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE on line**, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 1432–1440, 2012. DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201221.

OKEN, Martin M.; CREECH, Richard H.; TORMEY, Douglass C.; HORTON, John; DAVIS, Thomas E.; MCFADDEN, Eleanor T.; CARBONE, Paul P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **American Journal of Clinical Oncology**, [S. l.], v. 5, n. 6, p. 649–656, 1982. DOI: 10.1097/00000421-198212000-00014. Disponível em: http://journals.lww.com/00000421-198212000-00014. Acesso em: 15 ago. 2022.

OLIVEIRA, AISLAINE JULIA; RIBEIRO, ANDREA LEMOS; LIMA, JOSÉ SÉRGIO DOMINGOS DE; HORTA, Natália de Cássia. Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos. **Percurso Acadêmico**, [S. l.], v. 9, n. 18, p. 71–90, 2019. DOI: 10.17267/2596-3368dentistry.v4i 0.348. Disponível em: http://10.71.50.111/index.php/odontologia/article/view/348.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). **O Projeto SABE no município de São Paulo:** Uma abordagem inicial. Brasília: [S.n.], 2003.

ORGANIZATION, Pan American Health. **Innovative Care for Chronic Conditions:** Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington: PAHO HQ Library Cataloguing, 2013.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes De; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson De; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 550–560, 2014. DOI: 10.1590/1983-80422014223038. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 04 maio 2022.

PARRA, Bruna Fernanda Camargo Silva; DE MATOS, Liane Brescovici Nunes; FERRER, Ricardo; TOLEDO, Diogo Oliveira. SARCPRO: Proposta de protocolo para sarcopenia em pacientes internados. **Braspen Jounal**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 58–63, 2019.

PESSINI, Leo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: BERTACHINI, L; PESSINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2004. p. 181–208.

PETERS MDJ, GODFREY MC, MCINERNEY P, SOARES CB, KHALIL H, Parker D. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. **Joanne Briggs Institute**, [S. l.], n. February 2016, p. 1–24, 2015.

PINHO-REIS, Cíntia. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Nutrícias**, [S. l.], n. 15, p. 24–27, 2012.

PINTO, Isabel Ferraz; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Os nutricionistas e os cuidados paliativos.** [S. l.], v. 07, n. 2, p. 40–43, 2016. DOI: 10.21011/apn.2016.0707.

PIVODIC, Lara et al. Palliative Care Service Use in Four European Countries: A Cross-National Retrospective Study via Representative Networks of General Practitioners. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 8, n. 12, p. e84440, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0084440. Disponível em: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0084440. Acesso em: 06 abr. 2022.

QUEIROZ, Mariana dos Santos Campello; WIEGERT, Emanuelly Varea Maria; LIMA, Larissa Calixto; OLIVEIRA, Livia Costa De. Associação entre Sarcopenia, Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 64, n. 1, p. 69–75, 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.120. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/120. Acesso em: 10 maio 2022.

RAVASCO, Paula; MONTEIRO-GRILLO, Isabel; MARQUES VIDAL, Pedro; CAMILO, Maria Ermelinda. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. **Head & Neck**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 659–668, 2005. DOI: 10.1002/hed.20221.

REAL, Gustavo Gonzales; FRÜHAUF, Inara Regina; SEDREZ, José Henrique Koth; DALL'AQUA, Eduarda Jaine Fachinello; GONZALEZ, Maria Cristina. Calf Circumference: A Marker of Muscle Mass as a Predictor of Hospital Readmission. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [S. l.], v. 42, n. 8, p. 1272–1279, 2018. DOI: 10.1002/jpen.1170.

RM, McCann; WJ, Hall; GROTH-JUNCKER, A.; MCCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. **JAMA: Journal of the American Medical Association**, Department of Medicine, University of Rochester (NY) School of Medicine, v. 272, n. 16, p. 1263–1266, 1994. DOI: 10.1001/jama.272.16.1263. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107416077&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 15 mar. 2022.

SANTANA, Marcella Tardeli Esteves Angioleti; GÓMEZ-BATISTE, Xavier; SILVA, Lucia Marta Giunta Da; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero De. Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. **Einstein (São Paulo)**, [S. l.], v. 18, p. eAO5539, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5539. Disponível em: https://journal.einstein.br/article/cross-cultural-adaptation-and-semantic-validation-of-an-instrument-to-identify-palliative-requirements-in-portuguese/. Acesso em: 15 mar. 2022.

SANTOS, André Filipe Junqueira Dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado Guirro. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. 1. ed. São Paulo: ANCP, 2020.

SANVEZZO, Vitória Marques de Sá; MONTANDON, Diego Santiago; ESTEVES, Larissa Sapucaia Ferreira. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 604–615, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180033. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00604.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

SCHWARTZ, Denise Baird. Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics. **Nutrition in Clinical Practice**, D.B. Schwartz, Providence Saint Joseph Medical Center, Burbank, CA, United States, v. 33, n. 3, p. 377–387, 2018. DOI: 10.1002/ncp.10085. Disponível em: https://www.em base.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621791636&from=export. Acesso em: 15 mar. 2022.

SILVA, Andrêza Lima; CONCEIÇÃO, Myllena Oliveira; FONTES, Paula Juliana de Oliveira; FERRARI, Yasmim Anayr Costa; BARROS, Angela Maria Melo Sá. Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos. **International Nursing Congress**, [S. l.], p. 10–13, 2017.

SILVA, Jaqueline Rodrigues da; WIEGERT, Emanuelly Varea Maria; OLIVEIRA, Livia; CALIXTO-LIMA, Larissa. Different methods for diagnosis of sarcopenia and its association with nutritional status and survival in patients with advanced cancer in palliative care. **Nutrition**, [S. l.], v. 60, p. 48–52, 2019. DOI: 10.1016/j.nut.2018.09.003. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nut. 2018.09.003. Acesso em: 17 abr. 2022.

SILVERS, Mary Anne; SAVVA, June; HUGGINS, Catherine E.; TRUBY, Helen; HAINES, Terry. Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. **Supportive Care in Cancer**, Department of Dietetics, Monash Health, Monash Medical Centre, 246 Clayton Rd, Clayton, Victoria, 3168, Australia, MaryAnne.Silvers@monashhealth.org., v. 22, n. 11, p. 3035–3044, 2014. DOI: 10.1007/s00520-014-2311-3. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&na =109758112&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 02 jan. 2022.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GOMES, Andréia Patrícia; MAIA, Polyana Mendes; COSTA, Israel Teoldo Da; PAIVA, Alcione Oliveira De; CERQUEIRA, Fábio Ribeiro. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 456–461, 2014. DOI: 10.1590/1983-80422014223028. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300009 &lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2022.

SLEEMAN, Katherine E.; DE BRITO, Maja; ETKIND, Simon; NKHOMA, Kennedy; GUO, Ping; HIGGINSON, Irene J.; GOMES, Barbara; HARDING, Richard. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet Global Health**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. e883–e892, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X. Acesso em: 07 set. 2022.

SOBRAL, Audeangela Arcangela dos Santos; PEREIRA, Melissa Emilyn Alves; WAKIYAMA, Chika. O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal: Uma revisão da literatura, **Revista Científico**, 2017.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá; SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; SOUTO, Claudia Maria Ramos de Medeiros. Cuidados paliativos com pacientes terminais: Um enfoque na bioética. **Revista Cubana de Enfermeria**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 123–135, 2010.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva; MEDINA, Lhaís de Paula Barbosa; BASTOS, Tássia Fraga; MONTEIRO, Camila Nascimento; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 22, n. suppl 2, p. 1–13, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190013.supl.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000300400&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2022.

SOUZA JUNIOR, Edison Vitório De; SILVA, Victor Santana Barbosa Da; LOZADO, Yan Assis; BOMFIM, Eliane dos Santos; ALVES, Jeorgia Pereira; BOERY, Eduardo Nagib; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 87–94, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018261229. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100087&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2022.

TRICCO, Andrea C. et al PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850. Acesso em: 05 jul. 2022.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 2. ed. [s.l.] : Rubio, 2015.

VOLKERT, Dorothee et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 10–47, 2018. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

WEISSMAN, D. E. Consultation in palliative medicine. **Archives of Internal Medicine**, [S. l.], v. 157, n. 7, p. 733–737, 1997. DOI: 10.1001/archinte.157.7.733. Disponível em: http://archinte.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/archinte.157.7.733. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Pragrammers**. [s.l: s.n.]. v. 24 Disponível em: https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf. Acesso em: 07 ago. 2022

YOURMAN, Lindsey C.; LEE, Sei J.; SCHONBERG, Mara A.; WIDERA, Eric W.; SMITH, Alexander K. Prognostic Indices for Older Adults A Systematic Review. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, [S. l.], v. 307, n. 2, 2012.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA COMPLETA

Bases de dados	Estratégias de busca
Medline/ PubMed	("Diet"[MeSH Terms] OR "Diet"[Title/Abstract] OR "Diets"[Title/Abstract] OR "Nutrition"[Title/Abstract] OR "nutritional intervention"[All Fields] OR "nutritional interventions"[All Fields] OR "nutritional strategy"[All Fields] OR "nutritional strategies"[All Fields] OR "Eating"[MeSH Terms] OR "Eating"[Title/Abstract] OR "Food Intake"[All Fields] OR "Ingestion"[All Fields] OR "Nutrient Intake"[All Fields] OR "Nutrient Intakes"[All Fields] OR "Nutritional Intake"[All Fields] OR "Nutritional Intakes"[All Fields] OR "Dietary Intake"[All Fields] OR "Dietary Intakes"[All Fields] OR "Micronutrient Intake"[All Fields] OR "Micronutrient Intakes"[All Fields] OR "Feed Intake"[All Fields] OR "Feed Intakes"[All Fields] OR "Macronutrient Intake"[All Fields] OR "Macronutrient Intakes"[All Fields] OR "Calorie Intake"[All Fields] OR "Calorie Intakes"[All Fields] OR "Feeding Methods"[MeSH Terms] OR "Feeding Methods"[All Fields] OR "Feeding"[Title/Abstract] OR "Nutrition Therapy"[MeSH Terms] OR "Nutrition Therapy"[Title/Abstract] OR "Nutritional Support"[MeSH Terms] OR "Nutritional Support"[All Fields] OR "Artificial Feeding"[All Fields] OR "Enteral Nutrition"[MeSH Terms] OR "Enteral Nutrition"[All Fields] OR "Parenteral Nutrition"[MeSH Terms] OR "Parenteral Nutrition"[All Fields] OR "nutritional counseling"[All Fields]) AND ("Palliative Care"[MeSH Terms] OR "Palliative Care"[All Fields] OR "Palliative Treatment"[All Fields] OR "Palliative Treatments"[All Fields] OR "Palliative Therapy"[All Fields] OR "Hospice Care"[MeSH Terms] OR "Hospice Care"[All Fields] OR "Hospice Programs"[All Fields] OR "Hospice Program"[All Fields] OR "Bereavement Care"[All Fields]) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[All Fields] OR "Elderly"[All Fields] OR "middle age"[All Fields] OR "middle ages"[All Fields] OR "middle aged"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "Oldest Old"[All Fields] OR "Nonagenarians"[All Fields] OR "Nonagenarian"[All Fields] OR "Octogenarians"[All Fields] OR "Octogenarian"[All Fields] OR "Centenarians"[All Fields] OR "Centenarian"[All Fields] OR "80 and over"[All Fields] OR "Geriatric"[Title/Abstract])
Embase	('diet':ti,ab,kw OR 'diets':ti,ab,kw OR 'nutrition':ti,ab,kw OR 'nutritional intervention':ti,ab,kw OR 'nutritional interventions':ti,ab,kw OR 'nutritional strategy':ti,ab,kw OR 'nutritional strategies':ti,ab,kw OR 'eating':ti,ab,kw OR 'food intake':ti,ab,kw OR 'ingestion':ti,ab,kw OR 'nutrient intake':ti,ab,kw OR 'nutrient intakes':ti,ab,kw OR 'nutritional intake':ti,ab,kw OR 'nutritional intakes':ti,ab,kw OR 'dietary intake':ti,ab,kw OR 'dietary intakes':ti,ab,kw OR 'micronutrient intake':ti,ab,kw OR 'micronutrient intakes':ti,ab,kw OR 'feed intake':ti,ab,kw OR 'feed intakes':ti,ab,kw OR 'macronutrient intake':ti,ab,kw OR 'macronutrient intakes':ti,ab,kw OR 'calorie intake':ti,ab,kw OR 'calorie intakes':ti,ab,kw OR 'feeding methods':ti,ab,kw OR 'feeding':ti,ab,kw OR 'nutrition therapy':ti,ab,kw OR 'nutritional support':ti,ab,kw OR 'artificial feeding':ti,ab,kw OR 'enteral nutrition':ti,ab,kw OR 'parenteral nutrition':ti,ab,kw OR 'nutritional counseling':ti,ab,kw) AND ('palliative care':ti,ab,kw OR 'palliative treatment':ti,ab,kw OR 'palliative treatments':ti,ab,kw OR 'palliative therapy':ti,ab,kw OR 'hospice care':ti,ab,kw OR 'hospice programs':ti,ab,kw OR 'hospice program':ti,ab,kw OR 'bereavement care':ti,ab,kw) AND (('aged':ti,ab,kw OR 'elderly':ti,ab,kw OR 'middle age':ti,ab,kw OR 'middle ages':ti,ab,kw OR 'middle aged':ti,ab,kw OR 'oldest old':ti,ab,kw OR 'nonagenarians':ti,ab,kw OR 'nonagenarian':ti,ab,kw OR 'octogenarians':ti,ab,kw OR 'octogenarian':ti,ab,kw OR 'centenarians':ti,ab,kw OR 'centenarian':ti,ab,kw OR 80:ti,ab,kw) AND over:ti,ab,kw OR 'geriatric':ti,ab,kw) OR (('diet'/exp OR 'diets'/exp OR 'nutrition'/exp OR 'nutritional intervention' OR 'nutritional interventions' OR 'nutritional strategy' OR 'nutritional strategies' OR 'eating'/exp OR 'food intake'/exp OR 'ingestion'/exp OR 'nutrient intake'/exp OR 'nutrient intakes' OR 'nutritional intake'/exp OR 'nutritional intakes' OR 'dietary intake'/exp OR 'dietary intakes' OR 'micronutrient intake'/exp OR 'micronutrient intakes' OR 'feed intake'/exp OR 'feed intakes' OR 'macronutrient intake'/exp OR

	'macronutrient intakes' OR 'calorie intake'/exp OR 'calorie intakes' OR 'feeding methods'/exp OR 'feeding'/exp OR 'nutrition therapy'/exp OR 'nutritional support'/exp OR 'artificial feeding'/exp OR 'enteral nutrition'/exp OR 'parenteral nutrition'/exp OR 'nutritional counseling'/exp) AND ('palliative care'/exp OR 'palliative treatment'/exp OR 'palliative treatments' OR 'palliative therapy'/exp OR 'hospice care'/exp OR 'hospice programs' OR 'hospice program' OR 'bereavement care'/exp) AND ('aged'/exp OR 'elderly'/exp OR 'middle age'/exp OR 'middle ages'/exp OR 'middle aged'/exp OR 'oldest old' OR 'nonagenarians'/exp OR 'nonagenarian'/exp OR 'octogenarians'/exp OR 'octogenarian'/exp OR 'centenarians'/exp OR 'centenarian'/exp OR '80 and over' OR 'geriatric'/exp))
Scopus	TITLE-ABS-KEY(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TITLE-ABS-KEY("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TITLE-ABS-KEY(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
Web of Science	TS=(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TS=("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TS=(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
CINAHL	(TI (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TI ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TI (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)) OR (AB (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie

	Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND AB ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND AB (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)) OR (SU (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND SU ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND SU (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric))
LILACS	(diet OR diets OR nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR eating OR "Food Intake" OR ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling" OR dieta OR alimentação OR "Regime Alimentar" OR "intervenção nutricional" OR "intervenções nutricionais" OR nutrição OR "estratégias nutricionais" OR alimentación OR "intervención nutricional" OR "intervenciones nutricionales" OR nutrición OR "estrategia nutricional" OR "Estrategias nutricionales" OR "Ingestão de Alimentos" OR "Consumo Alimentar" OR "Consumo Calórico" OR "Consumo Nutricional" OR "Consumo de Alimentos" OR "Consumo de Calorias" OR "Consumo de Nutrientes" OR "Consumo de Ração" OR ingestão OR "Ingestión de Alimentos" OR "Consumo Alimentario" OR "Consumo de Alimentos" OR ingesta OR ingestión OR alimentação OR "Terapia Nutricional" OR "Apoio Nutricional" OR "Apoyo Nutricional" OR "Nutrição Enteral" OR "Sondas Gástricas" OR "Nutrición Enteral" OR "Nutrição Parenteral" OR endovenosa OR intravenosa OR "aconselhamento nutricional" OR "Aconselhamento alimentar" OR "Nutrición Parenteral" OR "asesoramiento nutricional" OR "Consejos alimentarios") AND ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Cuidados Paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamento Paliativo" OR "Cuidados de Conforto" OR "Asistencia Paliativa" OR "Atención Paliativa" OR "Tratamiento Paliativo" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidado Paliativo" OR "Cuidados a Doentes Terminais" OR "Cuidados de Conforto" OR "Cuidados Paliativos" OR "Cuidados Intermitentes" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Cuidado por Desamparo" OR "Programas de Hospicios") AND (aged OR elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR "80 and over" OR geriatric OR idoso OR idosos OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR anciano OR "Adulto Mayor" OR ancianos OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenários OR "80 ou mais Anos" OR "80 Anos ou mais" OR nonagenários OR octogenários OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejísimos OR

	geriátrico OR geriátrica OR geriátricos OR geriátricos) AND (db:("LILACS"))
ProQuest Dissertations &Theses Global	noft(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND noft("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND noft(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
OpenGrey	(Palliative OR Hospice) AND (feed* OR nutrition* OR diet* OR food OR Eating OR ingestion OR intake)
Google Scholar	("Palliative Care" OR Hospice) AND (feeding OR nutrition OR nutritional OR diet OR food OR feed OR eating OR ingestion OR intake) OR (Aged OR Elderly OR geriatric)

Estratégias de busca foram realizadas para cada banco de dados usando combinações de palavras específicas e truncamentos com o apoio de um bibliotecário.

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES

Declaro que eu, Raquel Bezerra Barbosa de Moura, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não aceitei de nenhuma instituição ou organização que possa ser beneficiada ou prejudicada pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologia: reembolso por comparecimento a eventos técnico-científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento de material técnico-científico; financiamento para realização de pesquisa; recursos ou apoio financeiro para membro da equipe; e honorários para consultoria.

Declaro ainda que eu, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não prestei serviços e não possuo apólices/ações em uma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre algum assunto ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho nenhum interesse conflitante com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo algum relacionamento íntimo ou conflituoso com uma pessoa cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo profunda convicção pessoal ou religiosa que possa influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; e não participo de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possam influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias.

João Pessoa, 18/04/2022.

Raquel Bezerra Barbosa de Moura

Raquel Bezerra Barbosa de Moura

DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES

Declaro que eu, Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não aceitei de nenhuma instituição ou organização que possa ser beneficiada ou prejudicada pelas minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologia: reembolso por comparecimento a eventos técnico-científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros); honorários por apresentação, conferência ou palestra; honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento de material técnico-científico; financiamento para realização de pesquisa; recursos ou apoio financeiro para membro da equipe; e honorários para consultoria.

Declaro ainda que eu, ou qualquer pessoa diretamente relacionada a mim, não prestei serviços e não possuo apólices/ações em uma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não atuei como perito judicial sobre algum assunto ligado às minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não tenho nenhum interesse conflitante com as minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo algum relacionamento íntimo ou conflituoso com uma pessoa cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; não possuo profunda convicção pessoal ou religiosa que possa influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias; e não participo de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possam influenciar os resultados das minhas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias.

João Pessoa, 18/04/2022.

Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge

ANEXO A – ESCALA *PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL* (PCST)

Escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST). NY, USA.

Critério número 1 - Doenças de base – dois pontos para cada subitem
1.Câncer-metástase ou recidiva
2.Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações
3.Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%
4.Insuficiência renal grave – clearence de creatinina 10ml/min
5.Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo
esquerdo FE 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.
6.Outras doenças limitantes à vida do paciente

Critério número 2 - Doenças associadas – um ponto para cada subitem:
1.Doença hepática
2.Doença renal moderada – clearence de creatinina 60ml/min.
3.DPOC moderada – quadro clínico estável
4.ICC moderada - quadro clínico estável
5.Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto

Critério número 3 - Condição funcional do paciente
1.Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a
capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.
2.Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4

Critério número 4 - Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:
Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:
1.Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.
2.Histórico de internações recentes em serviços de emergências.
3.Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base

Fonte: Quadro adaptado por Lucchetti do *Center to Advance Palliative Care* (CAPC). Brasil, 2009.

ANEXO B – ESCALA *SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL* (SPICT)

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT ™)

NHS SCOTLAND

O SPICT ™ é usado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está se deteriorando.
Avalie as necessidades não atendidas de cuidados de suporte e paliativos. Planeje com cuidado.

Procure por quaisquer indicadores gerais de saúde precária ou em deterioração.

- Internações hospitalares não planejadas.
- O status de desempenho é ruim ou em deterioração, com reversibilidade limitada. (A pessoa fica na cama ou em uma cadeira por mais da metade do dia.)
- Depende de terceiros para cuidados devido ao aumento de problemas de saúde física e / ou mental. O cuidador da pessoa precisa de mais ajuda e apoio.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento ideal da (s) condição (ões) subjacente (s).
- A pessoa (ou família) pede cuidados paliativos; opta por reduzir, interromper ou não fazer tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

Procure por indicadores clínicos de uma ou várias condições limitantes de vida.

Câncer

- Muito frágil para o tratamento do câncer ou o tratamento é para o controle dos sintomas.
- A capacidade funcional está se deteriorando devido ao câncer progressivo.

Demência / fragilidade

- Incapaz de se vestir, andar ou comer sem ajuda.
- Comer e beber menos; dificuldade em engolir.
- Incontinência urinária e fecal.
- Incapaz de se comunicar falando; pouca interação social.
- Quedas frequentes; fêmur fraturado.
- Episódios febris recorrentes ou infecções; pneumonia por aspiração.

Doença neurológica

- Deterioração progressiva na função física e / ou cognitiva apesar da terapia ideal.
- Problemas de fala com dificuldade crescente de comunicação e / ou dificuldade progressiva para engolir.
- Pneumonia de aspiração recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.
- Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da função e incapacidade contínua.

Doença cardíaca / vascular

- Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou com esforço mínimo.
- Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

- Doença pulmonar crônica severa; com falta de ar em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.
- Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.
- Precisa de ventilação para insuficiência respiratória ou a ventilação é contra-indicada.

Doença renal

- Doença renal crônica de estágio 4 ou 5 (eTFG <30ml / min) com deterioração da saúde.
- Insuficiência renal complicando outras condições ou tratamentos limitantes da vida.
- Parar ou não iniciar a diálise.

Doença hepática

- Cirrose com uma ou mais complicações no ano anterior:
  - ascite resistente a diuréticos
  - encefalopatia hepática
  - síndrome hepatorrenal
  - peritonite bacteriana
  - sangramentos recorrentes de varizes
- O transplante de fígado não é possível.

Outras condições

- Deterioração e risco de morrer com outras condições ou complicações que não são reversíveis; qualquer tratamento disponível terá um resultado ruim.

Revise os cuidados atuais e o planejamento dos cuidados.

- Reveja o tratamento e a medicação atuais para garantir que a pessoa receba os melhores cuidados; minimizar a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de gerenciar.
- Combine um plano de cuidados atual e futuro com a pessoa e sua família. Apoie os cuidadores familiares.
- Planeje com antecedência se houver probabilidade de perda de capacidade de tomada de decisão.
- Registre, compartilhe e analise o plano de cuidados.

ANEXO C – ESCALA NECESSIDADES PALIATIVAS (NECPAL -BR)

INSTRUMENTO NECPAL-BR
(**Nec**essidades **Pal**iativas)

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais

Paciente: _____ **Data de nascimento:** ____/____/__

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[ ] Sim **[ ] Não**
Demanda ou necessidade	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		**[ ] Sim** [ ] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		**[ ] Sim** [ ] Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses -Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. -Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	**[ ] Sim** [ ] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs	**[ ] Sim** [ ] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer	**[ ] Sim** [ ] Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		**[ ] Sim** [ ] Não
Síndromes geriátricas	• Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	**[ ] Sim** [ ] Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	**[ ] Sim** [ ] Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	detecção de mal-estar emocional (DME >9)	**[ ] Sim** [ ] Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	**[ ] Sim** [ ] Não
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		**[ ] Sim** [ ] Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)	**[ ] Sim** [ ] Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	**[ ] Sim** [ ] Não

ANEXO - Indicadores Específicos*

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	• Câncer metastático ou loco regional avançado • Em progressão em tumores sólidos • Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico
Doença Pulmonar Crônica	• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Restrito ao domicílio com limitação de marcha • Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS < 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF < 40% / DLCO < 40%) • Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada • Necessidade de corticoterapia contínua • Insuficiência cardíaca sintomática associada
Doença Cardíaca Crônica	• Dispnéia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável • Ecocardiograma basal: FE <30% ou HAP grave (PSAP > 60) • Insuficiência renal associada (TFG< 60mL/min/1,73m2) • Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	• GDS≥6c • Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	• Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0.5 • Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença Neurológica Vascular (AVC)	• Durante a fase aguda e subaguda (<3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência > 3 dias. • Durante a fase crônica (>3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).
Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson	• Piora progressiva da função física e/ou cognitiva • Sintomas complexos e de difícil controle • Disfagia persistente • Transtorno persistente da fala • Dificuldades crescentes de comunicação • Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	• Cirrose avançada estádio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento), MELD-Na > 30ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento • Carcinoma hepatocelular presente, em estádio C ou D
Doença Renal Crônica Grave	• Insuficiência renal grave (TFG< 15ml/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante • Finalização da diálise ou falha no transplante

(1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;
(2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;
(3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;
(4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbidades.

Classificação:	
Pergunta Surpresa (PS)	PS + (não me surpreenderia) PS – (Me surpreenderia)
Parâmetros NECPAL	NECPAL + (de 1 a 13 respostas "sim") NECPAL – (nenhum parâmetro assinalado)
Codificação e registro:	Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + e NECPAL +

SANTANA, M. T. E. A. ***Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO© para a Língua Portuguesa.*** 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

ANEXO D – ESCALA *KARNOFSKY PERFORMANCE SCALE* (KPS)

	Escala de *performance* de Karnofsky
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

ANEXO E – ESCALA *EASTERN COOPERATIVE ONCOLOG Y GROUP PERFOMANCE STATUS SCALE* (*ECOG PERFOMANCE STATUS*)

Escala de Performance: ECOG

0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100 %)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado. (Karnofsky 50-60%).
3	Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira (Karnofsky < 30%).

ANEXO F – ESCALA *PALLIATIVE PERFOMANCE SCALE* (PPS)

Escala de *performance* paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar *hobbies*, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	*Idem*	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	*Idem*	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	*Idem*	*Idem*	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	*Idem*	*Idem*	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO G – ESCALA *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM* (ESAS-R)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nausea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo,prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

ANEXO H – ESCALA *BURDEN OF ILNESS SCORE OF ELDERLY PERSON* (BISEP)

Escala High-Risk Diagnoses for the Elderly (Desai, 2002)

Diagnósticos de alto risco	Pontos
Linfoma / leucemia	6
Insuficiência renal aguda	5
Câncer metastático	3
Câncer localizado	3
Acidente vascular cerebral	2
Insuficiência cardíaca congestiva	2
Doença pulmonar crônica	2
Insuficiência renal crônica	2
Diabetes com lesão de órgão-alvo	1
Pneumonia	1

Burden of Illness Score for Elderly Persons

BISEP

Pontos	Grupo
0	A
1-2	B
3-5	C
≥ 6	D

Burden of Illness Score for Elderly Persons (Inouye, 2003)

Variável	Pontos
Diagnósticos de alto risco:	
Grupo A	0
Grupo B	1
Grupo C	2
Grupo D	3
Albumina ≤ 3,5 mg/dl	1
Creatinina > 1,5 mg/dl	1
Demência	1
Dificuldade de deambular	1

BISEP (pontos)	Mortalidade
0-1	8%
2	24%
3	51%
≥ 4	74%

Apresentaç

ANEXO I – ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON

Peso	Condição Clínica
1	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença Vascular periférica Demência Doença cerebro-vascular Doença pulmonar crônica Doença tecido conjuntivo Diabetes leve, sem complicação Úlcera
2	Hemiplegia Doença renal severa ou moderada Diabetes com complicação Tumor Leucemia Linfoma
3	Doença do fígado severa ou moderada
6	Tumor maligno, metástase SIDA

ANEXO J – ESCALA *PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX* (PPI)

Cálculo do *Palliative Prognostic Index* (PPI)

Fator	Escore Parcial
PPS 10-20%	4
PPS 30-50%	2,5
PPS >50%	0
Delirium	4
Dispneia em repouso	3,5
Ingesta oral em pequenos bocados ou menos	2,5
Ingesta oral reduzida, mas mais que em pequenos bocados	1
Ingesta oral normal	0
Edema	1

Nota PPI _____

ESCORE TOTAL (soma dos escores parciais) e SOBREVIDA ESPERADA

- ☐ Grupo A (pontuação total < 2,0): > 6 semanas
- ☐ Grupo B (pontuação total 2,0 – 4,0): 3 - 6 semanas
- ☐ Grupo C (pontuação total > 4,0): < 3 semanas

ANEXO K – MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT-FORM (MNA-SF) - (MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL REDUZIDA - MNA-SF)

TRIAGEM NUTRICIONAL

Peso atual (kg):_____; Peso habitual (kg):_____; Altura (m): _____.

A. Nos últimos três meses, houve diminuição da ingesta alimentar devido perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? ☐ 0 = Diminuição grave da ingesta ☐ 1 = Diminuição moderada da ingesta ☐ 2 = Sem diminuição da ingesta
B. Perda de peso nos últimos 3 meses: ☐ 0 = Superior a 3kg ☐ 1 = Não sabe informar ☐ 2 = Entre 1 e 3kg ☐ 3 = Sem perda de peso
C. Mobilidade: ☐ 0 = Restrito ao leito ou à cadeira de rodas ☐ 1 = Deambula, mas não é capaz de sair de casa ☐ 2 = Normal
D. Passou por algum stress físico ou doença aguda nos últimos três meses? ☐ 0 = Sim ☐ 2 = Não
E. Problemas neuropsicológicos: ☐ 0 = Demência ou depressão graves ☐ 1 = Demência leve ☐ 2 = Sem problemas psicológicos
F. Índice de Massa Corporal: ☐ 0 = IMC 19 ☐ 1 = 19 a 20,9 ☐ 2 = 21 a 22,9 ☐ 3 = IMC ≥ 23
Somatório dos pontos:

CLASSIFICAÇÃO:

☐ ≥ 12 pontos	Sem risco nutricional
☐ ≤ 11 pontos	Risco de desnutrição. Realizar avaliação nutricional completa.

Fonte: Adaptada de Kondrup et al, 2003.

ANEXO L – AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASG-PPP)

Ficha de Avaliação Nutricional Subjetiva Preenchida pelo Paciente (ASG-PPP)
Ao paciente: marque com X ou preencha os espaços como indicado nas próximas quatro questões:
A. História
1. Mudança de Peso Resumo do meu peso habitual e atual: Eu habitualmente peso_____kg. Tenho 1 metro e _____ centímetros de altura. Há 1 ano meu peso era de _____. Há 6 meses eu pesava _____kg. Durante as duas semanas meu peso: ____ diminuiu ____ não mudou ____ aumentou.
2. Ingestão Alimentar Em comparação ao normal, eu poderia considerar minha ingestão alimentar durante o último mês como: ____ inalterada ____ alterada ____ mais que o normal ____ menos que o normal. Agora estou me alimentando com ____ pouca comida sólida ____ apenas suplementos nutricionais ____ apenas líquidos ____ muito pouco, quase nada.
3. Sintomas Durante as (últimas duas semanas, tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente (marque todos os que estiver sentindo): ____ Sem problemas para me alimentar ____ Sem problemas, apenas sem vontade de comer ____ Náuseas ___Vômitos ___Constipação ___Diarréia ___ Lesões na boca ___ ____ Dor (onde?) _____ ____ As coisas tem gosto estranho ou não tem gosto ____ O cheiro da comida me enjoa.
4. Capacidade Funcional Durante o último mês, eu consideraria a minha atividade como: ____ Normal, sem nenhuma limitação ____ Não no meu normal, mas capaz de realizar satisfatoriamente minhas atividades normais ____ Sentindo-me incapaz p/ a maioria das coisas, mas permanecendo na cama por menos da metade do dia ____ Capaz de fazer pouca atividade e passo a maior parte do dia na cadeira ou na cama ____ Quase sempre acamado, raramente fora da cama
O restante do questionário será preenchido pelo nutricionista, médico ou enfermeiro
Obrigado pela sua colaboração
5. A História Doença e sua relação com as necessidades nutricionais Diagnóstico primário (especificar)_____ Estadiamento, se conhecido _____ Demanda metabólica (estresse) ___ Nenhum ___ Baixa ___ Moderada ___ Alta.
B. Exame Físico
_____ perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax) _____ perda muscular (quadríceps e deltóide) _____ edema de tornozelo _____ edema sacral _____ ascite
C. Conclusão da ASG (escolha um)
_____ A – Bem-Nutrido _____ B – Moderadamente Desnutrido (suspeita) _____ C – Gravemente Desnutrido

Ficha de Avaliação Nutricional Subjetiva Preenchida pelo Paciente (ASG-PPP)	
Ao paciente: marque com X ou preencha os espaços nas questões de 1 a 4.:	
HISTÓRIA	
1. Peso (veja registro 1)	
Eu atualmente peso _____kg. Há um mês atrás eu pesava _____kg Minha altura é de _____kg. Há seis meses atrás eu pesava _____kg. Durante as duas últimas semanas meu peso: ( ) diminuiu (1) / ( ) não mudou (0) / ( ) aumentou (0)	
2. Ingestão Alimentar	
Em comparação com o meu padrão alimentar, eu considero que a ingestão de alimentos no último mês: ( ) não mudou (0) ( ) está maior que o habitual (0) ( ) está menor que o habitual (1) Eu, atualmente, estou me alimentando com: ( ) alimentos de consistência normal, porém em menor quantidade (1) ( ) alimentos de consistência mais macia ou pastosa (2) ( ) somente líquidos (3) ( ) somente suplementos nutricionais (3) ( ) apenas poucas quantidades de todos os alimentos (4) ( ) somente alimentação via sonda nasoenteral ou nutrição pela veia (0)	
3. Sintomas:	
Eu tenho tido os seguintes problemas que estão afetando minha alimentação, fazendo com que eu não me alimente adequadamente nas últimas duas semanas (marque uma ou mais) ( ) sem problemas com a alimentação (0) ( ) sem apetite, não tenho vontade comer (3) ( ) náusea (1) ( ) constipação (2) ( ) boca ferida (1) ( ) alteração do paladar (2) ( ) dificuldade de mastigar (2) ( ) vômitos (3) ( ) diarréia (3) ( ) boca seca (1) ( ) o cheiro da comida me incomoda (1) ( ) sinto-me satisfeito rapidamente ( ) como sozinho (0) ( ) dor (3) ( ) dificuldade para engolir (2) ( ) outros (1)	
4. Capacidade física e funcional:	
Durante o último mês, eu diria que minhas atividades: ( ) estão normais, sem limitações (0) ( ) não estão normais, porém posso exercer minhas atividades de forma moderada (1) ( ) não me sinto disposto a desempenhar muitas atividades e passo a maior parte do dia deitado ou sentado a maior parte do dia (2) ( ) sou capaz de realizar apenas algumas de minhas atividades e passo a maior parte do dia deitado ou sentado ( ) passo muito tempo acamado, raramente fora da cama (3)	
Total dos pontos dos quadros de 1 a 4 (quadro A)	
O restante das questões será preenchido por seu nutricionista. Obrigado!	
5. Doença e sua relação com as necessidades nutricionais (veja registro 2)	
Todos os diagnósticos relevantes (especificar) _____ Estágio da doença 1ária (circule se for conhecido ou apropriado) I II III IV Outro _____ Idade _____	Total dos pontos do registro 2 (QB)_____ Total dos pontos do registro 3 (QC)_____ Total dos pontos do registro 4 (QD)_____
6. Demanda metabólica (veja registro3)	
7. Exame Físico (veja registro 4 e registro 6)	
Avaliação Global (Veja registro 5) ( ) eutrófico ou em anabolismo (ASG – A) ( ) risco de desnutrição ou desnutrição moderada (ASG – B) ( ) severamente desnutrido (ASG – C)	
TOTAL ASG ESCORE – Total do escore numérico de A+B+C+D _____	

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO A ASG-PPP

A classificação do paciente segue o mesmo critério descrito por Detsky e cols., 1987:

- ASG – A (bem nutrido): considera peso estabilizado ou ganho de peso, sem sintomas gastrintestinais;
- ASG – B (moderadamente desnutrido ou suspeito de desnutrição): considera perda de peso até 10% em seis meses e diminuição da ingestão alimentar;
- ASG – C (gravemente desnutrido): denota grande perda de peso, maior que 10% em seis meses, somada a sinais físicos de desnutrição. Edema ou ascite devem ser considerados na avaliação do peso.

O escore é utilizado para definir a intervenção nutricional específica, incluindo orientação para o paciente e família, manejo dos sintomas, intervenção farmacológica e nutricional adequadas (dieta oral, uso de suplementos nutricionais, terapia nutricional enteral ou parenteral).

- 0 – 1 ponto: não é necessária intervenção nutricional no momento, deve-se realizar reavaliação de rotina durante o tratamento
- 2 – 3 pontos: orientação para paciente e familiares pelos nutricionista, enfermeiro ou clínico, com intervenção farmacológica de acordo como os sintomas apontados (quadro 3) e dados laboratoriais.
- 4 – 8 pontos: Requer intervenção nutricional pelo nutricionista, em conjunto com o enfermeiro ou médico, de acordo com os sintomas observados (quadro 3)
- > 9 pontos: indica necessidade crítica de melhora dos sintomas, manejo ou intervenção nutricional agressiva.

Registro 1

- Perda de Peso: para determinar o escore, utilize o peso há 1 mês. O peso referente há 6 meses só deverá ser utilizado se não houver o peso referente há 1 mês.

Perda de Peso	Pontos	Perda de Peso em 6 meses
10% ou mais	4	20% ou mais
5% a 9,9%	3	10% a 19%
3% a 4,9%	2	6% a 9,9%
2% a 2,9%	1	2% a 5,9%
0% a 1,9%	0	0% a 1,9%

- Ingestão Alimentar: na prática clínica diária, a anamnese alimentar é um bom indicador para avaliar o conteúdo qualiquantitativo da alimentação, hábitos e possíveis erros alimentares presentes na dieta do paciente.

Métodos Retrospectivos	Métodos Prospectivos
Recordatório 24 h	Registro alimentar estimado 24 h e 3,7 ou 10 dias
Questionário de freqüência alimentar	Registro alimentar pesado
História dietética	

Registro 2 – Condição Clínica (Doença e sua relação com as necessidades nutricionais): somar 1 ponto para cada uma das condições clínicas do paciente.

- Categoria
  - Câncer: 1 ponto
  - AIDS: 1 ponto
  - Insuficiência cardíaca ou pulmonar: 1 ponto
  - Presença de úlceras de decúbito ou fístula: 1 ponto
  - Presença de trauma: 1 ponto
  - Idade superior a 65 anos: 1 ponto

Registro 3 – Estresse Metabólico

Estresse	Nenhum (0)	Baixo (1)	Moderado (2)	Alto (3)
Febre	Sem febre	> 37,2º C e < 38,3º C	> 38,3º C e < 38,8º C	> 38,8º C
Duração	Sem febre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas
Corticosteróide	Sem uso	Baixa dose (< 10mg/dia)	Dose moderada (> 10 e < 30 mg/dia)	> 30 mg/dia

Registro 4 – O exame físico inclui 3 aspectos da composição corporal: GORDURA, MÚSCULO E FLUÍDOS.

Parâmetros	Depleção			
Massa Gordurosa	Sem	Leve	Moderada	Grave
Gordura Periorbitária	0	1+	2+	3+
Dobra Triciptal	0	1+	2+	3+
Gordura Intercostal	0	1+	2+	3+
Aval. Global de Massa Gorda	0	1+	2+	3+
Massa Muscular				
Têmporas (músculo temporal)	0	1+	2+	3+
Clavícula (peitoral e deltóide)	0	1+	2+	3+
Ombros (deltóide)	0	1+	2+	3+
Escápula (dorsal, trapézio e deltóide)	0	1+	2+	3+
Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+
Panturrilha (gastrocnêmio)	0	1+	2+	3+
Aval. Global da Massa Muscular	0	1+	2+	3+
Presença de Líquidos				
Edema de Tornozelo	0	1+	2+	3+
Edema Sacral	0	1+	2+	3+
Ascite	0	1+	2+	3+
Aval. Fluída Global	0	1+	2+	3+

1. Área dos olhos: em pacientes desnutridos, pode-se observar depressão ou eventualmente uma área mais escura em torno dos olhos. É importante observar a fragilidade capilar e a presença de queilite angular.
2. Prega do tríceps: a perda de gordura subcutânea é visível ao pinçar manualmente a prega tricptal em pacientes desnutridos.
3. Prega do bíceps: observar o pequeno espaço entre os dedos do examinador ao pinçar a prega, representando perda de massa adiposa.
4. Ombro: também pode indicar a perda de massa adiposa. Protrusão do acrômio.
5. Mãos: os pacientes desnutridos podem apresentar depressão entre o polegar e o dedo indicador. Quanto mais grave for à desnutrição, mais acentuada será essa depressão.
6. Clavícula: em pacientes desnutridos, a perda de massa muscular é tão grave que se pode observar a protuberância da clavícula.
7. Escápula: a perda importante de massa magra também pode ser observada pela visualização da escápula.

8. Costelas: o aparecimento das costelas significa perda de massa protéica.
9. Quadríceps: perda muscular é avaliada por palpação dos deltóides e quadríceps, observando-se tanto o volume quanto o tônus muscular.
10. Joelho: a desnutrição é visível quando se examina o joelho e ele é proeminente.
11. Panturrilhas: na desnutrição observa-se diminuição e flacidez importante.
12. Edema: a presença de edemas também é um sinal importante a ser observado durante o exame físico. É comum encontrar edema de membros inferiores ou da região sacral. A presença de ascite também pode ser considerada um sinal de desnutrição.

A avaliação dessas categorias não é somada, mas sim utilizada clinicamente para avaliar o grau de depleção ou a presença de edema.

A pontuação total do exame físico é determinada por meio da avaliação subjetiva da depleção corporal total:

- Sem depleção: 0 ponto
- Depleção Leve: 1 ponto
- Depleção Moderada: 2 pontos
- Depleção Grave: 3 pontos

Registro 5 – Conclusão da Avaliação Nutricional Subjetiva Global

Estado Nutricional	Estágio A	Estágio B	Estágio C
Categoria	Eutrófico	Em risco de Desnutrição ou Desnutrido Moderado	Gravemente Desnutrido
Peso	Sem perda ponderal ou ganho de peso		
(desconsiderar edema)	Perda de peso potencialmente significativamente 5%-10%, rápida, maior que 10% mas com evidência de recuperação	Perda de peso significativamente > 10%, redução importante, rápida e constante no mês anterior, sem sinais de recuperação	
Ingestão Alimentar	Alimentação por via oral		
Melhora da Ingestão	Redução moderada da ingestão, sem melhora aparente. Consumo de dieta exclusivamente líquida	Redução grave da ingestão. Jejum ou ingestão de líquidos hipocalóricos	
Sintomas de Impacto Nutricional	Assintomático no curto prazo (menos de 2 semanas)	Sintomas persistentes, mas de gravidade moderada	Sintomas persistentes e graves
Capacidade Funcional	Sem limitações. Melhora das atividades funcionais	Atividade restrita devido à fadiga e debilidade	Grande deterioração da atividade física (no leito)
Exame Fisco	Sem alterações ou alterações crônicas, recente melhora clínica	Evidencia de depleções leves a moderada de gordura ou massa muscular ou tônus muscular à palpação	Claros sinais de desnutrição (grave perda de tecidos e edema)
	Classificação Final		
Avaliação Global – ASG	(A)	(B)	(C)

4.3 Resultados e discussão sobre os dados obtidos na etapa de validação do Aplicativo

A validação foi realizada por treze juízes especialistas, denominados Juiz 1, Juiz 2, Juiz 3, Juiz 4, Juiz 5, Juiz 6, Juiz 7, Juiz 8, Juiz 9, Juiz 10, Juiz 11, Juiz 12 e Juiz 13. O perfil dos juízes pode ser visualizado na Tabela 7 abaixo.

Tabela 07 – Perfil dos juízes especialistas envolvidos na validação do aplicativo NutriCP, João Pessoa, PB, 2022.

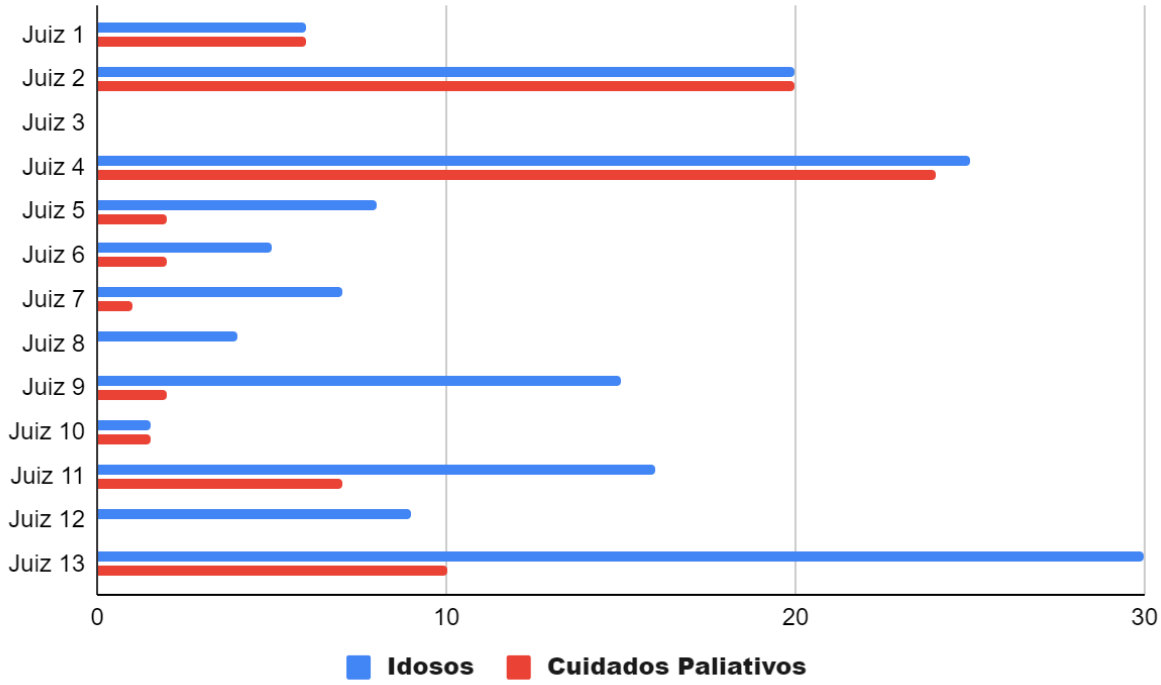
Variáveis	**N**	**%**
Sexo		
Feminino	13	100
Masculino	0	0
Pós Graduação		
Mestrado	8	61,5
Doutorado	5	38,5
Instituição da Pós Graduação		
UFPB	8	61,5
UFPE	2	15,4
UEPB	1	7,7
UPE	1	7,7
PUCRS	1	7,7
Área da Pós Graduação		
Ciências da Nutrição	9	69,2
Farmacologia	1	7,7
Saúde Pública	1	7,7
Ciência e Tecnologia Ambiental	1	7,7
Gerontologia Biomédica	1	7,7
Atuação		
Assistência	9	69,2
Docência	4	30,8
Pesquisa	2	15,4
Gestão	1	7,7
Experiência com idosos		
Sim	12	92,3
Não	1	7,7
Experiência com Cuidados Paliativos		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
Experiência com elaboração/avaliação de aplicativo		
Sim	3	23,1
Não	10	76,9

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Observa-se, pelos dados da tabela 07, que todos os juízes eram do sexo feminino (100%), a maioria atuando na área assistencial (69,2%) e com experiência em idosos (92,3%) e em cuidados paliativos (76,9%).

O tempo de experiência dos juízes com o públicoidoso variou entre 0 a 30 anos, com média de 11,27 anos de atuação. Já o tempo de experiência em cuidados paliativos variou de 0 a 24 anos, com média de 5,8 anos, conforme apresentado no gráfico 02.

Gráfico 02 – Tempo de experiência dos juízes com idosos e em cuidados paliativos em anos



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As contribuições dadas por cada juiz, através do protocolo de julgamento do aplicativo, foram avaliadas. Os itens ímpares consistiam em perguntas com respostas de "sim ou não" e os itens pares variavam numa escala de resposta entre 1 (irrelevante) e 5 (muito relevante), conforme se observa na tabela 8.

Tabela 08 –Validade de conteúdo/roteiro dos itens individuais (I-CVI). João Pessoa, PB, 2022 (Continua...)

Item	IVC
1. O conteúdo abordado no aplicativo está suficiente para cuidados nutricionais em idosos em cuidados paliativos?	1,000
2. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 1?	1,000
3. A linguagem utilizada no aplicativo está adequada para o público-alvo (nutricionistas)	1,000
4. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 3?	1,000
5. As ilustrações, tabelas e fluxogramas do aplicativo estão adequados para o público-alvo (nutricionistas)	1,000
6. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 5?	1,000
7. As ilustrações, tabelas e fluxogramas inseridos no aplicativo são necessárias para compreensão do conteúdo?	1,000
8. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 7?	0,923
9. Os tópicos abordados, na sequência em que se apresentam no aplicativo, motivam o nutricionista/leitor para compreensão do tema proposto?	1,000
10. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 9?	1,000
11. O conteúdo proposto auxilia o nutricionista na tomada de decisão quanto às intervenções nutricionais?	1,000
12. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 11?	1,000
13. O aplicativo é apropriado para o público-alvo?	1,000
14. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 13?	1,000

Tabela 08: Validade de conteúdo/roteiro dos itens individuais (I-CVI). João Pessoa, PB, 2022 (Conclusão...)

Item	IVC
15. Recomendaria a aplicabilidade do aplicativo, no formato em que se apresenta o protótipo na rotina do nutricionista que atua em serviços de saúde direcionados ao idoso em cuidados paliativos?	1,000
16. Em relação ao grau de RELEVÂNCIA, como classifica o item da pergunta 15?	1,000

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

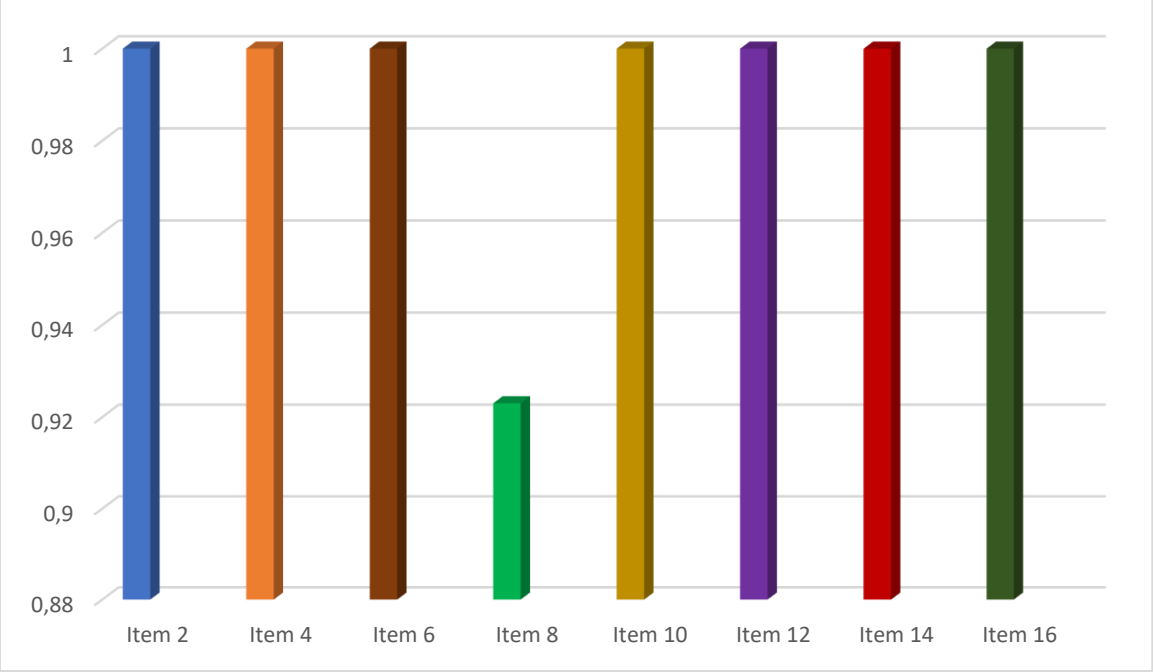
Quanto à concordância, todos os itens atenderam ao critério de validade com valor máximo de 1,00, por unanimidade (Gráfico2).

Gráfico 03 - Validade de conteúdo dos itens individuais (CONCORDÂNCIA).

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Quanto à relevância das questões perguntadas em cada item, todos os itens atenderam ao critério mínimo de validade, variando entre 0,923 a 1,00 (Gráfico 3).

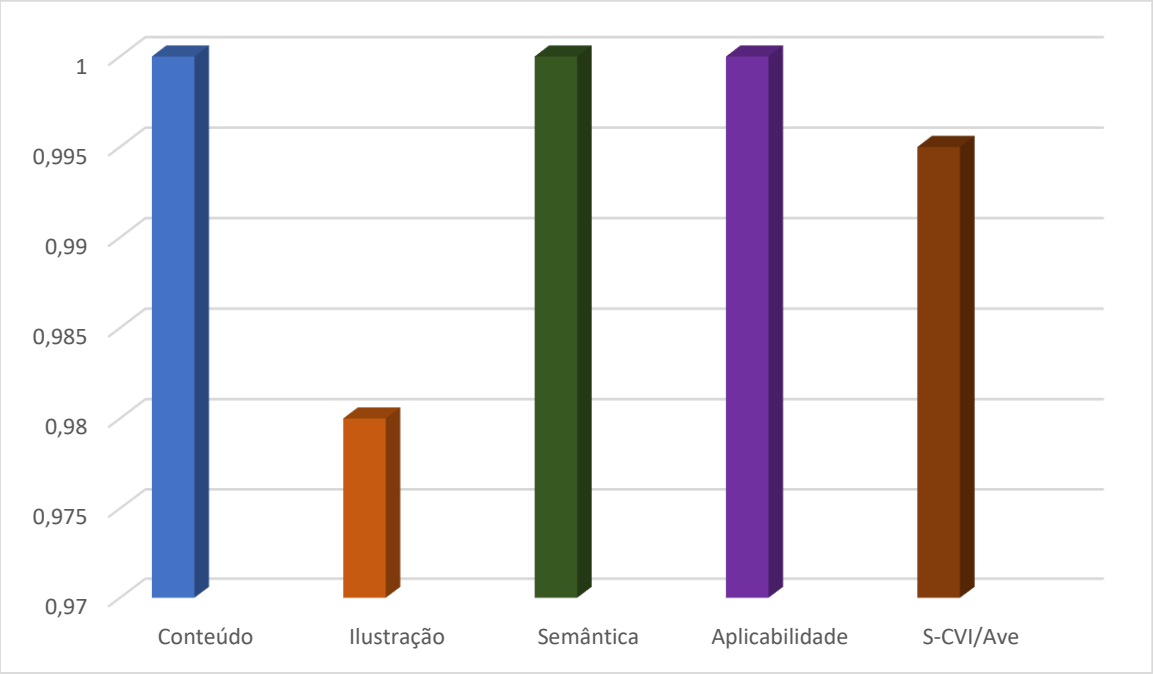
Gráfico 04 - Validade de conteúdo dos itens individuais (RELEVÂNCIA).



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação ao S-CVI/UA, a concordância dos oito itens referentes à qualidade do aplicativo foi subdividida em quatro componentes: conteúdo, ilustração, semântica e aplicabilidade, conforme apresentado na Gráfico 4.

Gráfico 05 – Validade de conteúdo de cada componente e de todos os itens.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Os componentes avaliados obtiveram os seguintes índices: conteúdo (1,00), ilustração (0,98), semântica (1,00) e aplicabilidade (1,00). A validade de conteúdo para todos os itens da escala resultou em um valor de S-CVI/Ave de 0,995.

Ao final do instrumento de avaliação, os juízes puderam colocar suas sugestões e comentários, sumarizados no Quadro 8.

Quadro 08: Sugestões e comentários dos juízes especialistas. (Continua...)

Juiz	Comentários	Sugestões	Respostas às sugestões
Juiz 1	"Parabenizo a equipe pela construção do instrumento, pois será de muita utilidade para os nutricionistas."	Realizar uma revisão na concordância de algumas das frases utilizadas.	Realizada a revisão de todo o texto por profissional da área.
Juiz 2	"Parabenizar toda a equipe pela a iniciativa da construção do aplicativo."	Não houve	
Juiz 3	"Excelente proposta de aplicativo. Segue uma sequência lógica desde a definição do que seria os cuidados paliativos até como deve ser a intervenção nutricional conforme necessidade individual, caracterizando o cuidado humanizado e personalizado a cada indivíduo."	Não houve	
Juiz 4	Não houve	Fazer uma revisão geral da ortografia e redação dos conteúdos. Adicionar a MAN na versão global também para avaliação nutricional. Na FPP, incluir na tabela classificação para idosos domiciliados/comunidade. Citar as principais fontes dos alimentos ricos em Zinco (disgeusia).	A MAN é considerada um método subjetivo de avaliação nutricional, sendo contemplado com o instrumento ASG-PPP, optando-se por utilizá-la em sua versão reduzida para triagem nutricional. A classificação da FPP para idosos domiciliados é a mesma para pacientes em enfermaria. Realizado o ajuste na tabela.Quanto às principais fontes de zinco, foi realizada a devida adição no aplicativo.
Juiz 5	Não houve	Não houve	

Quadro 08: Sugestões e comentários dos juízes especialistas. (Continuação)

Juiz	Comentários	Sugestões	Respostas às sugestões
Juiz 6	"Bastante motivadora a participação nessa avaliação. Dado o contexto complexo e sensível da temática, encontrei na proposta do aplicativo um canal de tomada de decisões totalmente embasado na literatura mais recente e com tópicos bem escolhidos e desenvolvidos para não se ter tantas dúvidas e gerar uma conduta mais assertiva, oferecendo segurança e ao mesmo tempo conhecimento aos profissionais para conduzir cada situação. Acredito na grande utilidade deste app nos serviços de saúde e o quanto irá aproximar o entendimento do profissional para uma melhor abordagem aos cuidados paliativos. Parabéns aos envolvidos!"	Não houve	
Juiz 7	"A introdução ao aplicativo está muito extensa, pouco objetiva, necessitando de um texto mais curto, claro e chamativo. Também achei o aplicativo com muito conteúdo, muito texto, tornando extenso e cansativo."	Deixar o que for mais relevante para facilitar a rotina dos profissionais e com textos mais breves.	Para o procedimento de validação é realizada a leitura extensa de todo o conteúdo do aplicativo, tornando-se realmente cansativa devido ao volume de conteúdo a ser analisado de uma só vez. Em aspectos práticos, o nutricionista estará fazendo a leitura fragmentada do conteúdo do aplicativo, haja vista que provavelmente haverá maior domínio em determinado conteúdo e dúvidas relacionadas a aspectos específicos durante a assistência nutricional. Em versões posteriores, será possível repensar os acessos e os textos disponíveis a partir da vivência dos usuários no decorrer do tempo, com a verificação da melhor usabilidade possível do aplicativo.
Juiz 8	Não houve	Não houve	
Juiz 9	Não houve	Não houve	

Quadro 08: Sugestões e comentários dos juízes especialistas. (Conclusão)

Juiz 10	"Gostaria de parabenizar pelo instrumento, achei bem completo, didático e interdisciplinar, pois possui informações relevantes a todas as profissões."	"Seria interessante que app criasse um banco de dados com os pacientes em cuidados paliativos que estariam sendo acompanhados, pois o Nutricionista teria acesso de forma rápida a todos os seus dados."	O propósito inicial do aplicativo é o de nortear os nutricionistas na tomada de decisão através do conteúdo contido no protocolo. Há a possibilidade de, em versões posteriores, adição de novas funcionalidades, contudo será necessário o investimento através do desenvolvimento de parcerias institucionais.
Juiz 11	Não houve	"Considero alguns textos longos, tornando a leitura cansativa. Seria possível resumir ainda mais?"	Foi realizada uma releitura de todos os textos do aplicativo, buscando-se resumir o máximo possível, atentando-se para não perder conteúdo importante para compreensão do usuário.
Juiz 12	"Parabéns pelo excelente trabalho! Muito didático e prático."	Melhorar a questão da cor e da ênfase aos títulos (em negrito, por exemplo).	Realizada a alteração sugerida.
Juiz 13	"Excelente elaboração, certa que será de grande contribuição para ampliar a qualidade ao cuidado nutricional dos idosos em cuidados paliativos."	Não houve	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4 Aplicativo de nutrição para pessoa idosa em cuidados paliativos (Nutri CP)

O estudo subsidiou a construção de um aplicativo como produto tecnológico, intitulado NutriCP, visando nortear os nutricionistas na tomada de decisão quanto às intervenções nutricionais voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos, com respaldo da literatura científica.

Para instalar o aplicativo, deve-se acessar a URL da aplicação e, em seguida, realizar o procedimento de instalação. Após baixado, o aplicativo Nutri CP abrirá a página inicial que conterá o passo a passo com oito opções para o usuário clicar: apresentação, instrumentos de avaliação, avaliação nutricional, manejo de sintomas em cuidados paliativos, aspectos bioéticos para tomada de decisão, suporte nutricional em cuidados paliativos, acompanhamento nutricional e referências. O conteúdo do aplicativo está descrito no Quadro 09.

Quadro 09 – Conteúdo do aplicativo Nutri CP, segundo as categorias de assunto.

Categoria	Conteúdo
Abertura do Aplicativo (Tela 1)	Apresenta o Passo a Passo para acesso do usuário, com os seguintes tópicos: apresentação, instrumentos de avaliação, avaliação nutricional, manejo de sintomas em cuidados paliativos, aspectos bioéticos para tomada de decisão, suporte nutricional em cuidados paliativos, acompanhamento nutricional e referências.
Apresentação (Tela 2)	Apresenta um breve vídeo de abertura explicando o propósito do aplicativo.
Instrumentos de Avaliação (Telas 3 a 7)	Apresenta os instrumentos de avaliação necessários para a abordagem dos cuidados paliativos, subdivididos em: elegibilidade em cuidados paliativos, avaliação funcional em cuidados paliativos, sintomas em cuidados paliativos e prognóstico em cuidados paliativos. Em cada um desses tópicos, um dos instrumentos é apresentado de forma interativa, sendo o usuário capaz de preencher pelo aplicativo e obter um resultado. Os demais instrumentos estão disponíveis apenas para consulta.
Avaliação nutricional (Telas 8 a 25)	Apresenta os métodos de avaliação nutricional possíveis para idosos em cuidados paliativos incluindo: triagem nutricional, avaliação da história clínica e dietética, avaliação antropométrica, força de preensão palmar e semiologia nutricional. No tópico de avaliação antropométrica e de semiologia nutricional, o usuário poderá realizar a avaliação preenchendo os dados e obtendo o resultado.
Manejo de sintomas (Telas 26 a 36)	Apresenta a importância do manejo de sintomas e como fazê-lo em casos de: anorexia, náuseas e vômitos, constipação, diarreia, saciedade precoce, xerostomia, disgeusia, mucosite e disfagia.
Aspectos bioéticos para tomada de decisão (Telas 37 a 45)	Apresenta os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), os aspectos considerados na terminalidade, a avaliação da capacidade de decisão e as diretivas antecipadas de vontade.
Suporte nutricional em Cuidados Paliativos (Telas 46 a 70)	Aborda os tópicos necessários para nortear o nutricionista quanto à escolha da terapia nutricional: tomada de decisão em relação à nutrição artificial, indicações de terapia nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, terapia nutricional oral, terapia nutricional enteral e terapia nutricional parenteral.
Acompanhamento nutricional (Telas 71 a 76)	Apresenta como deve ser o acompanhamento nutricional do paciente em cuidados paliativos destacando a importância da equipe multiprofissional, do plano de cuidados, do acompanhamento precoce e da orientação de alta.
Referências (Tela 77)	Apresenta as referências utilizadas no conteúdo do aplicativo.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.1 Tela inicial

Figura 06 – Tela inicial e Tela de apresentação do aplicativo Nutri CP

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

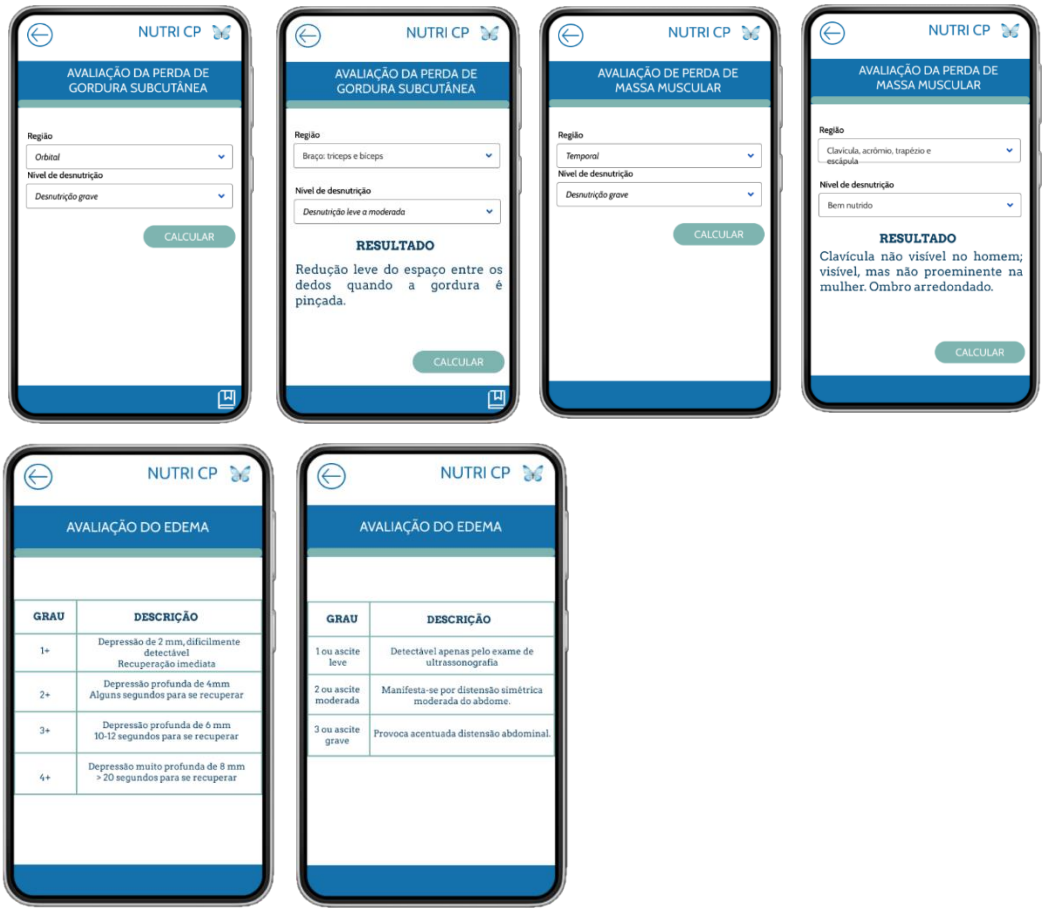
4.4.2 Instrumentos de Avaliação

Figura 07 – Telas sobre instrumentos de avaliação do aplicativo Nutri CP.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.3 Avaliação Nutricional

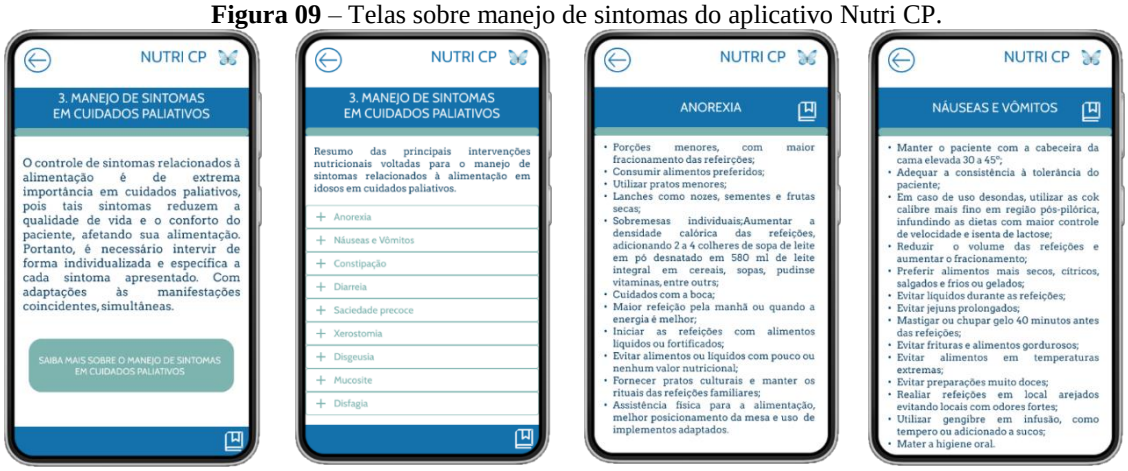
Figura 08 – Telas sobre avaliação nutricional do aplicativo Nutri CP.

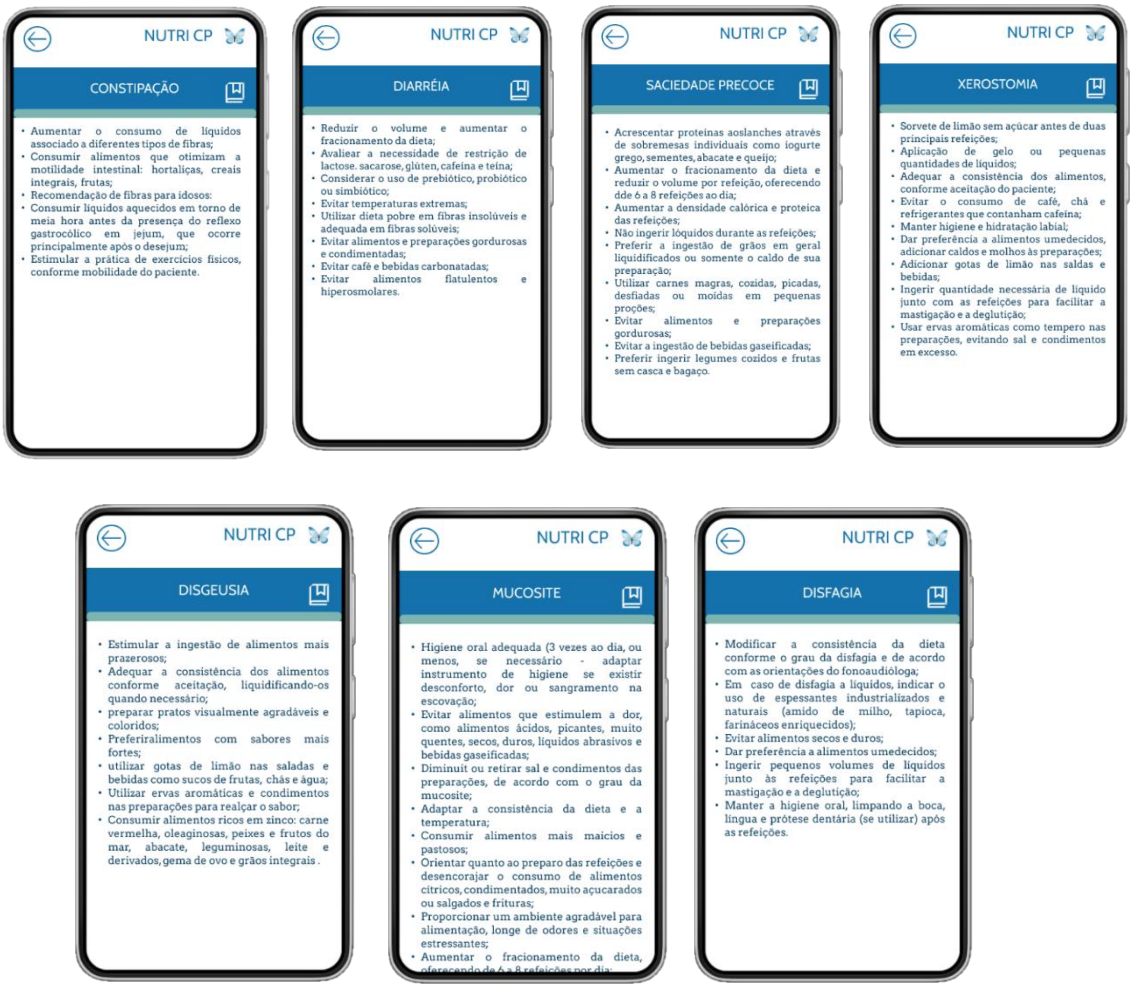


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.4 Manejo de Sintomas em cuidados Paliativos

Figura 09 – Telas sobre manejo de sintomas do aplicativo Nutri CP.

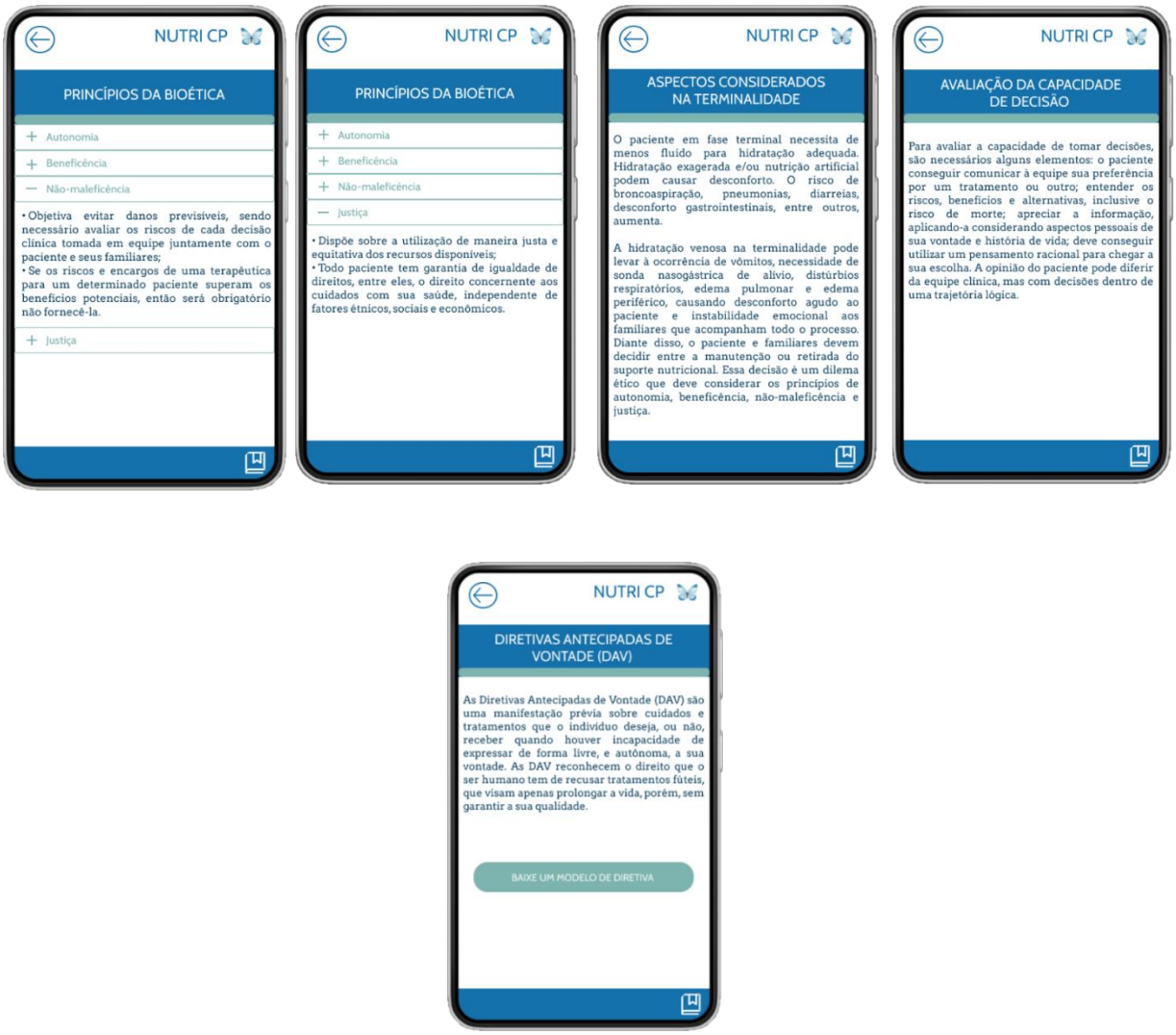




Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.5 Aspectos Bioéticos para tomada de decisão

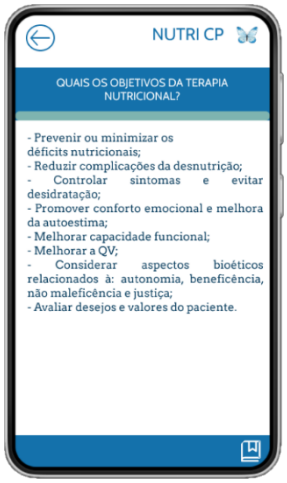
Figura 10 – Telas sobre aspectos bioéticos para tomada de decisão do aplicativo Nutri CP.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

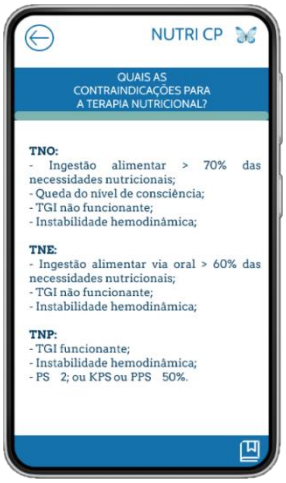
4.4.6 Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos

Figura 11 – Telas sobre suporte nutricional em cuidados paliativos do aplicativo Nutri CP.


NUTRI CP
QUAIS OS OBJETIVOS DA TERAPIA NUTRICIONAL?
- Prevenir ou minimizar os déficits nutricionais;
- Reduzir complicações da desnutrição;
- Controlar sintomas e evitar desidratação;
- Promover conforto emocional e melhora da autoestima;
- Melhorar capacidade funcional;
- Melhorar a QV;
- Considerar aspectos bioéticos relacionados à: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça;
- Avaliar desejos e valores do paciente.

NUTRI CP
QUAIS CRITÉRIOS DEVEM SER UTILIZADOS PARA INDICAR TERAPIA NUTRICIONAL
- Todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição.

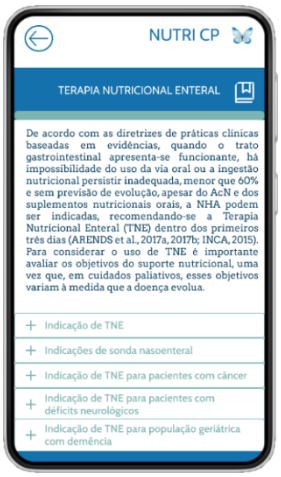
NUTRI CP
QUANDO INDICADA, A TERAPIA NUTRICIONAL DEVE SER INICIADA EM QUE MOMENTO?
- O mais precoce possível na presença de estabilidade hemodinâmica.


NUTRI CP
QUAIS AS CONTRAINDICAÇÕES PARA A TERAPIA NUTRICIONAL?
TNO:
- Ingestão alimentar > 70% das necessidades nutricionais;
- Queda do nível de consciência;
- TGI não funcionante;
- Instabilidade hemodinâmica;
TNE:
- Ingestão alimentar via oral > 60% das necessidades nutricionais;
- TGI não funcionante;
- Instabilidade hemodinâmica;
TNP:
- TGI funcionante;
- Instabilidade hemodinâmica;
- PS 2; ou KPS ou PPS 50%.

NUTRI CP
TERAPIA NUTRICIONAL ORAL
A alimentação por via oral, por ser mais fisiológica, deve ser priorizada, conforme recomenda a American Dietetic Association, desde que o sistema gastrointestinal esteja integro, o paciente apresente desejo e possua condições clínicas para se alimentar por essa via. O cuidado nutricional por via oral compreende diversas abordagens, incluindo a orientação nutricional, enriquecimento das refeições, fornecimento de lanches intermediários e de suplementos nutricionais orais.
+ Indicações e estratégias de uso da TNO

NUTRI CP
TERAPIA NUTRICIONAL ORAL
SISTEMA GASTROINTESTINAL ÍNTEGRO E CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA SE ALIMENTAR POR VIA ORAL?
SIM
NÃO

NUTRI CP
TERAPIA NUTRICIONAL ORAL
SISTEMA GASTROINTESTINAL NÃO ÍNTEGRO E SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA SE ALIMENTAR POR VIA ORAL
CONSIDERAR VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO (NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO ARTIFICIAIS)

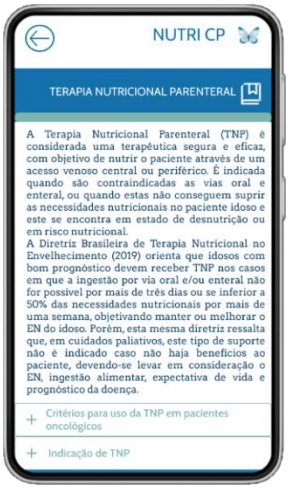

NUTRI CP
TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
De acordo com as diretrizes de práticas clínicas baseadas em evidências, quando o trato gastrointestinal apresenta-se funcionante, há impossibilidade do uso da via oral ou a ingestão nutricional persistir inadequada, menor que 60% e sem previsão de evolução, apesar do AcN e dos suplementos nutricionais orais, a NHA podem ser indicadas, recomendando-se a Terapia Nutricional Enteral (TNE) dentro dos primeiros três dias (ARENDS et al., 2017a, 2017b; INCA, 2015). Para considerar o uso de TNE é importante avaliar os objetivos do suporte nutricional, uma vez que, em cuidados paliativos, esses objetivos variam à medida que a doença evolua.
+ Indicação de TNE
+ Indicações de sonda nasoenteral
+ Indicação de TNE para pacientes com câncer
+ Indicação de TNE para pacientes com déficits neurológicos
+ Indicação de TNE para população geriátrica com demência

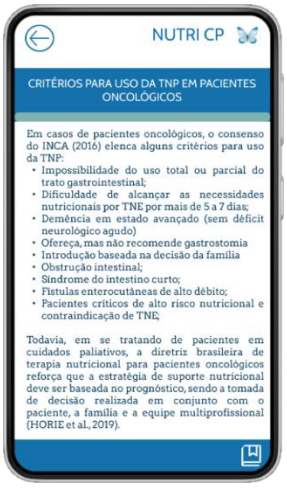
NUTRI CP
INDICAÇÃO DE TNE
O PACIENTE É CAPAZ DE TOMAR DECISÃO?
SIM
NÃO

NUTRI CP
INDICAÇÃO DE TNE
O PACIENTE É CAPAZ DE TOMAR DECISÃO
SEGUIR O DESEJO DO PACIENTE
REVISAR COM O PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL OS OBJETIVOS DO TRATAMENTO (CURATIVO / REABILITAÇÃO / PALIATIVO) E ANTECIPAR CONSEQUÊNCIAS DA INTRODUÇÃO OU RETIRADA DA TNE
PACIENTE E/OU REPRESENTANTE LEGAL FAZEM UMA DECLARAÇÃO FORMAL QUANTO À TNE

NUTRI CP
INDICAÇÕES DE SONDA NASOENTERAL
ESTÁ INDICADA SNE DE LONGA PERMANÊNCIA? INCERTO
AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO
NORMAL
ALTERADA (RISCO DE ASPIRAÇÃO)

NUTRI CP
INDICAÇÕES DE SONDA NASOENTERAL
ESTÁ INDICADA SNE DE LONGA PERMANÊNCIA? INCERTO
AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO: ALTERADA
RISCO DE ASPIRAÇÃO?
BAIXO
ALTO





Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.7 Acompanhamento Nutricional em Cuidados Paliativos

Figura 12 – Telas sobre acompanhamento nutricional do aplicativo Nutri CP.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.4.8 Referências

Figura 13 – Tela sobre as referências do aplicativo Nutri CP.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação apresenta dois produtos com contribuições relevantes e inovadoras no atendimento nutricional à pessoa idosa em cuidados paliativos: um protocolo e um aplicativo para nutricionistas que atuem com esse público.

O estudo propôs identificaras principais intervenções nutricionais voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos através de uma revisão de escopo. Diante dos resultados encontrados, foi elaborado um protocolo que teve seu conteúdo validado por juízes especialistas e que subsidiou o desenvolvimento de um aplicativo com o passo a passo do atendimento nutricional voltado aos idosos em cuidados paliativos, que também passou pelo processo de validação.

Os protocolos são ferramentas que favorecem a implementação da prática baseada em evidências, na medida em que associa a melhor evidência científica disponível com a experiência prática, queotimizam a efetividade da assistência ao mesmo tempo em que consubstancia a tomada de decisão por parte do profissional. O uso de aplicativos móveis promove benefícios e agilidade, posto que agiliza o acesso a sistemas de informação pelos profissionais de saúde, que lançam mão dos conhecimentos necessários com a necessária celeridade a qual é imprescindível ao processo do cuidado.

A revisão de escopo identificou as intervenções nutricionais adotadas em pessoas idosas em cuidados paliativos que compreendem, em sua maioria: aconselhamento nutricional, suplementação nutricional oral e a nutrição artificial por meio de nutrição enteral e parenteral. Estas intervenções estão voltadas à qualidade de vida, ao manejo de sintomas e ao estado nutricional.

A validação do conteúdo do protocolo e do aplicativo por juízes especialistas proporcionou maior confiabilidade durante o processo de elaboração dos produtosque resultaram desta dissertação – o protocolo e o aplicativo –, destacando-se a importância do seu conteúdo para otimizar as condutas do nutricionista quanto definição das melhores estratégias de intervenções nutricionais às pessoas idosas em cuidados paliativos, promovendo o alívio ao seu sofrimento, conforto, bem-estar e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul., 2011.

AMANO, K. et al. Effect of Nutritional Support on Terminally Ill Patients With Cancer in a Palliative Care Unit. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 30, n. 7, p. 730–733, 12 nov., 2013.

ANDRADE, J. S. DE; ALMEIDA, M. M.; PINHO-REIS, C. Bioethical Principles and Nutrition in Palliative Care. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 9, p. 12–16, 30 jun., 2017.

ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: NEGRI, J. A. DI; ARAÚJO, B. C. P. O. DE; BACELETTE, R. G. (Eds.). **Desafios da nação:** Artigos de apoio, volume 2. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018, p. 357–414.

ANDREW, I. M. et al. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. **Palliative Medicine**, v. 23, n. 8, p. 680–688, 2009.

APPRAISAL of guidelines for research & evaluation (agree) II.**AGREE Next Steps Consortium**. Disponível em: http://www.agreetrust.org.

ARAMAKI, T. et al. A randomized, controlled trial of the efficacy of percutaneous transesophageal gastro-tubing (PTEG) as palliative care for patients with malignant bowel obstruction: the JIVROSG0805 trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 6, p. 2563–2569, 7 jun. 2019.

ARNOLD, C.; RICHTER, M. P. The effect of oral nutritional supplements on head and neck cancer. **International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics**, v. 16, n. 6, p. 1595–1599, jun. 1989.

BALDWIN, C. et al. Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. **Journal of Human Nutrition & Dietetics**, v. 24, n. 5, p. 431–440, out., 2011.

BARBER, M. D. et al. The effect of an oral nutritional supplement enriched with fish oil on weight-loss in patients with pancreatic cancer. **British Journal of Cancer**, v. 81, n. 1, p. 80–86, 13 set. 1999.

BARBOSA, J. M. et al. Tomada de Decisão Para Suporte Nutricional nos Cuidados Paliativos à Luz da Bioética : Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 11, n. 5, p. 1418–1424, 2019.

BEZERRA, L. et al. Aplicativos móveis no cuidado em saúde : uma revisão integrativa Mobile applications in health care : an integrative review. **Revista Enfermagem Atual**, v. 93, n. 31, p. 1–9, 2020.

BOULEUC, C. et al. Impact on health-related quality of life of parenteral nutrition for patients with advanced cancer cachexia: Results from a Randomized Controlled Trial. **The Oncologist**, v. 25, n. 5, p. e843–e851, 1 maio 2020.

BRASIL. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas:** Delimitação do escopo. 2 ed. ed. [s.l.] 2019c, 2019.

CASTRO, J. M. F. DE; FRANGELLA, V. S.; HAMADA, M. T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 1, p. 519–522, 26 abr. 2017.

CHING, N. et al. Nutritional Deficiencies and Nutritional Support Therapy in Geriatric Cancer Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 27, n. 11, p. 491–494, 1979.

CORRÊA, M. E. M.; ROCHA, J. S. O papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa. Qual papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos? **HRJ**, v. 2, n. 11, p. 1–13, 2021.

COSTA, R. S. DA et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 170–177, 2016.

COTOGNI, P. et al. Longitudinal study of quality of life in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. **Cancer Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1799–1806, jul. 2017.

CROGAN, N. L. Relieving Drug-Induced Xerostomia With Sorbet. **Annals of Long Term Care**, v. 23, n. 2, p. 17–21, fev. 2015.

CULINE, S. et al. Home parenteral nutrition improves quality of life and nutritional status in patients with cancer: a French observational multicentre study. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 7, p. 1867–1874, 21 jul. 2014.

DEL FABBRO, E. et al. Clinical outcomes and contributors to weight loss in a cancer cachexia clinic. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 9, p. 1004–1008, 2011a.

DEL FABBRO, E. et al. Clinical Outcomes and Contributors to Weight Loss in a Cancer Cachexia Clinic. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 9, p. 1004–1008, set. 2011b.

ESTER, M. et al. Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. **BMC Cancer**, v. 21, n. 1, 2021.

FEARON, K. C. H. Effect of a protein and energy dense n-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. **Gut**, v. 52, n. 10, p. 1479–1486, 1 out. 2003.

GARCIA, J. B. S.; RODRIGUES, R. F.; LIMA, S. F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 64, n. 4, p. 286–291, jul. 2014.

GASPAR, R. B. et al. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1639–1645, dez. 2019.

GRANT J. S.; DAVIS L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HAGMANN, C. et al. Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 34, n. 3, p. 227–240, 2018.

HA, L.; HAUGE, T.; SPENNING, A. B.; IVERSEN, P. O. Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: A randomized, controlled trial. **Clin Nutr**. 2010;29(5):567–573. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2010.01.011

HORIE, L. M. et al. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer e Braspen recomenda: Indicadores de qualidade em terapia nutricional. **Braspen J**, v. 34, n. Supl 1, p. 41–49, 2019.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; OKSA, L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. **International Journal of nursing studies**, v. 40, n. 6, p. 619-625, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico.Principais resultados - Características da População e dos Domicílios. População residente poridade, 2010. 2011. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=destaques. Acesso em: 10 jul. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/ index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign = novo_popclock. Acesso em: 10 jul. 2020.

ISENRING, E. A.; CAPRA, S.; BAUER, J. D. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. **British Journal of Cancer**, [S. l.], v. 91, n. 3, p. 447–452, 2004. DOI: 10.1038/sj.bjc.6601962. Disponível em: http://www.nature.com/articles/6601962. Acesso em: 10 jun. 2022.

ISENRING, E. A.; BAUER, J. D.; CAPRA, S. Nutrition Support Using the American Dietetic Association Medical Nutrition Therapy Protocol for Radiation Oncology Patients Improves Dietary Intake Compared with Standard Practice. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 3, p. 404–412, mar. 2007.

LEITE, J. T. DE A.; LOBO, L. C.; ANDRADE, L. G. DE. Ômega-3 no tratamento paliativo do câncer.**Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 1547–1561, 31 out. 2021.

LIMA, L. B. R. **Execução de animação em formato seriado**: Potencializando o tempo de produção. TCC. (Graduação em Design) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LINDH, A. et al. Enteral and parenteral nutrition in anorectic patients with advanced gastrointestinal cancer. **Journal of Surgical Oncology**, v. 33, n. 1, p. 61–65, 1986.

LUNDHOLM, K. et al. P**alliative Nutritional Intervention in Addition to Cyclooxygenase and Erythropoietin Treatment for Patients with Malignant Disease:** Effects on Survival, Metabolism, and Function: A Randomized Prospective Study. **Cancer**, v. 100, n. 9, p. 1967–1977, 2004.

LYNN, M.R. D**etermination and quantification of content validity**. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MA, C.-J. et al. Supplemental home parenteral nutrition improved nutrition status with comparable quality of life in malnourished unresectable/metastatic gastric cancer receiving salvage chemotherapy. **Supportive Care in Cancer**, v. 29, n. 4, p. 1977–1988, abr. 2020.

MAGALHÃES, E. S.; DE OLIVEIRA, A. E. M.; CUNHA, N. B. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 4, 2018.

MAINGUÉ, P. C. P. M. et al. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, v. 28, n. 1, p. 135–146, mar. 2020.

MARKS, K. L. **Improving agreement between graduate students and experts for CAPE-V measures. 2015.** Tese de Doutorado. MGH Institute of Health Professions.

MATSUMOTO DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de cuidados paliativos ANCP ampliado e atualizado**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23–41.

MCCANN, ROBERT M; HALL, WILLIAN J; GROTH-JUNCKER, A. Comfort Care for Terminally III Patients. **JAMA**, v. 272, n. 16, p. 1263, 26 out. 1994.

MCGILTON, K. S. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, v. 35, n. 4, 2003.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016.

MORAIS, S. R. DE et al. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. **Revista Dor**, v. 17, n. 2, p. 136–140, 2016.

MOURA, R. B. B. DE et al. Estado nutricional e funcionalidade em idosos hospitalizados em hospital universitário. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 21, p. 22–25, 30 jun. 2020a.

MOURA, R. et al. Condutas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos : Revisão Integrativa Management Approach for Anorexia in Palliative Care: **An Integrative Literature Review**, p. 737–743, 2020b.

MUSCARITOLI, M. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 5, p. 2898–2913, maio 2021.

NANCY, B.; GROVE, S. K. **The Practice of Nursing Research:** Conduct, Critique, and Utilization. Filadélfia: WB Saunders, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World Population Prospects 2019: Highlights. Department of Economic and Social Affairs Population Division.** United Nations.New York, 2019. Disponível em: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29369/wpp2019.highlights_embargoed.version_07june2019.fr.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

PENHA, J. R. L. DA et al. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 3, p. 199–206, 3 set. 2018.

PERSSON, C.; GLIMELIUS, B. The relevance of weight loss for survival and quality of life in patients with advanced gastrointestinal cancer treated with palliative chemotherapy. **Anticancer Research**, v. 22, n. 6 B, p. 3661–3668, 2002.

PETERS, M.D.J., GODFREY, C., MCINERNEY, P., MUNN, Z., TRICCO, A.C., KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: AROMATARIS E, M. Z. (EDITORS). (Ed.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [s.l: s.n.], 2020.

PETERS MDJ, GODFREY MC, MCINERNEY P, SOARES CB, KHALIL H, P. D. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. **Joanne Briggs Institute**, n. February 2016, p. 1–24, 2015.

PINTO, I. F.; CAMPOS, C. J. G. **Os nutricionistas e os cuidados paliativos**. v. 07, n. 2, p. 40–43, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; THORELL, A. **Fundamentos da Pesquisa em enfermagem:** Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em enfermagem:** Avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are yousure you know what's being reported? Critique andrecomendationas. **Research in nursing & health**, v. 29, p. 489-497, 2006.

RAMALHO, A.K.B.M. **Desenvolvimento de aplicativo de rastreio e de cartilha eletrônica de saúde bucal para gestantes.** 2016. 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2016.

RAVASCO, P. et al. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. **Head & Neck**, v. 27, n. 8, p. 659–668, ago. 2005.

ROQUE, T. DA S. et al. Cuidados paliativos em pessoas idosas: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e188943010, 22 mar. 2020.

RUGGERI, E. et al. Home artificial nutrition in palliative care cancer patients: Impact on survival and performance status. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 11, p. 3346–3353, nov. 2020.

SAAD, P. M. Envelhecimento populacional: Demandas e possibilidades na área de saúde. **Séries Demográficas**, 3, 153-166, 2016.

SENESSE, P. et al. A Prospective Observational Study Assessing Home Parenteral Nutrition in Patients With Gastrointestinal Cancer: Benefits for Quality of Life. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 49, n. 2, p. 183- 191.e2, fev. 2015.

SILVA, A. M. DE A. et al. Mobile technologies in the Nursing area. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2570–2578, out. 2018.

SILVA, R. H. et al. Aplicativos de saúde para dispositivos móveis: Uma revisão integrativa / Health applications for mobile devices: An integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 11754–11765, 2020.

SILVERS, M. A. et al. Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 11, p. 3035–3044, nov. 2014.

SOBRAL, A. A. DOS S.; PEREIRA, M. E. A.; WAKIYAMA, C. **O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal:** uma revisão da literatura**, Revista Cientefico**, 2017.

TEREBINTO, E.; BOHRER, C. T.; DALLEPIANE, L. B. Aplicativos Móveis em Saúde e Nutrição: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde (Sta. Maria)**, v. 47, p. 1–15, 2021.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.

TRINDADE, P. E. **O progressive web apps – pwa – como ferramenta para a produção audiovisual**. [s.l.] Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2020.

URBANO, P. C.; NADAI, T. R. DE; DALRI, M. C. B. Desenvolvimento de um vídeo educativo sobre cuidado oral do paciente adulto entubado em ventilação mecânica. **Simpósio Internacional de Educação á Distância**, p. 1–13, 2016.

VIEIRA, R. C. et al. Demanda por Cuidados Paliativos em Enfermarias Clínicas Gerais. **Revista Ciência E Estudos Acadêmicos De Medicina**, v. 01, n. 08, p. 20–40, 2017.

VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 2. ed. [s.l.] Rubio, 2015.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 10–47, fev. 2018.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. DE; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. [s.l.] Editora Coopmed, 2009.

WINDER, C.; DOWLATABADI, Z. **Producing Animation.** 2. ed. Editora Focal Press, 2011.

World Health Organization. **Global Observatory for eHealth. MHealth: new horizons for health through mobile technologies** [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 21 setembro 2021]. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

WYND, C. A.; SCHAEFER, M. The osteoporosis risk assessment tool: Establishing content validity through a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v. 15, n. 3, p. 184-188, 2002.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA COMPLETA

Bases de dados	Estratégias de busca
Medline/ PubMed	("Diet"[MeSH Terms] OR "Diet"[Title/Abstract] OR "Diets"[Title/Abstract] OR "Nutrition"[Title/Abstract] OR "nutritional intervention"[All Fields] OR "nutritional interventions"[All Fields] OR "nutritional strategy"[All Fields] OR "nutritional strategies"[All Fields] OR "Eating"[MeSH Terms] OR "Eating"[Title/Abstract] OR "Food Intake"[All Fields] OR "Ingestion"[All Fields] OR "Nutrient Intake"[All Fields] OR "Nutrient Intakes"[All Fields] OR "Nutritional Intake"[All Fields] OR "Nutritional Intakes"[All Fields] OR "Dietary Intake"[All Fields] OR "Dietary Intakes"[All Fields] OR "Micronutrient Intake"[All Fields] OR "Micronutrient Intakes"[All Fields] OR "Feed Intake"[All Fields] OR "Feed Intakes"[All Fields] OR "Macronutrient Intake"[All Fields] OR "Macronutrient Intakes"[All Fields] OR "Calorie Intake"[All Fields] OR "Calorie Intakes"[All Fields] OR "Feeding Methods"[MeSH Terms] OR "Feeding Methods"[All Fields] OR "Feeding"[Title/Abstract] OR "Nutrition Therapy"[MeSH Terms] OR "Nutrition Therapy"[Title/Abstract] OR "Nutritional Support"[MeSH Terms] OR "Nutritional Support"[All Fields] OR "Artificial Feeding"[All Fields] OR "Enteral Nutrition"[MeSH Terms] OR "Enteral Nutrition"[All Fields] OR "Parenteral Nutrition"[MeSH Terms] OR "Parenteral Nutrition"[All Fields] OR "nutritional counseling"[All Fields]) AND ("Palliative Care"[MeSH Terms] OR "Palliative Care"[All Fields] OR "Palliative Treatment"[All Fields] OR "Palliative Treatments"[All Fields] OR "Palliative Therapy"[All Fields] OR "Hospice Care"[MeSH Terms] OR "Hospice Care"[All Fields] OR "Hospice Programs"[All Fields] OR "Hospice Program"[All Fields] OR "Bereavement Care"[All Fields]) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[All Fields] OR "Elderly"[All Fields] OR "middle age"[All Fields] OR "middle ages"[All Fields] OR "middle aged"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "Oldest Old"[All Fields] OR "Nonagenarians"[All Fields] OR "Nonagenarian"[All Fields] OR "Octogenarians"[All Fields] OR "Octogenarian"[All Fields] OR "Centenarians"[All Fields] OR "Centenarian"[All Fields] OR "80 and over"[All Fields] OR "Geriatric"[Title/Abstract])
Embase	('diet':ti,ab,kw OR 'diets':ti,ab,kw OR 'nutrition':ti,ab,kw OR 'nutritional intervention':ti,ab,kw OR 'nutritional interventions':ti,ab,kw OR 'nutritional strategy':ti,ab,kw OR 'nutritional strategies':ti,ab,kw OR 'eating':ti,ab,kw OR 'food intake':ti,ab,kw OR 'ingestion':ti,ab,kw OR 'nutrient intake':ti,ab,kw OR 'nutrient intakes':ti,ab,kw OR 'nutritional intake':ti,ab,kw OR 'nutritional intakes':ti,ab,kw OR 'dietary intake':ti,ab,kw OR 'dietary intakes':ti,ab,kw OR 'micronutrient intake':ti,ab,kw OR 'micronutrient intakes':ti,ab,kw OR 'feed intake':ti,ab,kw OR 'feed intakes':ti,ab,kw OR 'macronutrient intake':ti,ab,kw OR 'macronutrient intakes':ti,ab,kw OR 'calorie intake':ti,ab,kw OR 'calorie intakes':ti,ab,kw OR 'feeding methods':ti,ab,kw OR 'feeding':ti,ab,kw OR 'nutrition therapy':ti,ab,kw OR 'nutritional support':ti,ab,kw OR 'artificial feeding':ti,ab,kw OR 'enteral nutrition':ti,ab,kw OR 'parenteral nutrition':ti,ab,kw OR 'nutritional counseling':ti,ab,kw) AND ('palliative care':ti,ab,kw OR 'palliative treatment':ti,ab,kw OR 'palliative treatments':ti,ab,kw OR 'palliative therapy':ti,ab,kw OR 'hospice care':ti,ab,kw OR 'hospice programs':ti,ab,kw OR 'hospice program':ti,ab,kw OR 'bereavement care':ti,ab,kw) AND (('aged':ti,ab,kw OR 'elderly':ti,ab,kw OR 'middle age':ti,ab,kw OR 'middle ages':ti,ab,kw OR 'middle aged':ti,ab,kw OR 'oldest old':ti,ab,kw OR 'nonagenarians':ti,ab,kw OR 'nonagenarian':ti,ab,kw OR 'octogenarians':ti,ab,kw OR 'octogenarian':ti,ab,kw OR 'centenarians':ti,ab,kw OR 'centenarian':ti,ab,kw OR 80:ti,ab,kw) AND over:ti,ab,kw OR 'geriatric':ti,ab,kw) OR (('diet'/exp OR 'diets'/exp OR 'nutrition'/exp OR 'nutritional intervention' OR 'nutritional interventions' OR 'nutritional strategy' OR 'nutritional strategies' OR 'eating'/exp OR 'food intake'/exp OR 'ingestion'/exp OR 'nutrient intake'/exp OR 'nutrient intakes' OR 'nutritional intake'/exp OR 'nutritional intakes' OR 'dietary intake'/exp OR 'dietary intakes' OR 'micronutrient intake'/exp OR 'micronutrient intakes' OR 'feed intake'/exp OR 'feed intakes' OR 'macronutrient intake'/exp OR 'macronutrient intakes' OR 'calorie intake'/exp OR 'calorie intakes' OR 'feeding methods'/exp OR 'feeding'/exp OR 'nutrition therapy'/exp OR 'nutritional support'/exp OR 'artificial feeding'/exp OR 'enteral nutrition'/exp OR 'parenteral nutrition'/exp OR 'nutritional counseling'/exp) AND ('palliative care'/exp OR 'palliative

	treatment'/exp OR 'palliative treatments' OR 'palliative therapy'/exp OR 'hospice care'/exp OR 'hospice programs' OR 'hospice program' OR 'bereavement care'/exp) AND ('aged'/exp OR 'elderly'/exp OR 'middle age'/exp OR 'middle ages'/exp OR 'middle aged'/exp OR 'oldest old' OR 'nonagenarians'/exp OR 'nonagenarian'/exp OR 'octogenarians'/exp OR 'octogenarian'/exp OR 'centenarians'/exp OR 'centenarian'/exp OR '80 and over' OR 'geriatric'/exp))
Scopus	TITLE-ABS-KEY(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TITLE-ABS-KEY("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TITLE-ABS-KEY(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
Web of Science	TS=(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TS=("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TS=(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
CINAHL	(TI (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND TI ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND TI (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)) OR (AB (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND AB ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND AB (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian

	OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)) OR (SU (Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND SU ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND SU (Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric))
LILACS	(diet OR diets OR nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR eating OR "Food Intake" OR ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling" OR dieta OR alimentação OR "Regime Alimentar" OR "intervenção nutricional" OR "intervenções nutricionais" OR nutrição OR "estratégias nutricionais" OR alimentación OR "intervención nutricional" OR "intervenciones nutricionales" OR nutrición OR "estrategia nutricional" OR "Estrategias nutricionales" OR "Ingestão de Alimentos" OR "Consumo Alimentar" OR "Consumo Calórico" OR "Consumo Nutricional" OR "Consumo de Alimentos" OR "Consumo de Calorias" OR "Consumo de Nutrientes" OR "Consumo de Ração" OR ingestão OR "Ingestión de Alimentos" OR "Consumo Alimentario" OR "Consumo de Alimentos" OR ingesta OR ingestión OR alimentação OR "Terapia Nutricional" OR "Apoio Nutricional" OR "Apoyo Nutricional" OR "Nutrição Enteral" OR "Sondas Gástricas" OR "Nutrición Enteral" OR "Nutrição Parenteral" OR endovenosa OR intravenosa OR "aconselhamento nutricional" OR "Aconselhamento alimentar" OR "Nutrición Parenteral" OR "asesoramiento nutricional" OR "Consejos alimentarios") AND ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Cuidados Paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamento Paliativo" OR "Cuidados de Conforto" OR "Asistencia Paliativa" OR "Atención Paliativa" OR "Tratamiento Paliativo" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidado Paliativo" OR "Cuidados a Doentes Terminais" OR "Cuidados de Conforto" OR "Cuidados Paliativos" OR "Cuidados Intermitentes" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Cuidado por Desamparo" OR "Programas de Hospicios") AND (aged OR elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR nonagenarians OR nonagenarian OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR "80 and over" OR geriatric OR idoso OR idosos OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR anciano OR "Adulto Mayor" OR ancianos OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenários OR "80 ou mais Anos" OR "80 Anos ou mais" OR nonagenários OR octogenários OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejísimos OR geriátrico OR geriátrica OR geriátricos OR geriátricos) AND (db:("LILACS"))
ProQuest Dissertations &Theses Global	noft(Diet OR Diets OR Nutrition OR "nutritional intervention" OR "nutritional interventions" OR "nutritional strategy" OR "nutritional strategies" OR Eating OR "Food Intake" OR Ingestion OR "Nutrient Intake" OR "Nutrient Intakes" OR "Nutritional Intake" OR "Nutritional Intakes" OR "Dietary Intake" OR "Dietary Intakes" OR "Micronutrient Intake" OR "Micronutrient Intakes" OR "Feed Intake" OR "Feed Intakes" OR "Macronutrient Intake" OR "Macronutrient Intakes" OR "Calorie Intake" OR "Calorie Intakes" OR "Feeding Methods" OR Feeding OR "Nutrition Therapy" OR "Nutritional

	Support" OR "Artificial Feeding" OR "Enteral Nutrition" OR "Parenteral Nutrition" OR "nutritional counseling") AND noft("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care") AND noft(Aged OR Elderly OR "middle age" OR "middle ages" OR "middle aged" OR "Oldest Old" OR Nonagenarians OR Nonagenarian OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR "80 and over" OR Geriatric)
OpenGrey	(Palliative OR Hospice) AND (feed* OR nutrition* OR diet* OR food OR Eating OR ingestion OR intake)
Google Scholar	("Palliative Care" OR Hospice) AND (feeding OR nutrition OR nutritional OR diet OR food OR feed OR eating OR ingestion OR intake) OR (Aged OR Elderly OR geriatric)

Estratégias de busca foram realizadas para cada banco de dados usando combinações de palavras específicas e truncamentos com o apoio de um bibliotecário.

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE A(O) JUIZ(A) ESPECIALISTA - PROTOCOLO

Prezado(a) Senhor (a),

Eu, Raquel Bezerra Barbosa de Moura, discente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atualmente desenvolvo um estudo intitulado "Aplicativo de nutrição para pessoa idosa em cuidados paliativos", sob orientação da Prof. Drª Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, sob número de parecer 4.823.055, CAAE: 46568621.0.0000.5188.

A proposta do referido estudo concentra-se na elaboração e validação do conteúdo de um aplicativo, que se trata de um protocolo de intervenções nutricionais direcionado à pessoa idosa em cuidados paliativos. Esse documento objetiva proporcionar conhecimento e conduzir a prática do nutricionista voltada para o idoso em paliação. Além disso, facilitará a divulgação de diretrizes nutricionais direcionadas para o atendimento da pessoa idosa nessas circunstâncias, proporcionando uma atuação integral (articulada em um contexto familiar, social e multidisciplinar), promovendo qualidade de vida à pessoa idosa e, acima de tudo, evitando a ocorrência de maior sofrimento nesta população.

A elaboração do conteúdo do aplicativo foi realizada a partir de uma revisão sistemática acerca das intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos, que juntamente com pesquisas em outras fontes de dados (artigos publicados em periódicos, publicações oficiais governamentais e de associações profissionais) subsidiaram a construção da primeira versão do produto. Para auxiliar também na estruturação, foram utilizados guias de elaboração de protocolos, bem como modelos de intervenções/atendimento multiprofissionais direcionados a pessoas idosas em cuidados paliativos.

Essa versão prévia contém as diretrizes nutricionais voltadas para a problemática em questão, sendo necessária, para a próxima etapa, a avaliação (validação) do produto por um conjunto de juízes especialistas, constituído por nutricionistas capacitados na área da Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos. Portanto, venho através deste, convidá-lo(a) a prestar vossa valorosa contribuição na validação do referido produto, integrando o grupo de juízes especialistas.

Após a avaliação do conteúdo do aplicativo a ser desenvolvido, as considerações fornecidas por todos os juízes serão ponderadas, realizando os ajustes necessários para atingir

o índice de concordância esperado. Finalizada esta etapa de validação, teremos então construído a versão final do aplicativo em questão.

Antecipadamente, agradeço o preenchimento do questionário de aceite, na expectativa da vossa disponibilidade em contribuir e engrandecer este trabalho. Informamos antecipadamente que, para o cumprimento dos prazos de execução da pesquisa, a avaliação deverá ser feita no prazo máximo de vinte dias.

Segue o link de acesso para registro da resposta ao referido convite.

https://forms.gle/qfw8swnKwuFP2jy76

Atenciosamente,

Raquel Bezerra Barbosa de Moura

Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) - UFPB

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROTOCOLO

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre "APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS", e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Raquel Bezerra Barbosa de Moura, aluna da Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) sob número de parecer 4.823.055.

O objetivo do estudo é desenvolver um aplicativo de nutrição para idosos em cuidados paliativos a fim de conduzir a prática do nutricionista voltada para essa população. Através disso, pretende-se difundir diretrizes nutricionais voltadas para o atendimento da pessoa idosa em cuidados paliativos, proporcionando uma atuação integral, promovendo qualidade de vida à pessoa idosa.

Uma das etapas da pesquisa é a validação do conteúdo do aplicativo proposto, através de análise por parte de juízes especialistas, com capacitação e/ou experiência na área de Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos, formação em Nutrição e título de Mestre, motivo pelo qual o(a) senhor (a) foi selecionado como participante para o desenvolvimento dessa etapa da pesquisa.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um roteiro com perguntas específicas sobre o assunto a ser estudado, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo, em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para sua saúde, entretanto, pode causar-lhe desconforto, cansaço e/ou inibição durante a leitura do documento e/ou preenchimento do instrumento de coleta de dados. Caso isto ocorra, poderá ser realizada a interrupção da participação se assim desejar. Espera-se, com os resultados do presente estudo, contribuir para otimizar a prática do profissional nutricionista no atendimento à pessoa idosa em cuidados paliativos, promovendo qualidade de vida e alívio ao sofrimento dessa população.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou responsável

Impressão dactiloscópica

_____

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores:

Raquel Bezerra Barbosa de Moura - Telefone: (83) 98840-7734.

E-mail: raquelnutri@gmail.com

Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge - telefone (83) 9.8640-1965.

E-mail: carmem.piagge@academico.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB (83) 3216-7791 – E-mail: **comitedeetica@ccs.ufpb.br**

Atenciosamente,

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAR O PERFIL DOS JUÍZES - PROTOCOLO

Instrumento número_____
Sexo: ( ) M ( ) F
Idade: _____
Maior titulação_____
Nome do curso/Pós-graduação e universidade que pertence a sua titulação
_____
Cidade que reside:_____
Tipo de atividade profissional atual: ( ) Assistência ( )Docência ( )Pesquisa ( )Gestão
Experiência em Gerontologia? ( ) SIM ( ) NÃO
Tempo de experiência_____
Experiência em Cuidados Paliativos? ( ) SIM ( ) NÃO
Tempo de experiência_____
Experiência com atividades em Cuidados Paliativos que envolvam idosos?
( ) SIM ( ) NÃO Tempo de experiência_____
Publicações de artigos na área de Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos?
( ) SIM ( ) NÃO Quantos? _____
Experiência anterior com elaboração/avaliação de protocolo? ( ) SIM ( ) NÃO

APÊNDICE E – CARTA-CONVITE A(O) JUIZ(A) ESPECIALISTA - APLICATIVO

Prezado(a) Senhor (a),

Eu, Raquel Bezerra Barbosa de Moura, discente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atualmente desenvolvo um estudo intitulado "Aplicativo de nutrição para pessoa idosa em cuidados paliativos", sob orientação da Prof. Drª Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob número de parecer 4.823.055.

A proposta do referido estudo concentra-se na elaboração e validação de um aplicativo contendo um Protocolo de intervenções nutricionais direcionado à pessoa idosa em cuidados paliativos. Essa tecnologia objetiva proporcionar conhecimento e conduzir a prática do nutricionista voltada para o idoso em cuidados paliativos. Além disso, facilitará a divulgação de diretrizes nutricionais direcionadas para o atendimento da pessoa idosa nessas circunstâncias, proporcionando uma atuação integral (articulada em um contexto familiar, social e multidisciplinar), promovendo qualidade de vida à pessoa idosa e, acima de tudo, evitando a ocorrência de maior sofrimento nesta população.

Para a construção desse aplicativo foi elaborado um protocolo de intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos contendo as diretrizes nutricionais voltadas para esse público e passou pelo processo de validação por um conjunto de juízes especialistas constituído por nutricionistas capacitados na área de Gerontologia e/ou Cuidados Paliativos, sendo aprovado por unanimidade.

Com o protocolo validado, procedeu-se à elaboração do protótipo do aplicativo que busca auxiliar os nutricionistas que atuam com idosos em cuidados paliativos na tomada de decisão quanto às intervenções nutricionais, avaliação e acompanhamento deste público.

Essa versão prévia contém o passo a passo para atendimento nutricional do idoso em cuidados paliativos com as diretrizes nutricionais voltadas para a problemática em questão, sendo necessária, para a próxima etapa, a avaliação (validação) do produto por um conjunto de juízes especialistas, constituído por nutricionistas com título mínimo de mestre. Portanto, venho através deste, convidá-lo(a) a prestar vossa valorosa contribuição na validação do referido produto, integrando o grupo de juízes especialistas.

Após a avaliação do protótipo do aplicativo a ser desenvolvido, as considerações fornecidas por todos os juízes serão ponderadas, realizando os ajustes necessários para atingir o índice de concordância esperado. Finalizada esta etapa de validação, teremos então construído a versão final do aplicativo em questão.

Antecipadamente, agradeço o preenchimento do questionário de aceite, na expectativa da vossa disponibilidade em contribuir e engrandecer este trabalho. Informamos antecipadamente que, para o cumprimento dos prazos de execução da pesquisa, a avaliação deverá ser feita, preferencialmente, no prazo máximo de vinte dias.

Segue o link de acesso para registro da resposta ao referido convite.

https://forms.gle/TYf8HY3v1xzvjeuu9

Encontro-me à disposição para maiores esclarecimentos.
Atenciosamente,

Raquel Bezerra Barbosa de Moura
Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB
Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG) - UFPB

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – APLICATIVO

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS

Prezado (a) Senhor (a)

O estudo intitulado "APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS" está sendo desenvolvido pela nutricionista Raquel Bezerra Barbosa de Moura, discente do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Professora Doutora Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge.

O objetivo do estudo é avaliar o aplicativo de nutrição para idosos em cuidados paliativos.

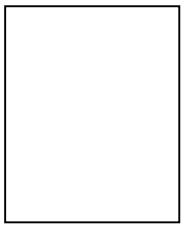
A finalidade deste estudo é contribuir para otimizar as condutas do nutricionista quanto às melhores estratégias de intervenções nutricionais às pessoas idosas em cuidados paliativos, promovendo o alívio ao seu sofrimento, conforto, bem-estar e consequentemente, melhor qualidade de vida.

Solicitamos a sua colaboração para avaliar as telas do aplicativo, a fim de confirmar sua concordância, relevância e forma de apresentação. Informamos que, por se tratar de sua colaboração para responder aos itens descritos no instrumento de coleta de dados, os riscos deste estudo são mínimos e imprevisíveis, para a sua saúde, podendo haver cansaço durante as respostas do instrumento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Informamos que este estudo obedece à Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e busca assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa, tendo sido aprovado pelo CEP/CCS/UFPB sob CAAE 46568621.0.0000.5188.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.



_____

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou responsável

Impressão dactiloscópica

_____

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores:

Raquel Bezerra Barbosa de Moura - Telefone: (83) 98840-7734.

E-mail: raquelnutri@gmail.com

Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge - telefone (83) 9.8640-1965.

E-mail: carmem.piagge@academico.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB (83) 3216-7791 – E-mail: **comitedeetica@ccs.ufpb.br**

Atenciosamente,

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAR O PERFIL DOS JUÍZES - APLICATIVO

Nome: _____
Sexo: ( ) M ( ) F
Data de nascimento: _____
Maior titulação_____
Nome do curso/Pós-graduação e universidade que pertence a sua titulação
_____
Cidade que reside:_____
Tipo de atividade profissional atual: ( ) Assistência ( )Docência ( )Pesquisa ( )Gestão
Experiência com Idosos? ( ) SIM ( ) NÃO
Tempo de experiência_____
Experiência com Cuidados Paliativos? ( ) SIM ( ) NÃO
Tempo de experiência_____
Experiência anterior com elaboração/avaliação de aplicativo? ( ) SIM ( ) NÃO

APÊNDICE H – PROTOCOLO DE JULGAMENTO DOS JUÍZES (APLICATIVO NutriCP)

ROTEIRO			
TÓPICOS DE AVALIAÇÃO	**CONCORDÂNCIA**	**GRAU DE RELEVÂNCIA**	**COMENTÁRIOS (SUGESTÕES, DÚVIDAS, E OUTROS COMENTÁRIOS GERAIS)**
1. O conteúdo abordado no aplicativo está suficiente para cuidados nutricionais em idosos em cuidados paliativos?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
2. A linguagem utilizada no aplicativo está adequada para o público-alvo (nutricionistas)?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
3. As ilustrações, tabelas e fluxogramas do aplicativo estão adequados para o público-alvo (nutricionistas)?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
4. As ilustrações, tabelas e fluxogramas inseridos no aplicativo são necessários para compreensão do conteúdo?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
5. Os tópicos abordados, na sequência em que se apresentam no aplicativo, motivam o nutricionista/leitor para compreensão do tema proposto?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
6. O conteúdo proposto auxilia o nutricionista na tomada de decisão quanto às intervenções nutricionais?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
7. O aplicativo é apropriado para o público-alvo?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	
8. Recomendaria a aplicabilidade do aplicativo, no formato em que se apresenta o protótipo na rotina do nutricionista que atua em serviços de saúde direcionados ao idoso em cuidados paliativos?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) Irrelevante ( ) Parcialmente relevante ( ) Relevante ( ) Realmente relevante ( ) Muito relevante	

OBS.: Instrumento de validação do protótipo do aplicativo foi baseado em uma formatação do que foi originalmente aplicada por Ramalho (2016).

ANEXOA - DECLARAÇÃO DE REVISÃO DO PROTOCOLO

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DO PROTOCOLO

Português e ABNT
marcelorevisordetextos@gmail.com

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro, para os devidos fins, que o texto intitulado "**PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS À PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS**", de autoria de **Raquel Bezerra Barbosa de Moura e de Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge,** foi devidamente revisado quanto ao Português e às regras de formatação preconizadas pelas seguintes NBR da ABNT: 6023 (referências); 6024 (numeração progressiva); 6027 (sumário), 10520 (citações); 14724 (normativa geral). Em tempo, friso que algumas disposições constantes do **"Guia de Elaboração: Escopo para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas"**[1] e que destoam das regras da ABNT foram também utilizadas durante o processo de formatação do texto supracitado.

João Pessoa, 20 de setembro de 2022.

Marcelo Coutinho de Oliveira
Revisor – CPF nº 019.963.484-00

[1] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf

ANEXO B – INSTRUMENTO AGREE II

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente

Comentários

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ

Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz.

1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível

2. Eu recomendo o uso desta diretriz

( ) Sim
( ) Sim, com modificações
( ) Não

Anotações

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APLICATIVO DE NUTRIÇÃO PARA IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS
Pesquisador: RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 46568621.0.0000.5188
Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.823.055

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma dissertação de mestrado do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da UFPB, cuja pesquisadora pretende desenvolver um aplicativo contendo um protocolo de nutrição para pessoas idosas em cuidados paliativos e validar o conteúdo deste aplicativo por juízes especialistas.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Propor um aplicativo de nutrição direcionado à pessoa idosa em cuidados paliativos.

Objetivo Secundário:
• Revisar na literatura, através de uma revisão de escopo, as principais intervenções nutricionais para pessoas idosas em cuidados paliativos;
• Elaborar um roteiro com intervenções nutricionais direcionadas à pessoa idosa em cuidados paliativos;
• Validar o conteúdo do aplicativo por juízes especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Os riscos envolvidos nesse estudo são indiretos, tendo em vista que não serão realizados

procedimentos clínicos ou invasivos. No entanto, há o risco de o avaliador sentir-se cansado após realizar a análise do instrumento e deixar suas contribuições.

Benefícios:

Os benefícios previstos dos resultados desta pesquisa poderão contribuir para a padronização das condutas nutricionais em pessoas idosas em cuidados paliativos, otimizando a atuação do nutricionista no controle de sintomas gastrointestinais no contexto da paliação, promovendo conforto, bem-estar e alívio ao sofrimento dessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e metodologia bem fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória atendem aos requisitos formais do CEP, uma vez que a pesquisadora atendeu as recomendações do CEP.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável a execução desse projeto de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1749950.pdf	03/06/2021 16:33:48		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	03/06/2021 16:30:59	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE	Aceito

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

Continuação do Parecer: 4.823.055

Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	03/06/2021 16:30:59	MOURA	Aceito
Outros	carta_de_anuencia1.pdf	03/06/2021 16:30:07	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	03/06/2021 16:28:57	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
Folha de Rosto	raquel.PDF	07/05/2021 11:31:14	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
Outros	INTRUMENTO_AGREE_II.pdf	06/05/2021 18:14:12	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_JUIZES.pdf	06/05/2021 18:13:44	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
Declaração de concordância	Certidao_projeto_Raquel_Bezerra.pdf	06/05/2021 18:02:37	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/05/2021 17:57:24	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/05/2021 17:57:01	RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 02 de Julho de 2021

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB ¿ 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br