

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12767

MANTER OU SUSPENDER A ALIMENTAÇÃO EM FASE FINAL DE VIDA? SCOPING REVIEW

*Keep or suspend food in the end of life phase? Scoping Review**¿Mantener o suspender los alimentos en la fase del fin de la vida? Scoping Review***Betânia Huppel**¹ **Francine Casarin**² **Liliane Alves Pereira**³ **Rosana Huppel Engel**⁴ **Oclaris Lopes Munhoz**⁵ **Silomar Ilha**⁶ 

RESUMO

Objetivo: Mapear a produção do conhecimento acerca da manutenção ou suspensão da alimentação em pacientes em fase final de vida. **Método:** Revisão de escopo realizada em cinco bases de dados. Foram incluídos estudos observacionais e experimentais. Seguiram-se recomendações do Instituto Jonna Briggs (JBI) e do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses-Scoping Review*. Análise e síntese descritiva e narrativa. **Resultados:** Foram incluídos 12 artigos, publicados entre 1987 e 2021. Como principais critérios de suspensão: expectativa de vida inferior a 4 meses; pacientes com demência avançada; déficit funcional grave. Para manutenção/implementação da alimentação artificial sugere-se considerar: esgotar as possibilidades de alimentação natural e prognósticos incertos; optar pelo posicionamento adequado do paciente e a oferta de pequenas quantidades de alimento via oral. **Conclusão:** A produção do conhecimento relacionada a suspensão ou manutenção da alimentação enteral é limitada. Além do supra escrito, deve-se considerar o desejo, crenças, cultura e decisão do paciente e/ou familiares responsáveis.

DESCRITORES: Adulto; Idoso; Dieta; Cuidados paliativos.

^{1,2,3} Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

Recebido em: 07/08/2023; Aceito em: 29/08/2023; Publicado em: 30/11/2023

Autor correspondente: Silomar Ilha silo_sm@hotmail.com

Como citar este artigo: Huppel B, Casarin F, Pereira LA, Engel RH, Munhoz OL, Ilha S. Anter ou suspender a alimentação em fase final de vida? *Scoping Review*. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12767 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12767>



ABSTRACT

Objective: To map the production of knowledge about the maintenance or suspension of food in patients in the final stage of life. **Method:** Scope review carried out in five databases. Observational and experimental studies were included. Recommendations from the Jonna Briggs Institute (JBI) and the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses-Scoping Review followed. Descriptive and narrative analysis and synthesis. **Results:** Twelve articles were included, published between 1987 and 2021. As main criteria for suspension: life expectancy of less than 4 months; patients with advanced dementia; severe functional deficit. For maintenance/implementation of artificial feeding, the following should be considered: exhausting all possibilities of natural feeding and uncertain prognoses; opt for proper positioning of the patient and offer small amounts of food orally. **Conclusion:** The production of knowledge related to the suspension or maintenance of enteral feeding is limited. In addition to the above, the desire, beliefs, culture and decision of the patient and/or responsible family members must be considered.

DESCRIPTORS: Adult; Elderly; Diet; Palliative care.

RESUMEN

Objetivos: Mapear la producción de conocimiento sobre el mantenimiento o suspensión de alimentos en pacientes en etapa final de vida. **Método:** Scoping review realizada en cinco bases de datos. Se incluyeron estudios observacionales y experimentales. Siguió las recomendaciones del Instituto Jonna Briggs (JBI) y del *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses-Scoping Review*. Análisis y síntesis descriptiva y narrativa. **Resultados:** Se incluyeron 12 artículos, publicados entre 1987 y 2021. Como criterio principal de suspensión: expectativa de vida menor a 4 meses; pacientes con demencia avanzada; Déficit funcional severo. Para el mantenimiento/implementación de la alimentación artificial se debe considerar: agotar todas las posibilidades de alimentación natural y pronósticos inciertos; optar por el posicionamiento adecuado del paciente y ofrecer pequeñas cantidades de comida por vía oral. **Conclusión:** La producción de conocimiento relacionado con la suspensión o mantenimiento de la alimentación enteral es limitada. Además de lo anterior, se debe considerar el deseo, creencias, cultura y decisión del paciente y/o familiares responsables.

DESCRIPTORES: Adulto; Anciano; Dieta; Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

A alimentação é um fator essencial na rotina da humanidade, sendo uma necessidade básica. Desde os primórdios da vida, o ser humano sempre buscou a alimentação, passando a significá-la como um momento de prazer, confraternização e amizade, tornando-se um momento cultural.¹

Apesar de todos os benefícios da alimentação, com a progressão de algumas doenças limitantes, tais como demência e câncer, as pessoas desenvolvem dificuldade para deglutir/digerir/absorver alimentos e perdem a sensibilidade do paladar, podendo causar baixa autoestima, até mesmo isolamento social. Essa condição, associada às demais situações vivenciadas neste período, predispõe à depressão.²

É sabido que existem condições de saúde que estão fora de possibilidade de cura, o que conduz à necessidade de cuidados paliativos (CPs). Os CPs têm como finalidade promover qualidade de vida (QV) e aliviar o sofrimento bio-psico-espiritual.³ Salienta-se que essa metodologia de cuidados não se aplica apenas a pessoas que estejam gravemente enfermas, mas a todas as pessoas que convivem com doenças ameaçadoras da vida, sem cura.⁴

Nessas situações, os CPs são empregados a fim de cuidar além da cura, aliviando a dor e sintomas desagradáveis, oferecendo suporte para que o paciente tenha autonomia, quando possível, até a morte. Desta maneira, também é oferecido suporte aos familiares durante o enfrentamento da doença até o luto, garantindo abordagem multiprofissional, com foco nas necessidades do paciente e familiares.⁵

Com o avanço da doença, o CP torna-se cada vez mais essencial e, nesse estágio da vida, o cuidado se direciona à promoção do conforto, alívio da dor e do sofrimento, questões consideradas fundamentais no processo de uma boa morte. Para tanto, devem-se evitar os procedimentos que sustentem os órgãos e sinais vitais de forma artificial com o objetivo de prolongar a vida, não considerando o conforto e a dignidade do paciente.⁶

No que se refere à tomada de decisão para manter ou suspender a alimentação na fase final de vida, vivencia-se uma questão ética de difícil discussão. Não há consenso, tampouco critérios para a decisão acerca da alimentação na fase final de vida⁷ (últimas horas ou semanas de vida, associada ao declínio funcional e fisiológico avançado, e que depende da singularidade de cada paciente).^{4,6-7} Neste contexto, por um lado, tem-se os familiares, que sentem que “estão deixando o paciente morrer de fome”; por outro, surgem os profissionais, algumas vezes com limitações de informação/conhecimento acerca do assunto e falta de tempo diante das emergências, promovendo práticas desproporcionais ou fúteis, o que pode resultar em dor ou desconforto ao paciente.⁸

Sendo assim, percebe-se a necessidade de buscar evidências acerca do assunto em tela que possam auxiliar a sustentar a tomada de decisão da equipe interprofissional. Por meio de embasamento científico, por exemplo, pode-se elaborar um manual de procedimentos operacionais padrão, para nortear o cuidado e a tomada de decisão juntamente com os pacientes/familiares, o

que potencializará atendimentos dignos, éticos e que promovam a QV dos pacientes em fase final de vida.

O objetivo deste estudo foi mapear a produção do conhecimento acerca da manutenção ou suspensão da alimentação em pacientes em fase final de vida.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo (RE), tipo de estudo que visa mapear os conceitos principais que fundamentam uma determinada área de conhecimento, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento.⁹ Foram seguidas as recomendações do Instituto *Jonna Briggs* (JBI)⁹ e, para clareza e transparência na redação, do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses-Scoping Review* (PRISMA-ScR).¹⁰

Assim, para conduzir a revisão foram seguidas as fases: identificação da questão norteadora; identificação de estudos relevantes; seleção de estudos; mapeamento da produção do conhecimento; agrupamento, resumo e relato dos resultados.¹¹

Para construção da pergunta de pesquisa da RE utilizou-se a estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto).⁹ Foram definidos: P – pacientes adultos e idosos em processo final de vida; C – a alimentação; C – a manutenção ou suspensão da alimentação no processo final de vida. Com base nessas definições, estabeleceu-se a seguinte questão de revisão: “Quais são os critérios para a manutenção ou suspensão da alimentação em pacientes adultos e idosos em fase final de vida?”

Crítérios de seleção dos estudos

Foram incluídos estudos observacionais ou experimentais que abordaram critérios para a manutenção ou suspensão da alimentação em pacientes adultos e idosos em fase final de vida, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Excluíram-se os estudos metodológicos. Não se aplicou recorte temporal, e os estudos duplicados foram considerados apenas uma vez.

Amostragem e definição das fontes dos estudos primários

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: *Medical Literature and Retrieval System Online* (MEDLINE), via *PubMed*; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS); Scopus (Elsevier) e Embase (Elsevier).

Estratégias de busca nas fontes de informação

As estratégias de busca para cada fonte de dados foram aplicadas em 7 de outubro de 2022. Realizou-se a busca dos termos controlados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), termos *Medical Subject Headings* (MESH), considerando as particularidades de cada fonte; ainda, utilizaram-se termos não controlados. As estratégias foram combinadas com operadores booleanos “AND” e “OR”. A descrição detalhada da estratégia de busca é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias das fontes de informação da revisão de escopo

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA
LILACS & BDENF Via BVS	adulto OR idoso OR “pessoa idosa” OR adult OR aged AND dieta OR alimentação OR “regime alimentar” OR “terapia nutricional” OR “ciências da nutrição” OR nutrição OR diet OR diets OR “nutrition therapy” OR “nutritional sciences” OR nutrition AND “cuidados paliativos” OR “cuidados paliativos na terminalidade da vida” OR “palliative care” OR “care palliative” OR “hospice care” OR “program hospice” OR “bereavement Care”
MEDLINE via PubMed	(adult OR aged) AND (diet OR “nutrition therapy” OR “nutritional sciences” OR nutrition) AND (“palliative care” OR “care palliative” OR “hospice care” OR “program hospice” OR “bereavement Care”)
EMBASE (Elsevier)	(‘adult’/exp OR adult OR ‘aged’/exp OR aged) AND (‘diet’/exp OR diet) AND (‘palliative therapy’/exp OR ‘palliative therapy’)
SCOPUS (Elsevier)	TITLE-ABS-KEY (adulto OR idoso AND dieta OR “terapia nutricional” OR “ciências nutricionais” OR nutrição AND “cuidados paliativos” OR “programa de cuidados paliativos” OR “cuidados de luto”)

Para o gerenciamento de referências utilizou-se o software online Rayyan – *Intelligent Systematic Review*. Para minimizar os possíveis vieses, a seleção dos materiais foi realizada de forma duplo independente. Inicialmente, foram analisadas as palavras contidas nos títulos, resumos e descritores. Após, foi realizada a leitura na íntegra dos estudos incluídos, considerando os critérios de seleção. Na sequência, comparou-se o campo de dados verificando possíveis divergências e entrando em consenso entre as partes. As discordâncias foram resolvidas com auxílio de um terceiro revisor.

Extração dos dados

Extraíram-se os dados por meio de um formulário, elaborado no software *Excel*®, facilitando a síntese dos dados de publicação. Foram considerados: título, mês e ano, autores, país de publicação, objetivo, características metodológicas, nível de evidência e principais resultados. Com o objetivo de minimizar vieses, a extração das informações incluídas na síntese de evidências foi desenvolvida de forma independente. Neste processo, cada revisor realizou a extração por meio de formulário com a utilização da ferramenta de validação de dados. Na reunião de consenso, não houve divergências. Em seguida, os resultados extraídos foram

compilados em quadros, sendo discutidos de forma descritiva com base em classificações de categorias conceituais (Quadro 2).

Avaliação crítica dos estudos selecionados

Realizou-se avaliação do nível de evidência dos estudos incluídos. Os mesmos foram classificados, conforme o JBI9, em: Nível 1: Desenhos de pesquisas experimentais; Nível 2: Desenhos quase experimentais: 2.a) Revisão sistemática de estudos quase experimentais; 2.b) Revisão sistemática de quase experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c) Estudos prospectivamente controlados de quase experimentos; 2.d) Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos; Nível 3: Observacional – desenhos analíticos: 3.a) Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b) Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c) Estudo de coorte com grupo controle; 3.d) Estudo de caso-controle; 3.e) Estudos observacionais sem um grupo controle; Nível 4: Observacional – estudos descritivos: 4.a) Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b) Estudo transversal; 4.c) Séries de casos; 4.d) Estudo de caso; Nível 5: Opinião de especialistas – Pesquisas de bancada em laboratório: 5.a) Revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b) Consenso de especialistas; 5.c) Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista. Sendo o nível 1 alto nível de qualidade de evidência, e o nível 5, baixo nível de evidência.⁹

Síntese das evidências encontradas

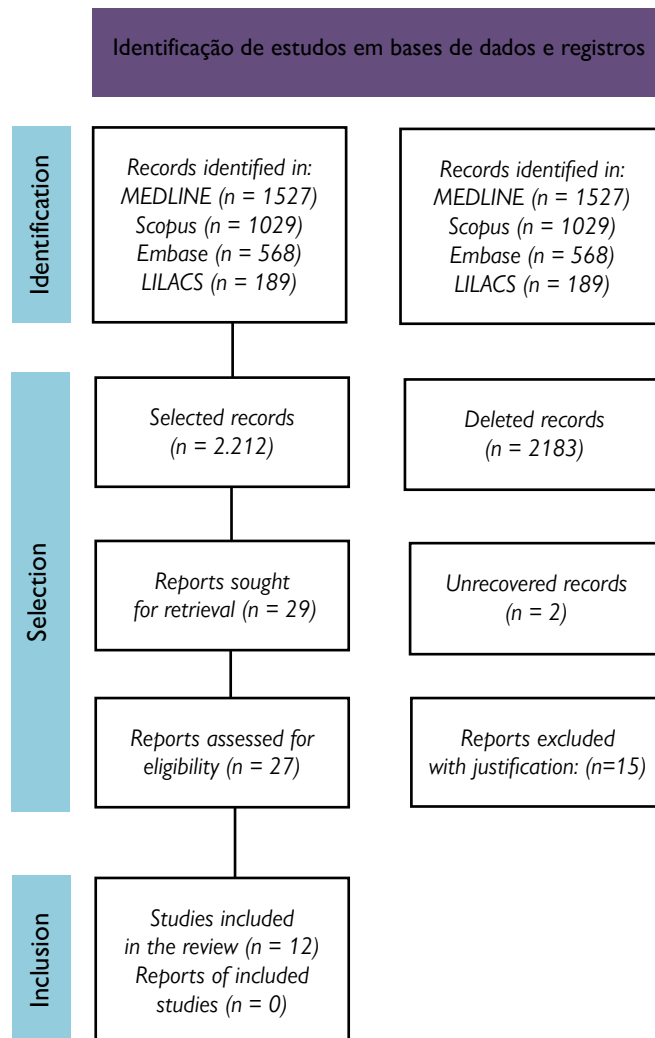
Ao considerar as possibilidades de síntese, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%), os resultados extraídos foram compilados em quadros e discutidos de forma descritiva com base em classificações de categorias conceituais.

RESULTADOS

A partir das estratégias de busca nas bases de dados, foi possível identificar 3313 produções, com 1101 duplicadas e que foram consideradas apenas uma vez. Assim, na fase de seleção por título e resumo, realizou-se a leitura de 2212 produções. Destas, 2183 foram excluídas por não atenderem aos critérios de seleção. Na etapa seguinte, 29 artigos foram elencados para a leitura na íntegra, dos quais oito não estavam disponíveis na íntegra. Frente a isso, foi realizado contato com os autores via *e-mail* (aguardou-se um período de duas semanas); seis responderam e disponibilizaram os artigos, e dois não, sendo excluídos da revisão. Logo, 27 produções foram lidas na íntegra, etapa em que 15 foram excluídas, pois não apresentaram os critérios de suspensão ou manutenção da alimentação na terminalidade ou apresentavam-se como folheto de hospital. Por fim, permaneceram 12 (100%) produções para a síntese de evidências (Figura 1).

Os artigos selecionados (n=12; 100%)¹²⁻²³ foram publicados entre os anos de 1987 e 2021, com predomínio dos anos de 2021 e 2017 (n=04; 33,33%) e do idioma inglês (n=11; 91,66%). Como principal diagnóstico que conduziu ao processo de final de vida, destacaram-se casos por demência avançada (n=6; 50%) e câncer (n=8; 66,66%), sendo possível identificar ambas as patologias em alguns artigos.

Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção das referências, adaptado de acordo com o PRISMA ScR10



A seguir, o Quadro 2, com as demais características referentes aos artigos selecionados.

Em relação aos resultados dos estudos selecionados, foram identificados alguns critérios a serem considerados. Para maior clareza, o Quadro 3 especifica os critérios para suspender ou manter a alimentação na fase final de vida, bem como a justificativa para os mesmos.

DISCUSSÃO

A alimentação é uma questão ética complexa, pois o alimento tem funções psicológicas e fisiológicas que são consideradas fundamentais no cuidado. Dessa forma, a mesma possui um papel fundamental na cultura, valores religiosos, pessoais e sociais, sendo considerada essencial na manutenção da vida, não importa quão dolorosa possa ser a sua manutenção no processo de final de vida, gerando futilidade terapêutica.²⁴⁻²⁵

Quadro 2 - Características dos estudos selecionados, quanto ao título; objetivo; idioma e país da pesquisa; tipo de estudo e nível de evidências; principais resultados e conclusão

Título/ Autores/ Data de publicação	Objetivo	Idioma/ País da pesquisa	Tipo de estudo/ Nível de Evidência (NE)	Principais resultados e conclusão
Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines / Crawford ¹ et al. 202112	Não se aplica	Inglês/ Suíça	Diretriz clínica da ESMO/ NE 3	Em pacientes com expectativa de sobrevida inferior a algumas semanas ou dias, a invasividade da nutrição e intervenções devem ser reduzidas e aconselhamento dietético e suplementos orais devem ser fornecidos, devendo-se priorizar o conforto.
End-of-Life Nutrition Considerations: Attitudes, Beliefs, and Outcomes / Tyler S. Loofs; Kevin Haubrick; 202113	Avaliar os resultados fisiológicos e as influências interpessoais que devem ser consideradas ao tomar a decisão de fornecer nutrição e hidratação artificial (AN&H) para pacientes em programas de cuidados paliativos.	Inglês/ Estados Unidos	Revisão sistemática/ NE 4	A nutrição enteral (NE) pode ter algum benefício para melhorar a duração da sobrevida, especificamente em pacientes comatosos (IC 95% 0,42-0,66), embora também esteja associada à diminuição da sobrevida para pacientes com outros diagnósticos, incluindo falência de múltiplos órgãos com sepse ou insuficiência respiratória aguda (IC 95% 1,04-1,41), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (IC 95% 1,04-1,80) e respeitando a crença e cultura do paciente e familiares para tomada de decisão.
Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration / Cardenas, D; 202014	Identificar questões e dilemas éticos na terapia nutricional, fornecer justificativa racional para decisões éticas no campo da terapia nutricional e aprimorar a reflexão ética no campo da nutrição clínica.	Inglês/ Colômbia	Opinião de especialista/ NE 5	Nas últimas semanas de vida, a nutrição artificial tem pouco ou nenhum benefício, uma vez que não resultará em nenhum benefício funcional ou de conforto para o paciente. A fome é rara em pacientes com morte iminente e mínimas quantidades de comida desejadas podem proporcionar conforto adequado. É importante reconhecer que mesmo pequena quantidade de alimentos pode ser significativa para o paciente e contribuir para uma sensação de bem-estar. Assim, deve-se optar pela alimentação manual via oral, sempre respeitando a autonomia e a dignidade do paciente.
Artificial Nutrition and Hydration in People With Late-Stage Dementia / Smith; Ferguson; 201715	Examinar as evidências sobre o uso de nutrição e hidratação artificiais para pacientes com demência em estágio terminal e oferecer implicações para os médicos de cuidados domiciliares.	Inglês/ Huntsville Estados Unidos	Estudo de caso/ NE 4	As declarações de posição sobre nutrição artificial perto do fim da vida pela American Association of Hospice and Palliative Medicine e pela Hospice and Palliative Nurses Association afirmam que a nutrição e hidratação artificiais não prolongam a vida e podem realmente aumentar os encargos e mortalidade em algumas populações. A nutrição artificial por meio de alimentação por sonda pode criar um fardo substancial devido a transferências frequentes para departamentos de emergência por complicações decorrentes da sonda, como deslocamento, retirada ou obstrução. Além disso, em vez de curar úlceras por pressão, a alimentação por sonda está associada ao desenvolvimento de novas úlceras por pressão, bem como infecções relacionadas à sonda, aspiração recorrente, diarreia, uso de contenção e desconforto.

<p>Withdrawing or withholding life-sustaining clinically-assisted nutrition and hydration / Richard Griffith; 201716</p>	<p>Considerar os direitos e responsabilidades do enfermeiro distrital ao avaliar a retirada ou suspensão da nutrição e hidratação clinicamente assistidas.</p>	<p>Inglês / Reino Unido</p>	<p>Revisão bibliográfica / NE 5</p>	<p>Os tribunais há muito tempo reconheceram que a manutenção da nutrição artificial para pacientes muito doentes ou gravemente doentes pode ser fútil. Tratamentos fúteis podem ser legalmente retidos ou retirados. Um caso ainda pode ser encaminhado ao Tribunal quando houver desacordo sobre os melhores interesses da pessoa ou a legalidade da retirada da nutrição artificial. Tanto o Tribunal de Proteção quanto o Supremo Tribunal agora sustentam que a retirada da alimentação artificial deve ser do interesse do paciente e/ou familiares responsáveis.</p>
<p>ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration / Druml et al, 201617</p>	<p>Esta diretriz fornece um resumo crítico para os cuidadores em relação à ética da nutrição artificial e terapia de hidratação. A diretriz é voltada para o adulto; aspectos éticos podem diferir em crianças e adolescentes.</p>	<p>Inglês / Áustria, Alemanha, Israel, Holanda, Suíça e Reino Unido.</p>	<p>Diretriz clínica/ NE 4</p>	<p>A decisão de descontinuar a alimentação artificial pode ser mal interpretada como uma ordem "não alimente", pois a nutrição está associada à vida e sua ausência, à fome. Para pacientes com dificuldades alimentares que necessitem de apoio, deve ser estabelecido um plano de cuidados individualizado. Tal plano de cuidados com a alimentação deve ser chamado de "alimentação de conforto" para evitar a conotação negativa do enunciado.</p>
<p>Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review / Geppert et al. 201018</p>	<p>O objetivo desta revisão é fornecer aos profissionais da Artificial Nutrition and Hydration (ANH) uma estrutura de evidências clínicas, princípios éticos, precedentes legais e diretrizes profissionais para melhorar seu conhecimento e habilidade na tomada de decisões sobre a ANH.</p>	<p>Espanhol / México</p>	<p>Revisão bibliográfica / NE 5</p>	<p>A gastrostomia pode reduzir os riscos de aspiração, mas pode não reduzir o risco de pneumonia. Fornecer alimentação mais baixa no trato gastrointestinal pode diminuir o refluxo, a regurgitação e a aspiração, mas o risco de pneumonia pode permanecer inalterado. Para pacientes com alto risco de úlceras de pressão, a alimentação com gastrostomia não prevenirá o desenvolvimento de úlceras de pressão ou irá auxiliar na cicatrização. A gastrostomia pode não resultar em melhor qualidade de vida em pacientes com demência avançada, mas pode resultar em melhor qualidade de vida para familiares e cuidadores, que se preocupam com a alimentação do paciente.</p>
<p>Artificial Nutrition and Hydration for the Terminally III A Reasoned Approach / Suter et al. 200819</p>	<p>Este artigo fornece uma revisão das evidências relacionadas à nutrição artificial e discussão sobre pacientes e famílias em cuidados paliativos.</p>	<p>Inglês / Estados Unidos</p>	<p>Revisão bibliográfica/ NE 4</p>	<p>Pesquisas apontam que 63% dos pacientes não sentem fome na terminalidade e 34% sentem fome somente no início. Os sintomas da fome podem ser aliviados com pequenas quantidades de comida e água ou pedaços de gelo. Pesquisadores compararam o uso da sonda e alimentação via oral na terminalidade e não obtiveram resultados convincentes sobre o uso da sonda. Não evidenciaram que o uso de sonda diminuiu o risco de pneumonia por aspiração ou demais benefícios e conforto de sobrevida. Afirmam, também, os demais riscos que a sondagem pode ocasionar, desencorajando a prática.</p>

<p>Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer / Bachmann et al. 200320</p>	<p>O objetivo é definir recomendações para o manejo nutricional em pacientes adultos com câncer progressivo em fase terminal.</p>	<p>Inglês/ França envidar</p>	<p>Opinião de especialistas / NE 4</p>	<p>Nutrição artificial paliativa de rotina não se justifica em pacientes na fase terminal, pois muitas vezes não sentem fome ou sede, e os benefícios não foram demonstrados. A nutrição artificial não deve ser iniciada se a expectativa de vida do paciente for inferior a 3 meses e/ou houver algum déficit funcional grave e permanente, sendo avaliado pelo índice de Karnofsky possuindo 50% ou menos.</p>
<p>Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan/ CHIU et al. 200221</p>	<p>Avaliar a frequência e as causas da incapacidade de comer ou beber em pacientes com câncer terminal e investigar o uso de nutrição e hidratação artificiais, a frequência, o tipo e a até que ponto os funcionários acharam que a nutrição e hidratação artificial pode ser eticamente justificada.</p>	<p>Inglês/ China</p>	<p>Estudo transversal/ NE 4</p>	<p>Os cuidados sensíveis e comunicação contínua provavelmente diminuirão o uso de nutrição artificial em pacientes com câncer terminal. O uso ou não de nutrição artificial não influenciou a sobrevida neste estudo. Assim, os objetivos do cuidado ao paciente terminal com câncer devem ser reorientados para a promoção da qualidade de vida e preparação para a morte, em vez de simplesmente evidenciar todos os esforços para melhorar o estado de hidratação e nutrição.</p>
<p>Comfort Care for Terminally Ill Patients The Appropriate Use of Nutrition and Hydration / MCCANN et al. 199422</p>	<p>Determinar a frequência dos sintomas de fome e sede em um grupo de pacientes terminais e determinar se esses sintomas podem ser atenuados sem alimentação forçada, hidratação forçada ou alimentação parenteral.</p>	<p>Inglês Nova York</p>	<p>Estudo de casos/ NE 4</p>	<p>Foram acompanhados 32 pacientes durante os 12 meses, e 20 pacientes (63%) nunca sentiram fome, enquanto 11 pacientes (34%) tiveram sintomas apenas inicialmente. Da mesma forma, 20 pacientes (62%) não sentiram sede ou tiveram sede apenas inicialmente durante a doença terminal. Em todos os pacientes, os sintomas de fome, sede e boca seca podem ser aliviados com pequenas quantidades de alimentos, líquidos e/ou pela aplicação de lascas de gelo e lubrificação nos lábios.</p>
<p>The Clinical Case Against Tube Feeding in Palliative Care of the Elderly/ CAMPBELL-TAYLOR e FISHER, 198723</p>	<p>Posicionamento contra a alimentação por sonda em um subconjunto específico de idosos, doentes terminais.</p>	<p>Inglês / Canadá</p>	<p>Opinião de especialistas / NE 4</p>	<p>Ao considerar a alimentação por sonda para idosos e pacientes paliativos, o resultado final da intervenção deve determinar a decisão de implementá-la. Se o objetivo do tratamento é fornecer nutrição com segurança, a probabilidade é que no uso de alimentação por sonda o risco de pneumonia aspirativa seja tão grande quanto na alimentação cuidadosa com colher. Na verdade, o risco pode ser ainda maior. Quando tal paciente é alimentado com colher em uma posição apropriada (ou seja, 60° na posição vertical), a comida e o líquido devem, necessariamente, ser administrados em pequenas quantidades.</p>

Quadro 3 - Critérios para suspender ou manter a alimentação na fase final de vida e justificativa

Critérios para suspender ou manter a alimentação na fase final de vida		
Suspensão	Manutenção	Justificativa
<ul style="list-style-type: none"> • Não se deve iniciar a alimentação artificial se a expectativa de vida for inferior a 3 ou 4 meses.^{12,16,20} • A alimentação por sonda na demência avançada ou em pacientes terminais não é benéfica.^{14,18-20} • A alimentação artificial não deve ser iniciada se houver algum déficit funcional grave e permanente (índice de Karnofsky de 50% ou menos).²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • A nutrição artificial somente deve ser administrada após esgotar todas as possibilidades de alimentação natural e em prognósticos incertos.¹⁶ • Na terminalidade (últimos dias/meses) deve optar-se pelo posicionamento adequado e ofertar pequenas quantidades de alimento por via oral e/ou lascas de gelo e hidratação dos lábios, caso o paciente refira sede.^{14,19,22-23} 	<ul style="list-style-type: none"> • A nutrição artificial tem pouco ou nenhum benefício funcional ou de conforto para o paciente nas últimas semanas de vida. A fome é rara em pacientes com morte iminente.^{14,19-20,22} • A nutrição e hidratação artificiais não prolongam a vida e podem aumentar os encargos e a mortalidade em algumas populações.¹⁵ <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentos fúteis podem ser legalmente retidos ou retirados.¹⁶

Deve-se sempre considerar o desejo, crenças, cultura e decisão do paciente e/ou familiares responsáveis^{14,17-19,22}

Alimentação via oral

A via oral deve ser escolhida como preferencial para a oferta de alimentos em paciente em CPs. Contudo, na fase final de vida a maioria dos pacientes perde o apetite, eles não absorvem os nutrientes e não possuem mais prazer relacionado à alimentação, ou seja, não sentem fome ou sede.³⁵ Podem, ainda, se sentir satisfeitos com pequenas quantidades de alimentos ou até mesmo com a umidificação da cavidade oral. Assim, por meio do posicionamento correto (posição vertical, a 60°) deve-se ofertar pequenas quantidades de comida com a utilização de uma colher e lascas de gelo para hidratação.^{14,19,22-23}

Essas intervenções possuem significado fundamental para os familiares, pois vivenciam o processo simbólico que a alimentação representa. Muitos familiares possuem a ideia de que, se o paciente não se alimentar, ele não poderá viver, o que repercute no sentimento de culpa, caso a alimentação não seja oferecida ou administrada. Tal situação, por vezes, conduz os familiares a um conflito bioético, onde desejam o melhor para o paciente, porém encontram-se inseguros para tomar a melhor decisão.²⁶

Ademais, os profissionais da saúde devem acolher e humanizar a relação entre os profissionais e paciente/família. Para tanto, devem buscar evidências para promover alívio da dor, promoção do conforto e, por meio da comunicação terapêutica, permitir que compartilhem suas angústias.²⁷

Alimentação artificial

Com a progressão de algumas doenças, o CP torna-se essencial, priorizando a qualidade de vida. Desta maneira, algumas intervenções como a alimentação artificial podem ser consideradas como distanásia, ou seja, o prolongamento artificial da vida. Nestas situações, os conceitos éticos centrais são fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais devem nortear as intervenções profissionais, realizando adequação terapêutica.²⁸

Assim, é importante decidir o momento mais adequado para a suspensão de tratamentos que tenham probabilidade de causar mais danos do que benefícios ao paciente. Nesse contexto, surge a ortotanásia, conceito que sustenta que a morte não deve ser antecipada ou adiantada, mantendo uma morte natural, digna e tranquila.²⁹

A alimentação artificial apresentou-se em alguns artigos encontrados como uma futilidade terapêutica em pacientes em fase final de vida com expectativa de vida inferior a três a quatro meses, envolvendo também os pacientes com demência avançada e câncer.^{14,19-20}

Dado semelhante foi encontrado em estudo que objetivou discutir e compreender o conhecimento atual e global relativamente às questões éticas relacionadas com a alimentação, nutrição e hidratação no fim de vida. No mesmo, identificou-se que a nutrição e a hidratação artificial podem apresentar complica-

ções e causar desconforto ao paciente, afetando a qualidade de vida, superando os benefícios, pois os estudos não comprovam o aumento de sobrevida em pacientes com doença avançada.³⁰

Nessas situações, manter a alimentação é uma tomada de decisão considerada fútil, pois o organismo da pessoa em fase final de vida possui uma necessidade energética menor e a pessoa passa a apresentar dificuldade na deglutição, digestão e absorção de alimentos, não os absorvendo. Assim, o paciente pode apresentar regurgitação, refluxo e a alimentação, ao contrário do que por vezes os profissionais pensam, não prevenirá lesões por pressão.¹³

Embora um dos motivos para sondar o paciente seja evitar a pneumonia por aspiração, na presente revisão evidenciou-se que a alimentação artificial não previne aspiração.^{12,14-15,18,23} A mesma apresenta benefícios em alguns pacientes comatosos, porém não aumenta a sobrevida de pacientes com outros diagnósticos.¹³

Além disso, o desconforto causado pela contenção para evitar puxões e deslocamento da sonda se apresentou como um fator importante a ser considerado.^{12,15} A fase final de vida deve ser vivenciada com dignidade e conforto com a finalidade de consolar e aliviar, o que implica nos CPs, os quais consideram a subjetividade de cada ser humano. A escuta ativa também se apresenta como uma ferramenta para confortar o paciente em fase final de vida e seus familiares, pois, a partir dela, busca-se compreender as suas necessidades e desejos diante da situação vivenciada, auxiliando a suprir as demandas biopsicosocioespirituais.²⁶

Dessa maneira, a alimentação artificial somente deve ser iniciada após todas as alternativas de via oral serem esgotadas e o paciente ainda esteja com prognóstico incerto¹⁵, ou seja, em situações em que ainda não se definiu se ele se encontra ou não em processo de final de vida.

Decisão do paciente em fase final de vida e/ou dos familiares responsáveis

A decisão do paciente e dos familiares apresentaram-se fundamentais em todos os artigos encontrados.¹²⁻²³ Devem-se promover as evidências coerentes, sendo possível aconselhar e informar sobre os benefícios e malefícios das intervenções, a fim de encontrar um consenso entre pacientes, familiares e equipe de saúde para a tomada de decisão.¹⁷

Como já citado, familiares consideram que, ao decidirem suspender a alimentação artificial, estarão promovendo a morte do paciente, ou que a oferta da mesma por via oral, em que pequenas quantidades, não é suficiente para satisfazer nutricionalmente o paciente. Salienta-se a necessidade de os profissionais da saúde informarem os familiares, de forma clara e com linguagem apropriada à compreensão dos mesmos, sobre a fisiologia humana na terminalidade, e confortá-los de que, ao decidirem suspender a alimentação, não estarão promovendo a morte do paciente.³⁰

Enfatiza-se que a tomada de decisão na questão referente à fase final de vida deve ser protagonizada pelo sujeito que está morrendo. Caso não seja possível, deve ser decidido por seu representante legal e/ou familiares. Ambos possuem papel fundamental, devendo dialogar e decidir qual decisão será tomada,

buscando sempre respeitar o desejo e a dignidade do paciente. Neste cenário, os profissionais da saúde têm a responsabilidade de informar ao paciente e/ou familiares evidências referentes às medidas de conforto na fase final de vida.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível encontrar critérios para manter ou suspender a alimentação na fase final de vida, contudo, a literatura acerca do tema é limitada. Em suma, a suspensão da alimentação artificial é indicada quando o paciente possui poucas semanas de vida, e para casos de demência avançada e/ou déficit cognitivo grave. Por outro lado, a nutrição artificial está indicada quando esgotadas as possibilidades de alimentação natural e para prognósticos incertos. Ainda, recomenda-se o posicionamento adequada do paciente e a oferta, via oral, de pequenas quantidades de alimentos e/ou líquidos para hidratação. Deve-se sempre considerar o desejo, crenças, cultura e decisão do paciente e/ou familiares responsáveis.

Salienta-se que a temática em tela ainda é repleta de dilemas bioéticos, que precisam ser abordados entre a equipe interprofissional de saúde e familiares. Assim, deseja-se que mais estudos sejam realizados e que as lacunas de conhecimento sobre os critérios clínicos para a suspensão ou manutenção da alimentação sejam sanadas.

REFERÊNCIAS

1. Jeske TG, Blasi TC, Casarin F, Ilha S. Understanding care in the feeding of family members/caregivers of elderly people with Alzheimer's disease. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 21];9(7):e235973913. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3913>
2. Ciccarelli PA, Mattos EBT. Enteral nutrition in older adults with dementia in palliative care. *Rev. bioét.* [Internet]. 2021 [cited 2022 nov 21];29(2):427-36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292480>
3. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 - Imprensa nacional. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 12 de setembro 2022]. 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

4. Alves RS, Cunha EC, Santos GC, Melo MO. Palliative care: alternative to essential care at the end of life. *Psicol. ciênc. prof.* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 21];39(e185734):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
5. Cruz DBB, Pozzebon BR, dos Santos KPP, Nunes AR, Freitas SCD, da Silva FQ, et al. Palliative care for cancer patients treated by the multidisciplinary team. *BJD.* [Internet]. 2023 [cited 2023 may 31];9(4):13821-32. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59007>
6. Pegoraro MM, Paganini MC. Palliative care and limitation of life support in intensive care. *Rev. bioét.* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 23];27(4):699-710. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
7. Costa TN, Caldato MC, Furlaneto IP. Perception of medical students about the termination of life. *Rev. bioét.* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 23];27(4):661-73. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274349>
8. Amorim GK. "Não me deixe morrer de fome": nutricionistas e a não alimentação de pacientes em cuidados paliativos nas situações de terminalidade da vida. [Mestrado em Psicologia]. Natal (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020. [acesso em 27 de maio 2023]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31651/1/Naomedeixemorrer_Amorim_2020.pdf
9. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2015 edition supplement. Adelaide: JBI. [Internet]. 2015 [cited 2022 nov 8]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* [Internet]. 2021 [cited 2022 nov 22];372(71). Available from: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71).
11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, Editors. Joanna Briggs Institute reviewer's manual [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2021 jul 10]. Available from <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.
12. Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: esmo clinical practice guidelines. *ESMO open.* [Internet]. 2021 [cited 2022 nov 23];6(4):100225. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
13. Loofs TS, Haubrick K. End-of-life nutrition considerations: attitudes, beliefs, and outcomes. *Am. j. hosp. palliat. care.* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 23];38(8):1028-41. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909120960124>.
14. Cardenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN.* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 23];41:23-29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.010>
15. Smith L, Ferguson R. Artificial nutrition and hydration in people with late-stage dementia. *Home healthc. now.* [Internet]. 2017 [cited 2022 nov 23];35(6):321-5. Available from: <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000550>
16. Griffith R. Withdrawing or withholding life-sustaining clinically-assisted nutrition and hydration. *Br. j. community nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2022 nov 23];22(12):615-7. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.12.615>
17. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN.* [Internet]. 2016 [cited 2022 nov 23];35(3):545-56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
18. Geppert CM, Andrews MR, Druyan ME. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *JPEN J. parenter. enteral nutr.* [Internet]. 2009 [cited 2022 nov 23];34(1):79-88. Available from: <https://doi.org/10.1177/0148607109347209>
19. Suter PM, Rogers J, Strack C. Artificial nutrition and hydration for the terminally ill: a reasoned approach.

- Home healthc. nurse. [Internet]. 2008 [cited 2022 nov 23];26(1):23-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.nhh.0000305551.55467.24>
20. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, Desport JC, Colomb V, Dieu L, et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). *Br. j. cancer.* [Internet]. 2003 [cited 2022 nov 23];89(S1):S107—S110. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601092>
 21. Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support. care cancer.* [Internet]. 2002 [cited 2022 nov 23];10(8):630-6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-002-0397-5>
 22. McCann RM. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA intern. med.* [Internet]. 1994 [cited 2022 nov 23];272(16):1263-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.272.16.1263>
 23. Campbell-Taylor I, Fisher RH. The clinical case against tube feeding in palliative care of the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.* [Internet]. 1987 [cited 2022 nov 23];35(12):1100-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04927.x>
 24. Bottoni A, Zaher-Rutherford VL. Bioethical reflection on the use of nutrition and artificial hydration in terminal patients. *Rev Bras Bioética.* [Internet]. 2019 [citado 2022 nov 23];15:1-25. Available from: <https://doi.org/10.26512/rbb.v15.2019.26871>
 25. Tritany ÉF, Souza Filho BA, Mendonça PE. Strengthening Palliative Care during the Covid-19 pandemics. In *SciELO Preprints.* [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 23];25(suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200397>
 26. Souza MC, Jaramillo RG, Borges MD. Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [cited 2022 nov 22];20(1):420-65. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
 27. Costa MF, Soares JC. To Feed and to Nourish: Significances and Meanings in Oncologic Palliative Care. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 2016 [cited 2022 nov 23];62(3):215-24. Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2016v62n3.163>
 28. Oliveira ASV de, Machado JC, Dadalto L. Palliative care and autonomy of older adults exposed to Covid-19. *Rev. bioét.* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 23];28(4):595–603. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284422>
 29. Almeida NPC, Lessa PHC, Vieira RF, Mendonça AVP. Orthothanasia in medical training: taboos and unveilings. *Rev. bioét.* [Internet]. 2021 [cited 2022 nov 23];29(4):782-90. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511>
 30. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capeles ML. Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Port. Nut..* [Internet]. 2018 [cited 2022 nov 23];15:36–40. Available from: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1507>