



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



MARCELA GOMES REIS

**INGESTÃO DE CALORIAS E PROTEÍNAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL PAULO DE TARSO**

Ouro Preto – MG

Julho – 2021

Marcela Gomes Reis

**INGESTÃO DE CALORIAS E PROTEÍNAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL PAULO DE TARSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Júlia Cristina Cardoso Carraro.

Ouro Preto – MG

Julho – 2021



FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcela Gomes Reis

INGESTÃO DE CALORIAS E PROTEÍNAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL PAULO DE TARSO

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição

Aprovada em 20 de agosto de 2021

Membros da banca

Dra. Júlia Cristina Cardoso Carraro - Orientador(a) (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dra. Joana Ferreira do Amaral - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dra. Renata Adrielle Lima Vieira - (Universidade Federal de Ouro Preto)

Júlia Cristina Cardoso Carraro, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 27/09/2021,



Documento assinado eletronicamente por **Julia Cristina Cardoso Carraro, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 27/09/2021, às 18:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0225746** e o código CRC **A4C02C61**.

AGRADECIMENTOS

Dedico os meus agradecimentos as pessoas que mais amo e que estiveram comigo em presença e no meu coração, me dando forças e caminhando comigo junto nessa etapa.

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora Aparecida por ter me fortalecido e permitido acreditar em cada passo desse sonho, nunca desistir e sempre entregar em suas mãos.

Agradeço aos meus pais, Cezar e Ana Cristina, por embarcarem nos meus sonhos e estarem sempre ao meu lado, me apoiando e me dando o maior amor do mundo.

À minha irmã, Júlia, por todo suporte incondicional, como irmã, amiga e companheira, ajudando e dando incentivos, mostrando o seu amor e cuidado.

Agradeço à minha prima Bárbara, que serviu e serve de muita inspiração e orgulho para mim em cada passo da minha graduação, além de saber que lá do céu está comigo em todos os momentos, me olhando, me incentivando a cada dia mais fazer o bem e cuidar do próximo como sempre fez.

Aos meus quatro avós que tive e ainda tenho a oportunidade de conviver e agradecer à Deus todos os dias, por suas vidas e presenças em minha vida. Agradecer á eles, Toninho (in memoriam), Glorinha, Bolinha e Lenice (in memoriam) por demonstrarem tanto amor, orgulho e carinho por me verem concluir essa fase, que do céu e da terra, sei que vibram comigo essa etapa.

À tia Renata e tia Margarida (in memoriam) por toda força, amor e cumplicidade que são fontes de inspiração e cuidado onde quer que estejam. Agradeço à Família Reis, por tanto amor compartilhado, risadas, encontros que tornam a vida mais leve e mais cheia de amor.

Agradeço a minha orientadora Júlia Carraro por não desistir desse projeto, que entre os percalços se conclui. Obrigada por compartilhar comigo seus ensinamentos, suas vivências e se disponibilizar tanto para ajudar, tenho a certeza que você foi uma ótima escolha.

A todos os professores da ENUT, em especial: Simone, Renata e Joana, que estiveram presentes de alguma forma, compartilhando conhecimentos, sonhos e servindo de inspiração como profissionais incríveis que são, muita gratidão por tudo.

À equipe de nutrição clínica do Hospital Paulo de Tarso: Dr. Juan, Patrícia, Luciana e Scarlat que com carinho e amor a profissão me conduziram na aplicação e na conclusão desse trabalho, tenho muita gratidão por todos os ensinamentos transmitidos.

Agradeço à Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos (LACP), por tantos anos compartilhando conhecimentos e amor pelos Cuidados Paliativos.

Agradeço imensamente aos meus amigos da Nutrição, que pudemos

compartilhar alegrias, angústias e os levarei para a vida. Agradeço à Maria Emília minha irmã de alma, Eduardo pela parceria desde o início, obrigada por estarem sempre do meu lado. Agradeço também aos meus amigos que Ouro Preto me deu, em especial: Giulia, Mariana, Thailine, Natasha, Natália e Nara pelo apoio e cumplicidade ao longo de todo o curso. Vocês tornaram a graduação mais leve e mais cheia de amor. Aos meus amigos de infância que sempre se fizeram presentes e compartilham comigo cada etapa desse sonho.

Por fim às moradoras e ex-alunas da minha segunda casa, República Hipnose, que sonharam junto comigo e estiveram presentes, dando suporte, apoio e muito amor por todos esses anos e nessa conquista.

EPÍGRAFE

*“Será que é tempo
Que lhe falta para perceber?
Será que temos esse tempo
Pra perder?
E quem quer saber?
A vida é tão rara,
Tão rara...”*

Lenine

RESUMO

Os cuidados paliativos auxiliam a melhor qualidade de vida e tratamentos aos pacientes que se encontram em fase terminal de doença ou apresentam uma patologia considerada como incurável. Esse novo campo no âmbito multidisciplinar e multiprofissional, começou a ser reconhecido modificando a relação saúde e doença em busca por maior espaço, sendo adotado por hospitais de todo o mundo. Paralelo a isto, considerando o aspecto no que se refere à qualidade de vida e ao prazer, a Nutrição pode atuar como fator significativo na constante reafirmação da importância dos cuidados paliativos no Brasil, compondo seu âmbito multidisciplinar. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar se a adequação de calorias e proteínas na alimentação estava relacionada à melhor qualidade de vida nos pacientes em cuidados paliativos. Foram avaliados 30 pacientes adultos e idosos, em cuidados paliativos, internados no Hospital Paulo de Tarso em Belo Horizonte. A qualidade de vida destes foi avaliada por meio do questionário QLQ-C15-PAL e grau de Cuidados Paliativos por meio dos questionários: Escala de Desempenho Paliativo (PPS) e escala *Palliative Prognostic Index* (PPI). A ingestão alimentar foi estimada por meio de um registro alimentar de 24 horas ou por avaliação da infusão de Nutrição Enteral ou Parenteral. Utilizou-se dados antropométricos de peso, altura, perímetro braquial e da panturrilha, aferidos pela equipe de Nutrição Clínica do Hospital Paulo de Tarso. Além disso, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) a partir de peso e altura, classificando-os de acordo com a tabela da WHO (2000) para adultos de 19 a 59 anos, e Lipschitz (1994) para idosos a partir de 60 anos. Dos 30 pacientes avaliados, 50% era do sexo feminino e a idade média de $65,6 \pm 16,6$ anos. Os pacientes classificados como baixo peso e menor perímetro da panturrilha apresentaram melhor qualidade de vida, assim como o menor PPS. Em relação às subescalas do QLQ-C15-PAL, não foram encontradas diferenças em relação a sexo e à doença de base. Porém quando avaliadas de acordo com adequação calórica e proteica, apresentaram correlação positiva entre o percentual de adequação proteica e a perda de apetite. Conclui-se que a melhor adequação da ingestão de proteínas e calorias não esteve relacionada à melhor qualidade de vida, e que esta associou-se a um pior estado nutricional e prognóstico. Dessa forma, foi possível observar que pacientes com maior grau de utilização de Cuidados Paliativos obtiveram uma melhor qualidade de vida, evidenciando a sua eficácia.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Ingestão alimentar; Qualidade de Vida; Necessidades nutricionais; Fase Terminal.

ABSTRACT

Palliative care (PC) is a treatment that improves the quality of life of patients in the terminal illness or those with incurable diseases. This relatively new field in science is multidisciplinary and it gained recognition by modifying the relationship between health and disease, and being further adopted by hospitals worldwide. Regarding the quality of life and also pleasure, the nutrition may act as a significant factor to reinforce the importance of PC in Brazil. Therefore, the aim of this study was to assess whether calories and protein adequacy in feed intake was related to better quality of life in patients under PC. A total of 30 adult and elderly patients under palliative care, admitted to Hospital Paulo de Tarso in Belo Horizonte, were evaluated. Their quality of life was assessed by using the QLQ-C15-PAL survey, and also by the PC degree using the following surveys: Palliative Performance Scale (PPS) and Palliative Prognostic Index (PPI) scale. The feed intake was estimated by a 24-hour ingestion record or by the Enteral or Parenteral Nutrition infusion. The Data weight, height, arm and calf circumference of the patients, measured by the Clinical Nutrition team of Hospital Paulo de Tarso, were also used. In addition, the Body Mass Index (BMI) was calculated based upon the weight and height of the patients. The BMI was described following the World Health Organization (WHO) criteria (2000) for adults between 19 to 59 years old, whereas the Lipschitz (1994) table was used to described the BMI of elderly patients older than 60 years. From the 30 patients, 50% were female and had an average age of 65.6 ± 16.6 years. The patients described as underweight and with smaller calf circumference had better quality of life, as well as lower PPS. The QLQ-C15-PAL subscales showed no statistical differences between sex and underlying condition. By evaluating patients according to the caloric and protein adequacy, a positive correlation were observed between protein percentage and appetite loss. Our results suggest that protein and calorie intake adequacy were not related to a better quality of life, and may be otherwise associated with a worse nutritional status and prognosis. Therefore, it was possible to observe that patients with a higher degree of use of PC had a better quality of life, which shows its effectiveness.

Keywords: feed intake; life quality; nutritional requirements; palliate care; terminal illness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação do desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos

Tabela 2: Classificação do índice de massa corporal para adultos segundo a WHO (2000).

Tabela 3: Classificação do índice de massa corporal para idosos segundo Lipschitz (1994).

Tabela 4: Análise de variáveis relacionadas à Qualidade de Vida de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021.

Tabela 5: Descrição dos parâmetros de qualidade de vida relacionados a sexo e doença de base de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021.

Tabela 6: Correlação dos parâmetros de qualidade de vida relacionados ao percentual de adequação da ingestão calórica e proteica de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - *American Dietetic Association*

CP - Cuidados paliativos

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EORTC - *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

IMC - Índice de Massa Corporal

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

PB - Perímetro braquial

PP - Perímetro da panturrilha

PPI - Escala *Palliative Prognostic Index*

PPS - Escala de Desempenho Paliativo

QLQ-C15-PAL - Questionário do *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group*

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1.	Terminalidade e Cuidados Paliativos.....	13
2.2.	Qualidade de Vida.....	15
2.3.	Nutrição no Cuidado Paliativo.....	17
3.	OBJETIVO GERAL.....	19
	Objetivos específicos.....	19
4.	METODOLOGIA.....	20
4.1.	Variáveis antropométricas.....	20
4.2.	Avaliação Dietética.....	21
4.3.	Necessidades Nutricionais.....	21
4.4.	Grau de utilização de Cuidados Paliativos.....	22
4.5.	Avaliação Neurológica.....	22
4.6.	Avaliação de Qualidade de Vida.....	23
4.7.	Demais variáveis.....	23
4.8.	Análise Estatística.....	24
5.	RESULTADOS.....	25

6.	DISCUSSÃO	31
7.	CONCLUSÃO.....	35
8.	REFERENCIA.....	36
9.	APÊNDICE.....	44
9.1.	Questionário de aplicação.....	44
10.	ANEXOS.....	46
10.1.	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
10.2.	Anexo 2 - Escala de Desempenho Paliativo (PPS).....	48
10.3.	Anexo 3 - Escala Palliative Prognostic Index (PPI).....	49
10.4.	Anexo 4 - Escala de Coma de Glasgow (ECG).....	50
10.5.	Anexo 5 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer.....	51

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Sistema Único de Saúde, a partir da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos (CP) consiste na assistência de uma equipe multidisciplinar, que promova aos pacientes e suas famílias a melhoria da qualidade de vida, a partir de uma doença que ameace a vida, ocasionando o diagnóstico precoce, concomitantemente a prevenção e alívio do sofrimentos, além do tratamento de dor e sintomas relativos às dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais (BRASIL, 2002).

De acordo com a fundadora do *St Christopher's Hospice*, primeiro serviço de atenção integral ao paciente, o objetivo do CP é a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias (BAINES, 2011), mostrando a importância de um cuidar centrado no paciente em sua totalidade, e não apenas, em sua doença. Portanto ao analisar um paciente terminal, deve-se levar em consideração todas as dimensões que promovam e auxiliem em uma melhor qualidade de vida ao longo do curso da doença (ANDRADE et al., 2013).

No Brasil, ainda predomina um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado a esses cuidados, principalmente entre profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário (ALVES et al., 2019). Segundo o estudo brasileiro de Brugugnolli (2013), que teve por objetivo conhecer o que os médicos sabiam sobre a prática de CP e ética, a maioria dos profissionais associou essa área apenas ao alívio do sofrimento físico e qualidade de vida que, apesar de ser um conceito correto, é bastante amplo e subjetivo. Observou ainda que se difundem condutas que vão na contramão dos conceitos de medicina paliativa. Além disso, esqueceram dos aspectos sociais, psicológicos, espirituais e familiares.

No ano de 2020, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos publicou um documento chamado de Atlas (SANTOS, 2020), no qual realizou um levantamento dos serviços de Cuidados Paliativos no país. Neste documento, observou-se um aumento de 8% dos serviços de CP no Brasil, comparados aos anos 2018-2019, totalizando 191 serviços. A região Sudeste é a que conta com o maior número de serviços (105 serviços - 55%), e entre os estados, São Paulo aparece na primeira posição, seguido por Minas Gerais.

A classificação dos serviços de CP são indicados pelas categorias: 1; 2; 3A; 3B; 4A; e 4B, sendo especificado os tipos de serviços na Tabela 1. O Brasil recebe a

classificação 3B, sendo comparado com países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá (CLARK et al., 2020).

Tabela 1 Classificação do desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos

Categoria 1	Nenhuma atividade
Categoria 2	Evidencia iniciativas de criar organizações, força de trabalho e políticas para o desenvolvimento de serviços de CP, porém nenhum serviço ainda está sendo realizado.
Categoria 3A	Indica desenvolvimento ainda irregular de atividades relacionadas ao CP, sem possuir grandes apoiadores, bem como as fontes de financiamento dependem em larga escala de doadores com disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos que são limitados em relação ao tamanho da população
Categoria 3B	Indica de forma generalizada a prestação de serviços, no qual há múltiplas fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, presença de centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda não se tem a integração aos sistemas de saúde.
Categoria 4A	Indica grande desenvolvimento de ações em CP nos mais diversos locais, com vários serviços à disposição, bem como conscientização por parte dos profissionais de saúde e comunidades locais apresentando boa disponibilidade de morfina e algumas outras drogas analgésicas fortes, além de possuir impacto dos CP na política de saúde
Categoria 4B	Tem-se os serviços de CP em um estágio avançado de integração aos principais serviços de saúde, além de disponibilidade irrestrita de morfina e da maioria dos medicamentos analgésicos fortes, havendo grande impacto na política de saúde, bem como a existência de diretrizes de CP.

Segundo Sousa et.al. (2013), o estado nutricional do paciente hospitalizado é diretamente influenciado pela conduta nutricional implementada, sendo que essas, empregadas com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional, influenciam diretamente nas respostas do paciente ao tratamento.

A *American Dietetic Association* (ADA) define o cuidado nutricional como um processo do encontro de diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que

inclui a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos do cuidado nutricional que preencham essas necessidades e a implementação de atividades nutricionais, bem como a avaliação do cuidado nutricional. Deve-se atentar à qualidade da alimentação, ao atendimento nutricional e à participação do paciente em seu tratamento alimentar e nutricional, de forma que se tornam fundamentais para a qualidade do atendimento hospitalar (DIEZ-GARCIA et. al., 2012).

Assim, Acreman (2009) cita que o cuidado nutricional pode ajudar a otimizar a qualidade de vida e sensação de bem-estar, além de ajudar a aliviar sintomas desagradáveis que ocorrem no final de vida. Sabendo que as doenças terminais causam diversos desconfortos, tanto emocionais quanto físicos, o cuidado nutricional desde o início do CP pode auxiliar na redução de tais desconfortos, bem como melhorar a qualidade de vida.

No entanto, se por um lado a alimentação promove prazer e a melhora do estado nutricional associada a menores complicações clínicas, em determinadas circunstâncias pode ser uma fonte de sofrimento para o paciente, quando está associada à dor e a sintomas desagradáveis, como náuseas e vômitos. Desta maneira, não se sabe se a adequação das necessidades nutricionais em pacientes terminais representa um aspecto positivo ou negativo no que se refere à qualidade de vida do mesmo, justificando sua investigação. Dessa forma este trabalho pretende avaliar a associação da ingestão alimentar (e sua adequação às necessidades nutricionais) com a qualidade de vida em pacientes em cuidado paliativo, de forma a elucidar que o papel da Nutrição neste contexto pode auxiliar no conforto no fim da vida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Terminalidade e Cuidados Paliativos

Segundo Matsumoto (2012), o termo terminalidade não é mais utilizado com frequência na atualidade, e assim sugere o autor a utilizar o termo doença que ameaça a vida, demonstrando que o cuidado deve ser promovido desde o diagnóstico, expandindo os campos de atuação. Não se deve dizer também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença. Desta forma, afasta-se a ideia de “não ter mais nada a fazer” por determinado paciente.

Segundo Arantes (2019), médicos e equipes da área da saúde não são formados sobre a vida e a morte, mas sobre a doença, o que tentam ensiná-los na faculdade é que bons médicos têm que fugir da morte. No entanto, é questionável sobre a eficácia de curar e controlar doenças se não conseguimos fazer com que o paciente entenda que a saúde conquistada é uma ponte para a realização de experiências e para dar sentido à vida. Portanto, esses profissionais em suas formações não apresentam soluções do que ser feito quando as alternativas se esgotam à luz da ciência, sendo incomum estudar, ensinar e falar sobre o paciente, a vida e a morte.

A busca incessante pela cura das doenças e o aprimoramento dos procedimentos tecnológicos na área da saúde culminaram com um sentimento de negação da morte, ignorando as ações que visam a uma terminalidade de vida digna (ORTH et. Al., 2019), promovendo na população um preconceito e pouca aceitação de procedimentos menos invasivos que priorizem maior qualidade de vida e conforto, permitindo ressignificar a morte. Nessa perspectiva, o surgimento dos cuidados paliativos vieram como uma forma de priorizar e tratar o doente, sem enfoque apenas na doença, considerando-o em sua totalidade e plenitude, minimizando a dor, o sofrimento e os efeitos advindos dos tratamentos e intervenções.

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2020), a filosofia paliativista começou na antiguidade, com as primeiras definições sobre o cuidar. Ainda na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum encontrar *hospices* (hospedarias, em português) em monastérios, que tinham como característica principal o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento dos enfermos, mais do que a busca pela cura. A partir do século XVII, um jovem padre francês chamado São Vicente de Paula abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos em Paris. Em

1967, Cicely Saunders fundou o *St. Christopher's Hospice*, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o *St. Christopher's* é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa.

Saporetti et. Al. (2012) citam que o paciente possui quatro dimensões: dimensão social e familiar, que abrange questões financeiras, testamentos/benefícios, funerais, locais de óbitos, cuidadores e amparo dos cuidadores e familiares; a dimensão psicológica, que inclui resignificação da vida, dos medos, culpas, mágoas, mecanismos de enfrentamento e aceitação da morte; a terceira dimensão influi sobre os aspectos físicos como controle de sintomas, diretrizes avançadas de tratamentos, sem prolongamento artificial da vida e morte digna; e uma última dimensão que diz sobre aspectos religiosos espirituais, que dita sobre estar em paz, receber o perdão de Deus (conforme sua crença), receber ritos de sua tradição, sentimento de transcendência e o legado espiritual. Desta forma, o CP pode estudar as diversas dimensões do ser humano, devendo estas serem assistidas também após a morte do paciente e no período de luto, auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

A borboleta representa o simbolismo do CP, como citado por Costa e Soares (2015), pois pode-se interpretá-la como uma metamorfose, em que tem-se a lagarta, logo após a crisálida e, então, a borboleta, como analogia da vida, morte e ressurreição, ou como se refere Elizabeth Kübler-Ross em sua autobiografia intitulada “A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer”, a morte do corpo, com a alma ganhando vida em liberdade por meio da borboleta (KÜBLER-ROSS, 2017). Dessa forma, o processo da vida deve ser estudado por todas as suas dimensões e completude, para que o melhor seja fornecido a cada ser.

Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, Arantes (2012) sugere critérios que auxiliem na decisão de encaminhar um paciente aos CP. Alguns destes, dizem respeito a condições mórbidas específicas, como Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica, Demência e outras doenças degenerativas progressivas; além de indicadores não específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional.

Assim, algumas escalas podem ser utilizadas para melhor avaliação dos pacientes em CP de forma, em que pode-se citar a Escala de Desempenho Paliativo

(PPS) e a Escala Palliative Prognostic Index (PPI). Segundo Ho et al. (2008), a escala PPS é uma ferramenta importante na avaliação clínica de todos os pacientes em CP, auxiliando na determinação prognóstica, monitoramento do progresso de doença, e até mesmo na administração e no planejamento de saúde. Além disso, de acordo com Stone et al. (2008), a segunda escala engloba os quatro sinais e sintomas clínicos (ingestão oral e a presença ou ausência de dispneia, edema e delírio) mais identificados em pacientes com doenças avançadas, bem como se correlaciona à PPS, obtendo o benefício de não necessitar de exames de sangue e nem conhecimento especializado para se ter uma previsão clínica de sobrevivência. Concluindo-se que algumas escalas específicas dos CP podem ser utilizadas, em diversas fases de doenças, direcionando o profissional à escolha da melhor conduta, proporcionando aos pacientes, um melhor desempenho perante aquela doença que ameace a vida.

2.2. Qualidade de Vida

A definição da palavra qualidade no dicionário de Ferreira (2018) é de um atributo que designa uma característica boa de algo ou de alguém; virtude ou dom; e quando associado à palavra vida recebe dois significados: o de definir um organismo do seu nascimento até a morte, e o de conjunto dos hábitos e costumes de alguém; maneira de viver.

Assim, a junção dessas palavras pode ser entendidas de diversas formas, mas principalmente como uma virtude de viver bem com seus costumes e hábitos, que devem ser respeitados até a sua morte. Dessa forma, Morais et.al. (2016) conceituam qualidade de vida (QV) como uma percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, considerando-se também os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses.

Parece contraditório o tema de qualidade de vida em indivíduos diante da iminência da morte, no entanto, é justamente neste contexto que os CP se fazem necessários, uma vez que ter uma doença que ameace a vida pode resultar em um morrer lento, com muito sofrimento físico, mental, social e emocional (DIEZ-GARCIA et al., 2012). Isso permite que sua relação com o mundo atinja um significado de força maior, repensando em toda sua trajetória.

Segundo Salles (2014), o paciente terminal está exposto a um processo de

perdas, dores e ansiedade, enfrenta rupturas sociais e torna-se vulnerável ao ser retirado de seu ambiente sociofamiliar. Além disso, a perspectiva da morte aumenta as questões éticas e existenciais, promovendo uma reflexão sobre escolhas, atitudes, culpas, prioridades, e maior apelo espiritual e religioso.

Nesse contexto, uma atenção multiprofissional que forneça auxílio no controle e no manuseio da dor, mas também nos aspectos sociais, psicológicos e espirituais, que resulte em uma redução do sofrimento desse paciente, é de suma importância, e pode promover uma melhor qualidade de (fim da) vida, permitindo maior prazer e melhor estado geral para o que realmente importa nesta fase, a conexão com suas crenças e com quem está ao seu redor (MATSUMOTO, 2009).

Neste sentido, de acordo com Ribera-Casado (2015), a adoção de CP deve seguir os mesmos princípios éticos de qualquer cuidado em saúde: a autonomia, capacidade de decidir e opinar sobre quaisquer tratamentos; a beneficência, o princípio de que o benefício deve sempre superar o risco previsto; a não maleficência, como a forma de evitar informações inúteis ou fúteis ao tratamento, bem como intervenções que possam comprometer outros aspectos da qualidade de vida e da dignidade humana; e a justiça que diz sobre o melhor atendimento possível com os recursos disponíveis.

Para tanto, todos estes princípios estão atrelados a problemas como a retirada de tratamentos com drogas ativas, incluindo antibióticos e as decisões apropriadas específicas relativas à alimentação e hidratação, devendo sempre priorizar os mesmos, com o objetivo de alcançar a ética profissional, o bem estar do paciente e de sua família (RIBERA-CASADO, 2015).

Comumente existe uma associação equivocada de CP com eutanásia, sendo esse conceito uma forma explícita para que acabe logo com o sofrimento, abreviando o tempo e a vida daquele paciente; muitas das vezes por preconceito pelo emprego de técnicas como o uso de opioides para o alívio da dor (ARANTES, 2019; ALVES et. al.,2019). No entanto, essa associação não diz nada sobre o cuidar e minimizar o sofrimento, que são uns dos conceitos principais do CP.

O mais importante no CP é preservar a dignidade do paciente e proporcionar conforto e bem-estar, que podem ser alcançados por meio de pequenas e simples ações como higiene básica, atenção adequada, móveis confortáveis e alimentação mais prazerosa. Estas são necessidades básicas e de direito de toda população independentemente da doença pregressa, de condições financeiras e acesso, que

deveriam ser universais e igualitárias a todos (MORAIS et.al., 2016).

2.3 Nutrição no Cuidado Paliativo

A nutrição tem especial papel preventivo sobre condições de saúde, por diversos meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome da anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Além disso, auxilia no controle de sintomas, procura manter a hidratação satisfatória, preservando o peso e a composição corporal em todos os estágios da doença, como prática assistencial e terapêutica. Dessa forma, com o auxílio da nutrição, a prevenção e o cuidado nutricional possibilitam ao paciente e seus familiares uma rede de apoio, acarretando em melhores desempenhos em seus tratamentos, melhor conforto e maior redução dos efeitos da doença, quando aliados a uma comunicação efetiva com os profissionais envolvidos (FERNANDES, 2012).

Segundo Andrade, Almeida e Reis (2017), a comida não possui apenas um *status* fisiológico, psicológico e emocional, mas também é fundamentado em nossas crenças culturais e espirituais. Portanto, deve-se compreender o alimento como um todo, evidenciando a importância dessa representatividade para aquele paciente e sua família.

Nos estágios iniciais da doença, quando o paciente encontra-se em tratamento, o objetivo da nutrição é garantir que ele receba nutrientes em quantidades suficientes para restaurar ou manter seu estado nutricional, adequando-se às demandas metabólicas geradas pela doença e pelo tratamento, o reparo de tecidos para prevenir infecção, a promoção de uma sensação de bem-estar e qualidade de vida. À medida que o fim da vida se aproxima, os objetivos mudam, e o alimento continua sendo ofertado, mas a ênfase nessa fase, está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento, não como uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional (Carvalho et.al., 2012).

De acordo com Fernandes (2012), para os pacientes em cuidados paliativos a nutrição possui diferentes significados, pois depende do indivíduo, dos hábitos alimentares, da procedência e da religião. Em condição de impossibilidades, a ausência do alimento ou as dificuldades na sua ingestão são mais notadas do que sua presença e o prazer proporcionados, sendo comum os pacientes apresentarem inapetência, desinteresse e recusa pelos alimentos de maior preferência. No câncer avançado, por exemplo, são frequentemente relatados sintomas que incluem o

comprometimento da capacidade de continuar comendo, bebendo e saboreando a comida, de forma que a alimentação se torna uma fonte de sofrimento (BRUERA; LAWLOR, 1997).

A chegada de uma doença promove ao paciente uma diversidade de sentimentos, e a representatividade da alimentação é importante, pois causa efeitos surpreendentes e acarreta em diferentes formas de agir e de se relacionar, podendo influenciar diretamente no recebimento e aceitação de alimentos. Portanto, a alimentação, nutrição e hidratação representam a questão mais controversa na área de assistência em CP, pois criam conflitos entre os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (RIBERA-CASADO, 2015).

A baixa ingestão de alimentos traz uma preocupação constante entre os familiares, que associam a inapetência à piora dos sintomas ou do prognóstico. Porém, o prognóstico e, até mesmo o estado nutricional, não estão associados necessariamente à falta do alimento, mas muitas vezes a uma consequência exacerbada da doença. A associação da ingestão dietética do paciente com a qualidade de vida, pode dizer sobre como agir perante a tais condições e permitir um olhar mais humanizado, centrado nas necessidades do paciente (não apenas sob a ótica fisiológica) (DEMÁRIO et al., 2010).

Segundo Morais et. al. (2016), as necessidades nutricionais, calóricas, proteicas e hídricas devem ser estabelecidas de acordo com a aceitação, tolerância e sintomas do paciente em CP, sendo que intervenções nutricionais invasivas podem ser desnecessárias, como a introdução de terapia nutricional enteral (TNE) ou terapia de nutrição parenteral (TNP). Para esses pacientes, muitas vezes certos procedimentos não apresentam efetividade no tratamento e no bem-estar, precisando ser analisado com cautela se os benefícios superam os malefícios.

A alimentação deve ser fornecida sempre com objetivo de minimizar o estresse e maximizar o conforto, além de aliar as necessidades e desejos do paciente com o dos seus familiares, com diretrizes claras para modificar ou até interrompê-la, caso esses critérios não puderem mais ser atingidos, avaliando-se as consequências, riscos e benefícios de promover um suporte nutricional e hidratação artificiais (CARVALHO et al., 2012). Dessa forma, a nutrição deverá atuar sempre priorizando os princípios dos CP e da qualidade de vida, sem contrapor com as decisões do paciente e de seus familiares.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar a adequação de calorias e proteínas e sua relação com a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos atendidos no Hospital Paulo de Tarso em Belo Horizonte- MG.

Objetivos específicos

- i. Caracterizar a amostra estudada, quanto a variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas e ao grau de cuidados paliativos;
- ii. Determinar as necessidades de calorias e proteínas dos pacientes;
- iii. Avaliar a ingestão calórica e proteica dos paciente e quantificar o percentual de adequação dos nutrientes consumidos em relação às necessidades;
- iv. Avaliar a qualidade de vida autopercebida do paciente ou relatada de acordo com os acompanhantes, conforme o sexo e a doença de base dos pacientes;
- v. Avaliar a relação da adequação calórica e proteica quanto à alimentação e à qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com amostra por conveniência com indivíduos em cuidados paliativos, internados no hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, entre os meses de Março e Junho de 2021.

Foram incluídos no estudo aqueles com idade maior de 20 anos, de ambos os sexos, com patologias determinantes incuráveis. Foram excluídos aqueles que possuíam indicativo de cirurgia ou prognóstico positivo e os que não tinham condições de responder aos questionários, pois não tinham a presença de um acompanhante.

Os voluntários e seus acompanhantes foram esclarecidos sobre os objetivos e possíveis benefícios previstos do estudo verbalmente e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo devidamente assinado por todos. Este estudo seguiu os princípios éticos conforme Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 26414319.2.0000.5150) (Anexo 1).

4.1. Variáveis antropométricas

As medidas antropométricas coletadas para o estudo foram: peso e altura aferidos ou estimados, perímetro braquial (PB) e da panturrilha (PP) e posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC). Além disso, em casos de edema foram realizados descontos a depender da localidade do mesmo. Tais medidas foram coletadas no prontuário dos participantes. O IMC foi calculado a partir das medidas de peso (kg) e altura (m)², utilizando-se a equação:

$$IMC = \frac{Peso(kg)}{Altura(m)^2}$$

Os pontos de corte para classificação do IMC seguiram a recomendação da WHO (2000) (Tabela 2), no caso de adultos de 19 a 59 anos de idade, e os sugeridos por Lipschitz (1994) (Tabela 3), para idosos acima de 60 anos. Tanto adultos quanto idosos foram classificados em baixo peso, eutrofia e excesso de peso.

Tabela 2 Classificação do índice de massa corporal para adultos segundo a WHO (2000).

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO
<18,5	Abaixo do Peso

18,5 – 24,9	Peso Normal/Eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Tabela 3 Classificação do índice de massa corporal para idosos segundo a Lipschitz(1994).

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO
< 22,0	Abaixo do Peso
22,0 – 27,0	Peso Normal/Eutrófico
> 27,0	Sobrepeso

4.2. Avaliação Dietética

A avaliação dietética foi realizada conforme a via de administração prescrita para o paciente. Para alimentação via oral, foi recolhido um registro 24 horas (solicitado previamente ao paciente ou a seu acompanhante) e a quantificação foi realizada por meio do software DietBox, no qual foram computados: ingestão calórica total (kcal) e de proteínas (g). Para alimentação via enteral ou parenteral, foram anotados os dados de velocidade de infusão e composição da fórmula (densidade calórica e teor de proteínas) para o cálculo da quantidade calórica e de proteínas infundida/dia. Logo, para o cálculo do percentual de adequação da ingestão dos pacientes, utilizou-se a seguinte fórmula (tanto para calorias quanto para proteínas) (Apêndice 1):

$$\frac{\text{Ingestão}}{\text{Necessidade}} \times 100.$$

4.3. Necessidades Nutricionais

As necessidades nutricionais foram estipuladas a partir do diagnóstico

nutricional do paciente associado com as doenças de base relacionadas, de acordo com a conduta nutricional da equipe de nutrição clínica do hospital. Foram utilizadas recomendações de 15 até 40 kcal/kg de peso corporal e de 1,0 a 2,0g de proteína/kg de peso corporal, a depender do paciente, de sua especificidade e das metas nutricionais.

4.4. Grau de utilização de Cuidados Paliativos

Para avaliar o grau de utilização de Cuidados Paliativos estimou-se a atividade funcional do paciente em cuidados paliativos, por meio da Escala de Desempenho Paliativo do Victoria Hospice (PPS, versão 2), validada em português. Trata-se de uma escala de 11 pontos projetada para medir o status do desempenho dos pacientes em decréscimos de 10%. A escala varia de 100% (saudável) a 0% (morte), com base em cinco parâmetros observáveis: deambulação, habilidade de realizar atividades, autocuidado, ingestão de alimentos/líquidos e nível de consciência (SPARGO, 2019) (Anexo 2). Este questionário era preenchido pelo próprio pesquisador por meio de observação e categorizado de 70 a 100% utilizado para pacientes estáveis, necessitando de um número reduzido de cuidados e auxílio para a realização das atividades básicas; 40 a 60%, apresentava uma condição transitória, que demanda cuidados e evidencia progressão da doença; e menor igual a 30%, para pacientes que apresentavam-se em estágio avançado, com capacidade funcional plenamente comprometida e necessitando de alguém que assuma seus cuidados (CLAYTON et al., 2007).

Foi utilizada ainda, para a avaliação de sintomas, a escala Palliative Prognostic Index (PPI), que inclui as seguintes variáveis: PPS, ingestão oral, presença de edema, dispneia em repouso e delírio, conforme sugerido por Pantano (2016). O total de pontos desta escala varia de 0 a 15, que classifica os pacientes nos grupos 3 (escore > 6 = sobrevida superior a 6 semanas), 2 (escore > 4 = sobrevida entre 3 e 6 semanas) e 1 (escore ≤ 4 = sobrevida menor que 3 semanas) (Anexo 3).

4.5. Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica foi utilizada para identificar o nível de consciência dos pacientes analisados, em que utilizou-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), desenvolvida por Teasdale e Jennett (1974), que considera a abertura ocular, reação

motora e resposta verbal, para classificar o nível do trauma e sua reatividade aos testes.

De acordo com Oliveira, Freitas e Pereira (2014), a soma de pontos desta escala varia de 3 a 15, que classifica os pacientes como trauma grave (3 a 8 pontos); trauma moderado (9 a 13 pontos) e trauma leve (14 a 15 pontos). Além disso, a representação dessa classificação para cada tipo de trauma tem-se: leve, representando um deficit neurológico transitório apresentando náusea, vômito, cefaleia ou tontura, acompanhados de alteração ou perda da consciência, amnésia pós-traumática com duração inferior a 15 minutos; moderado, obedecem a ordens simples, porém estão confusos ou sonolentos, podendo apresentar deficit neurológico focal como hemiparesia; e grave, que representa de 10% a 20% dos pacientes, identificando-se a evolução do quadro anterior, levando a coma (Anexo 4).

4.6. Avaliação de Qualidade de Vida

Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group QLQ-C15-PAL*, que cobre 9 dos 10 problemas mais frequentes identificados nos registros médicos de pacientes admitidos em CP especializados (Groenvold et al., 2006). Esse método aborda os seguintes aspectos: físico e emocional, dor, fadiga, náusea/vômito, apetite, dispneia, constipação, dificuldades para dormir e qualidade de vida (Anexo 5), de forma que maiores escores indicam maiores sintomas.

Todos os questionários específicos foram utilizados em versões adaptadas, previamente validadas e traduzidas para o português.

4.7. Demais variáveis

As demais variáveis foram coletadas por meio de questionário pré-estruturado, com informações obtidas do prontuário clínico do paciente, como questões sociodemográficas (nome, naturalidade, residência atual, sexo, data de nascimento, estado civil, cor da pele), história clínica (data de admissão – para o cálculo do tempo de internação até a data da coleta, doença de base, e número de medicamentos analgésicos, opióides, analgésicos adjuvantes utilizados), sinais e sintomas, (Apêndice 1). O estado civil foi classificado em com (casados e em união estável) ou sem companheiro (solteiros, divorciados e viúvos). A cor da pele foi categorizada em branca e não branca (preta, parda) e as doenças de base foram classificadas em

neurológicas, oncológicas e outras.

4.8. Análise Estatística

Os dados obtidos foram tabulados, validados e analisados no programa SPSS versão 20.0 para Windows.

As variáveis contínuas foram descritas como média \pm desvio padrão ou mediana (mínimo e máximo), conforme normalidade dos dados e as categóricas como frequência relativa. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk. As diferenças de médias entre os grupos (sexo e doença de base) foram avaliadas por meio do teste T de Student ou Mann-Whitney (se dois grupos), ou ANOVA ou Kruskal-Wallis (se 3 grupos), de acordo com a distribuição dos dados. Análises de frequência entre variáveis categóricas foram conduzidas por meio do teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, em relação à maior ou menor qualidade de vida, sendo esta categorizada conforme a mediana dos resultados da subescala Qualidade de vida do QLQ-C15-PAL (33,33%). Correlações entre variáveis contínuas por meio de Correlações de Pearson ou Spearman (conforme distribuição dos dados). Para todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 30 pessoas, sendo 50% homens e 50% mulheres, com idade média de $65,6 \pm 16,6$ anos. Destes, 63,3% não tinham companheiros e 83,3% relataram ser não brancos (pretos ou pardos).

O IMC apresentou mediana de $21,81 \text{ kg/m}^2$ (10 - 46,40), com o percentual de 56,7% dos pacientes que apresentavam baixo peso, 20% considerados eutróficos e 23,3% em excesso de peso.

Dos pacientes, 83,3% apresentavam PPS menor ou igual a 30%, e 76,7% PPI menor do que 3 semanas, indicativos de piores prognósticos e expectativa de vida, respectivamente.

A média da ingestão calórica foi de $1191,70 \pm 479,39$ kcal, e a proteica de $61,39 \pm 27,71$ gramas. A média das necessidades calóricas foi de $1680,70 \pm 304,91$ kcal, e a proteica de $90,17 \pm 19,69$ gramas.

O IMC classificado com baixo peso esteve relacionado com a melhor qualidade de vida (Tabela 4), bem como o menor PPS. Além disso, indivíduos com melhor percepção de qualidade de vida tinham menores valores de PP. As demais variáveis (sexo, estado civil, cor da pele, via de administração da dieta, doença de base, PPI, número de medicamentos em uso, e escala de Glasgow) não obtiveram significância estatística em relação à qualidade de vida.

As médias/medianas dos escores de subescalas relacionadas à qualidade de vida, em que pode-se citar dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, fadiga, náuseas e vômitos, capacidade funcional e emocional e a qualidade de vida global, foram comparadas em relação ao sexo e à doença de base, porém não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Tabela 4).

Entretanto, quando analisadas as correlações entre as subescalas com o percentual de adequação calórica e proteica, houve correlação positiva entre o percentual de adequação proteica e a perda de apetite (Tabela 6).

Tabela 4 - Análise de variáveis relacionadas à Qualidade de Vida de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021

VARIÁVEIS	TOTAL	QV < 33,33%	QV ≥ 33,33%	p
Sexo				
Masculino	15 (50,0%)	06 (40,0%)	09 (60,0%)	0,70 0
Feminino	15 (50,0%)	04 (26,7%)	11 (73,3%)	
Idade (anos)	65,6 ± 16,6	60,7 ± 16,79	68,1 ± 16,37	0,26 0
Estado civil				
Sem companheiro	19 (63,3%)	06 (31,6%)	13 (68,4%)	1,00 0
Com companheiro	11 (36,7%)	04 (36,4%)	07 (63,6%)	
Cor da pele				
Parda e preta	25 (83,3%)	08 (32,0%)	17 (68,0%)	1,00 0
Branca	05 (16,7%)	02 (40,0%)	03 (60,0%)	
IMC				
Baixo peso	17 (56,7%)	03 (17,6%)	14 (82,4%)	0,04 0
Eutrofia	06 (20,0%)	02 (33,3%)	04 (66,7%)	
Excesso de peso	07 (23,3%)	05 (71,4%)	06 (28,6%)	
Perímetro Braquial (PB) (cm)	24,0 (18 – 45)	27,0 (20 – 45)	23,0 (18 – 33)	0,13 2
Perímetro da Panturrilha (PP) (cm)	28,39 ± 4,01	30,75 ± 3,28	27,45 ± 3,95	0,04 7
Via de administração*				
Oral	07 (23,3%)	03 (42,9%)	04 (57,1%)	0,71 0
Mista (Oral + Enteral)	05 (16,7%)	01 (20,0%)	04 (80,0%)	
Enteral	18 (60,0%)	06 (33,3%)	12 (66,7%)	
Parenteral	00 (00,0%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	
Tempo de internação (dias)	15,5 (1- 1581)	13,5 (2- 1581)	11 (1- 1468)	0,53 0
Doença de base				
Doenças neurológicas	16 (53,3%)	03 (18,8%)	13 (81,3%)	0,19 4
Doenças oncológicas	04 (13,3%)	02 (50,0%)	02 (50,0%)	
Outras doenças	10 (33,3%)	05 (50,0%)	05 (50,0%)	
Escala de Desempenho Paliativo (PPS)				
Entre 40% - 60%	05 (16,7%)	04 (80,0%)	01 (20,0%)	0,03 1
Menor igual a 30%	25 (83,3%)	06 (24,0%)	19 (76,0%)	
Escala Palliative Prognostic Index (PPI)				
Menor que 3 semanas	23 (76,7%)	07 (30,4%)	16 (69,6%)	0,42 5
Menor que 6 semanas	04 (13,3%)	01 (25,0%)	03 (75,0%)	
Superior a 6 semanas	03 (10,0%)	02 (66,7%)	01 (33,3%)	
Medicamentos				
De 0 a 1 medicamentos	06 (20,0%)	01 (16,7%)	05 (83,3%)	0,52 4
De 2 a 3 medicamentos	17 (56,7%)	07 (41,2%)	10 (58,8%)	
Mais que 3 medicamentos	07 (23,3%)	02 (28,6%)	05 (71,4%)	
Glasgow				
Trauma grave	14 (46,7%)	03 (21,4%)	11 (78,6%)	0,37 6
Trauma moderado	08 (26,7%)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	
Trauma leve	08 (26,7%)	04 (50,0%)	04 (50,0%)	

Resultados apresentados em medianas (mínimo e máximo) foram comparados por teste de Mann-Whitney, os apresentados em média \pm desvio padrão foram comparados por teste T de Student e os apresentados em frequências por qui-quadrado ou Exato de Fischer. A qualidade de vida (QV) foi categorizada conforme a mediana, em $<$ e \geq 33,33% em relação valor percentual encontrado no questionário EORCT QLQ-C15-PAL.*

Tabela 5 Descrição dos parâmetros de qualidade de vida relacionados a sexo e doença de base de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021

ESCALAS	TOTAL	SEXO		p	DOENÇA DE BASE			p
		MASCULINO	FEMININO		NEUROLÓGICA	ONCOLÓGICA	OUTRAS	
Dor	83,33% (0,0-100,0)	100% (0,0 – 100)	83,33% (0,0-100)	0,217	66,67% (0,0-100)	75,00% (50,0-100)	100% (0,0 – 100)	0,071
Dispneia	100% (0,0-100,0)	100% (33,33-100)	100% (0,0 – 100)	0,653	100% (0,0 – 100)	100% (66,67-100)	100% (33,33-100)	0,816
Insônia	100% (33,33-100,0)	100% (33,33-100)	100% (33,33-100)	0,367	100% (33,33-100)	83,33% (66,67-100)	100% (33,33-100)	0,674
Perda de apetite	100% (0,0-100,0)	100% (66,67-100)	100%(0,0 – 100)	0,512	100% (66,67-100)	83,33% (0,0-100)	100% (0,0 – 100)	0,071
Constipação	100% (0,0-100,0)	100% (0,0 – 100)	100% (0,0 – 100)	0,902	100% (0,0 – 100)	83,33% (0,0-100)	83,33% (0,0-100)	0,592
Fadiga	83,33% (0,0-100,0)	83,33% (0,0-100)	83,33% (0,0-100)	0,775	91,66% (0,0-100)	100% (0,0 – 100)	83,33% (0,0-100)	0,586
Náuseas e vômitos	100% (66,67-100,0)	100% (66,67-100)	100% (66,67-100)	0,775	100% (66,67-100)	100% (66,67-100)	100% (100 – 100)	0,342
Capacidade funcional	00% (0,0-100,0)	00% (0,0-100,0)	00% (0,0-22,22)	0,775	0,0% (0,0 – 22,22)	11,11% (0,0 – 100)	5,55% (0,0 – 22,22)	0,272
Capacidade emocional	83,33% (0,0-100,0)	83,33% (0,0-100)	83,33% (0,0-100)	0,838	83,33% (0,0-100)	66,67% (50,0-100)	66,67% (0,0-100)	0,314

Qualidade de vida global	37,77% ± 26,23	34,44% ± 28,50	41,11% ± 24,29	0,500	37,77% ± 26,23	37,77% ± 26,23	37,77% ± 26,23	0,800
---------------------------------	----------------	----------------	----------------	-------	----------------	----------------	----------------	-------

Resultados apresentados em medianas (mínimo e máximo) foram comparados por teste de Mann-Whitney (sexo) ou Kruskal-Wallis (Doença de base) e os apresentados em média ± desvio padrão foram comparados por teste T de Student ou ANOVA, respectivamente.

Tabela 6 Correlação dos parâmetros de qualidade de vida relacionados ao percentual de adequação da ingestão calórica e proteica de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021

ESCALAS	% DE ADEQUAÇÃO KCAL	% DE ADEQUAÇÃO PTN
Dor	R = - 0,023 p = 0,902	R = - 0,180 p = 0,340
Dispneia	R = 0,098 p = 0,605	R = 0,123 p = 0,519
Insônia	R = 0,052 p = 0,784	R = 0,017 p = 0,927
Perda de apetite	R = 0,170 p = 0,368	R = 0,420 p = 0,021
Constipação	R = 0,255 p = 0,174	R = 0,148 p = 0,435
Fadiga	R = 0,145 p = 0,445	R = 0,183 p = 0,334
Náuseas e vômitos	R = - 0,045 p = 0,814	R = - 0,250 p = 0,182
Capacidade funcional	R = 0,189 p = 0,316	R = 0,124 p = 0,514
Capacidade emocional	R = 0,088 p = 0,644	R = 0,188 p = 0,319
Qualidade de vida global	R = - 0,240 p = 0,201*	R = - 0,088 p = 0,642*

*Referente à Correlação de Pearson. As demais variáveis foram avaliadas por correlação de Spearman.

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a adequação do consumo de calorias e proteínas com a QV em pacientes em CP, assim como dados antropométricos e escalas de funcionalidade. Dessa forma, observou-se uma percepção de melhor QV nos pacientes com baixo peso, menor PP, menor PPS, além da presença de correlação positiva entre ingestão proteica e perda de apetite.

Ao comparar as variáveis relativas ao estado nutricional com a QV, deve-se considerar, que esta depende de diversos fatores como dimensões físicas, sociais e emocionais. Dessa forma, com relação à melhor qualidade de vida associada ao IMC de baixo peso, tem-se como hipótese que à medida que o IMC aumenta, ocorre o aumento de processos inflamatórios e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, podendo levar a esta percepção de QV reduzida. O IMC elevado associado a outros fatores de risco para o sexo e a idade, revelam prejuízos na QV (MASSAROLI et al., 2018).

De acordo com diversos estudos da literatura, como o de Campos et. al.(2005), Oliveira-Campos et. al. (2013) e Segalla et. al.(2013), idosos portadores de problemas crônicos de saúde apresentam maior chance de baixo peso e menor perímetro da panturrilha, o que pode ser avaliado devido a características relacionadas ao envelhecimento que geram alterações metabólicas e absorptivas no organismo, juntamente com perdas importantes na massa muscular e alterações no padrão de distribuição de gordura corpórea.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a PP é considerada a melhor e mais sensível medida de massa muscular em idosos, uma vez que indica mudanças da massa livre de gordura juntamente com a detecção de riscos nutricionais, garantindo intervenções adequadas (WHO,1995). Assim, o resultado apresentado de menores valores de PP em indivíduos com melhor qualidade de vida, pode ser considerado em duas perspectivas. A primeira, conforme o estudo de Mello, Waisberg e Silva (2016), afirmaram que a perda de massa e função muscular é maior conforme o tempo de internação, em que pode ocasionar em uma desnutrição frequente e aparente nestes pacientes.

Por outro lado, o estudo de Peixoto et.al. (2016) indica que independente do tempo de internação, a perda funcional e fisiológica da massa muscular

desacelera, não trazendo tantas interferências relacionadas ao pior prognóstico. Dessa forma, as menores medidas de PP não estariam necessariamente relacionadas ao pior prognóstico e, conseqüentemente, à pior QV, o que poderia ser uma explicação para o encontrado no presente estudo. Ainda, pode ser avaliado que a presença ou não de edema pode ter contribuído para gerar um viés de classificação, uma vez que o edema gera maior PP e leva a uma pior QV em função da piora do quadro clínico.

De acordo com os dados descritos, o PPS entre 40 e 60% demonstrou relação com a menor qualidade de vida, de forma que a melhor percepção de QV foi apresentada nos pacientes com PPS menor igual a 30%. Este fato pode ser explicado pela consciência da finitude, quanto antes o indivíduo apresenta uma melhor compreensão da existência humana, percebendo-a como existência de possibilidade e importância de fazer escolhas para uma vida mais realizada. Entretanto, isso se mostra a partir de mecanismos de defesa que ignoram a morte e dificultam a percepção da finitude, bem como o seu bem-estar como um todo, sendo assim, a menor qualidade de vida aparece como uma barreira de aceitação e virtudes ao observar a vida sobre outros parâmetros que não o da doença e de seus sintomas desagradáveis (Araújo et al., 2013).

Pode-se acrescentar a isso, a percepção de fim da vida descrita por Arantes (2019), em que menciona a morte como a dissolução dos quatro elementos da natureza: terra, água, fogo e ar. A terra está relacionada ao desempenho físico a longo do processo de doença; a água permite mergulhar fundo como nunca antes, buscando a si mesmo dentro da própria essência, tendendo o paciente a ficar mais desidratado e com menor produção de fluidos corporais. Já na dissolução do fogo acontece a visita da saúde em que o corpo toma consciência de que o tempo está se encerrando, mas ainda é tempo de vida, permitindo que aproveite o caminho de forma mais bela e mais cheio de vida, trazendo a percepção da finitude e encontrando o sagrado dentro dela. A dissolução do ar mostra a percepção real e iminente da morte até devolver o sopro vital ao Universo, concluindo nossa missão na terra. Sob esta penúltima perspectiva (dissolução do fogo), à medida que as células tomam consciência de que o tempo está acabando, elas também se tornam mais ativas. É a oportunidade de que o ser humano perceba que veio a este mundo para “ser humano” e demonstre seu melhor potencial e o motivo que o trouxe até aqui.

Talvez, por essa percepção (ainda que inconsciente) da finitude naqueles que apresentam um pior prognóstico (menor IMC, PP e pior prognóstico conforme a PPS), seja possível avaliar com mais serenidade a beleza do que ainda resta de vida.

Em uma outras perspectiva, a melhor qualidade de vida nos indivíduos com menor PPS, e portanto, em maior uso de CP, pode sugerir que estes cuidados são eficazes ao que se propõem.

Quanto à correlação significativa encontrada entre o maior percentual de adequação proteica com sintomas aumentados da perda de apetite, diversos fatores podem ser considerados, como o processo de adoecimento que acarreta em alterações no padrão alimentar, anormalidades no sistema digestório, hipercatabolismo, aumento dos processos inflamatórios, uso de medicações que geram alterações no paladar e até mesmo má absorção de certos nutrientes (MARTINS; MOREIRA; AVESANI, 2015). Com base nisso, pode-se relacionar que quanto maior a oferta e adequação proteica (e, portanto, maior a adequação) maior a possibilidade de sintomas de empachamentos ou desconfortos propiciando a perda de apetite. Além disso, quanto maior a perda de apetite, maior os esforços da equipe em fornecer (ainda que artificialmente) as quantidades necessárias deste nutriente.

Outro fator importante para análise da adequação proteica é com relação à sensação de fome e saciedade, que a partir dos questionamentos não foram avaliadas individualmente. De forma que esta pode associar-se esta correlação com o efeito das proteínas sobre o controle da fome e da ingestão alimentar como demonstrado no estudo de Paiva (2006). Neste estudo foi descrito que as proteínas conferem maior saciedade que os carboidratos, os quais por sua vez saciam mais que os lipídios, uma vez que altas concentrações de aminoácidos na corrente sanguínea estimulam a liberação de hormônios anorexígenos e insulina, que aumentam a saciedade. Assim, pode-se inferir que a quantidade de proteína ingerida alcançada já propiciava uma sensação de saciedade que interferia diretamente na perda de apetite.

Ao avaliar a adequação calórica e proteica comparado a dores, náuseas e vômitos, observa-se uma inversão de proporcionalidade, que podem ser justificados pela ideia de que tais sintomas prejudicam a ingestão alimentar. Da mesma forma, os efeitos provenientes da terapia nutricional adequada reduzem

a resposta metabólica ao estresse, conseqüentemente evitam-se complicações metabólicas modulando a resposta imunológica (SANTANA; VIEIRA; DIAS; BRAGA; COSTA, 2016), uma vez que quando há adequação da ingestão calórica e proteica, a sintomatologia evidenciada pelos processos de adoecimento, podem ser sanados e/ou diminuídos. Por outro lado, quando avaliada em relação à qualidade de vida, analisa-se um resultado controverso ao esperado, entretanto, vale ressaltar que os parâmetros de consideração de qualidade de vida global são subjetivos e podem haver divergência quanto à percepção e diversas possibilidades em que essa pode se enquadrar. O que pode-se concluir que para a maioria dos pacientes, a relação de qualidade de vida global, não inclui e não se relaciona diretamente com a alimentação. Estes resultados, todavia, não foram significativos.

Como fator relevante a ser considerado, o estudo apresentou limitações em relação ao n da amostra, que foi limitado devido à pandemia do COVID-19, em que diminuiu-se o tempo de aplicação, bem como menor busca pelos pacientes em cuidados paliativos aos sistemas de saúde. Uma vez que a facilidade de contágio do vírus em espaços fechados, como hospitais e serviços de urgência, a necessidade da busca em massa aos serviços de saúde tornou-se menor (SARTI; LAZARINI; FONTENELLE; ALMEIDA, 2020). Assim, pode-se observar também que a população estudada quando chegava aos serviços já apresentam-se com um estado de saúde bem debilitado, o que pode ter interferido nos resultados da amostra, além do desenho do estudo ser do tipo transversal.

Além disso, é importante ressaltar que os pacientes tinham características individuais, que possam ter interferido nos nossos resultados. Uma vez que a maioria dos pacientes era pacientes terminais, e que os objetivos da Nutrição variam a depender da fase de doença em que o paciente se encontra, sendo em fase final, não levar em conta a cura, e sim o conforto. Assim, os valores de recomendação propostos de calorias e proteínas, obtiveram médias que podem ser consideradas altas, visto que para pacientes terminais, as metas nutricionais são de conforto e não uma terapêutica ativa para cura. Portanto, vale a pena questionar se não houve superestimações das metas calóricas e proteicas, que podem ser avaliadas em um posterior estudo, com pacientes em diferentes fases de tratamento.

7. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a adequação de calorias e proteínas não foi relacionada à qualidade de vida, e a maior adequação da ingestão de proteínas foi correlacionada à maior perda de apetite. O IMC de baixo peso, bem como menor PP, estavam relacionados à uma melhor qualidade de vida e a melhor qualidade de vida foi mostrada em pacientes com maior grau de utilização de Cuidados Paliativos, demonstrando assim a sua eficácia.

Considerando que não há, até o presente momento muitos estudos relacionados aos Cuidados Paliativos, Nutrição e Qualidade de Vida, observa-se a necessidade de mais pesquisas envolvendo os pacientes em Cuidados Paliativos com n amostral maior para que se possa investigar melhor a ocorrência de fatores de confusão em relação aos resultados encontrados.

8. REFERENCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **História dos Cuidados Paliativos**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 27 mar. 2020.
2. ACREMAN, Sue. Nutrition in palliative care. **British Journal of Community Nursing**, [S.L.], v. 14, n. 10, p. 427-431, 2009. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2009.14.10.44494>.
3. ALVES, Railda Sabino Fernandes; CUNHA, Elizabeth Cristina Nascimento; SANTOS, Gabriella César; MELO, Myriam Oliveira. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 39, p.1-15, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.
4. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 8, n. 94, p. 838-839, 1994.
5. ANDRADE, Cristiani Garrido de, COSTA, Solange F Geraldo da, LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 8, p.2523-2530, 2013.
6. 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. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.0903>.
7. ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v.2, p. 56-74, 2012.
8. ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, p. 191, 2019.
9. ARAUJO, Camila da Cruz Ramos de; GUIMARÃES, Adriana Coutinho do Azevedo; MEYER, Carolina; BOING, Leonessa; RAMOS, Manoella de Oliveira; SOUZA, Melissa de Carvalho; PARCIAS, Sílvia Rosane. Influência

- da idade na percepção de finitude e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2497-2505, 2013.
10. BAINES, Mary. From pioneer days to implementation: lessons to be learnt. **European Journal of Palliative Care**, v.18, n.5, p. 223-227. jan. 2011.
 11. BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. 2002. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>. Acesso em: 27 jul. 2021.
 12. BRUERA, Eduardo, LAWLOR, Peter G. Definindo intervenções de cuidados paliativos. **Journal of Palliative Care**, v.14, n.2, p. 23-24, 1997.
 13. BRUGUGNOLLI, Izabela Dias. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? **Revista Bioética**, v. 3, n. 21, p.477-485, 2013.
 14. CAMPOS, Marta Alice Gomes; PEDROSO, Enio Roberto Pietra; LAMOUNIER, Joel Alves; COLOSIMO, Enrico Antonio; ABRANTES, Marcelo Militão. ESTADO NUTRICIONAL NUTRICIONAL E FATORES ASSOCIADOS ASSOCIADOS EM IDOSOS. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 214-221, 2005.
 15. CARVALHO, Ricardo Tavares de, TAQUEMORI, Lais Yassue. Nutrição em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v.2, p. 483-499. 2012.
 16. CLARK, David, BAUR, Nicole, CLELLAND, David, GARRALDA, Eduardo, FIDALGO, Jesús López, CONNOR, Stephen, CENTENO, Carlos. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 794-807, 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>.
 17. CLAYTON, Josephine M; HANCOCK, Karen M; BUTOW, Phyllis N; TATTERSALL, Martin H N; CURROW, David C. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. **Medical Journal Of Australia**, [S.L.], v. 186, n. 12, p. 77-105, jun. 2007. AMPCo. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x>.
 18. COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e**

- Gerontologia**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 631-641, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14236>.
19. DEMÁRIO, Renata Léia, SOUSA, Anete Araújo, SALLES, Raquel Kuerten de. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1275-1282, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700036>.
20. DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda, PADILHA, Marina, SANCHES, Maísa. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, SP, v. 2, n. 17, p. 473-480, 2012.
21. FERNANDES, Elci Almeida. O papel do nutricionista na equipe. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v.2, p. 345-352, 2012.
22. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Vida. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio**. 8. ed. Rio de Janeiro: Positivo, p. 1-954. 2018.
23. GROENVOLD, Mogens, PETERSEN, Morten Aa., AARONSON, Neil K., ARARAS, Juan I., BLAZEYBY, Jane M., BOTTOMLEY, Andrew, FAYERS, Peter M., GRAEFF, Alexander de, HAMMERLID, Eva, KAASA, Stein, SPRANGERS, Mirjam A.G., BJORNER, Jakob B. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. **European Journal of Cancer**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.55-64, 2006. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2005.06.022>.
24. HO, Francis; LAU, Francis; DOWNING, Michael G; LESPERANCE, Mary. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *Bmc Palliative Care*, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-10, 4 ago. 2008. **Springer Science and Business Media LLC**. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684x-7-10>.
25. KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **A Roda da Vida**. [S.I.]: Sextante, p. 320. 2017.
26. LIPSCHITZ, David. Triagem do estado nutricional em idosos. **Prim Care**, p. 55-67. 1994.
27. MARTINS, Aline M.; MOREIRA, Annie S. B.; AVESANI, Carla Maria. Ingestão alimentar de idosos em hemodiálise. **Revista Hospital Universitário Pedro**

- Ernesto**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 50-57, 2015. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2015.19898>.
28. MASSAROLI, Letícia Carvalho; SANTOS, Letícia Cristina; CARVALHO, Giovanna Gomes; CARNEIRO, Stephanie Avesani João Figueiredo; REZENDE, Laura Ferreira de. QUALIDADE DE VIDA E O IMC ALTO COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.
29. MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v.2, p. 23-30, 2012.
30. MELLO, Fernanda Souza de; WAISBERG, Jaques; SILVA, Maria de Lourdes do Nascimento da. Circunferência da panturrilha associa-se com pior desfecho clínico em idosos internados. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 80-85, 2016. <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-211520161600011>.
31. 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. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160031>.
32. NIVALDO BARROSO DE PINHO (Org.). Paciente Oncológico Idoso. In: NIVALDO BARROSO DE PINHO (Org.). **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância, v. 2, p. 49, 2016.
33. OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão; FREITAS, Zaira Moura da Paixão; PEREIRA, Carlos Umberto. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, v. 33, n. 1, p. 22-32, 2014.
34. OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.

35. ORTH, Larissa Chaiane, HARAGUSHIKU, Eder Yukio, FREITAS, Inês Carolina Siqueira, HINTZ, Micheli Cristiane, MARCON, Chaiana Esmeraldino Mendes, TEIXEIRA, José Francisco. Conhecimento do Acadêmico de Medicina sobre Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 43, n. 11, p. 286-295, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190039>.
36. PAIVA, Aline Cardoso de. **Efeitos do consumo de diferentes fontes protéicas na saciedade, ingestão alimentar, composição corporal e no gasto energético de indivíduos eutróficos**. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006.
37. PALIATIVOS, Comitê de Cuidados. **Protocolo Clínico de Cuidados Paliativos em Cardiologia**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Cardiologia, p. 1-46, 2018.
38. PANTANO, Naitielle de Paula. **É possível prever a sobrevida de pacientes ambulatoriais com câncer avançado quando encaminhados aos cuidados paliativos?** Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação da Fundação Pio Xii – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos. São Paulo, p.124. 2016.
39. PEIXOTO, Luciana Gomes; BARBOSA, Cinthia Domingos; NAHAS, Paula Cândido; ROSSATO, Luana Thomazetto; OLIVEIRA, Erick Prado de. A circunferência da panturrilha está associada com a massa muscular de indivíduos hospitalizados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 31, n. 2, p. 167-171, 2016.
40. PRADO, Eleandro do; SALES, Catarina Aparecida; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; MATSUDA, Laura Misue; BENEDETTI, Gabriella Michel dos Santos; MARCON, Sonia Silva. Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: a phenomenological analysis: a phenomenological analysis. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0113>.
41. RIBERA-CASADO, J.M. Feeding and hydration in terminal stage patients. **European Geriatric Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 87-90, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2014.11.009>.

42. SALLES, Alvaro Angelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 397-406, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223021>.
43. SANTANA, Mariana de Melo Alves; VIEIRA, Liana Lima; DIAS, Daniela de Araújo Medeiros; BRAGA, Cinthya Costa; COSTA, Raphaela Moiana da. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 645-654, out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000500003>.
44. SANTOS, A.F.J. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-55, 2020.
45. SAPORETTI, Luis Alberto; ANDRADE, Letícia; SACHS, Maria de Fátima Abrantes; GUIMARÃES, Tânia Vanucci Vaz. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v.2, p. 42-55, 2012.
46. SARTI, Thiago Dias; LAZARINI, Welington Serra; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-5, 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.
47. SEGALLA, Raieli, SPINELLI, Roseana Baggio, ZANARDO, Vivian Polachini Skzypek, ZEMOLIN, Gabriela Pegoraro. Perfil Antropométrico e qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados, no município de Erechim, RS. **Revista Perspectiva**, v. 1, n. 1, p. 81-91, 2013.
48. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Terapia Nutricional em Pacientes Críticos**. 2013. Disponível em: <[http://www.sban.org.br/por_dentro/informativos/123/terapia-nutricional em-pacientes-criticos](http://www.sban.org.br/por_dentro/informativos/123/terapia-nutricional-em-pacientes-criticos)>. Acesso em: 18 set. 2019.
49. SOUSA, Anete Araújo de, SALLES, Raquel Kuerten de, ZILIOOTTO, Liana Ferraz, PRUDÊNCIO, Ana Paula Aguiar, MARTINS, Carla Adriano, PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 2, n. 8, p. 149-162, 2013.

50. SOUZA, Raphaela, FRAGA, Juliana Schmitt de, GOTTSCHALL, Catarina Bertaso Andreatta, BUSNELLO, Fernanda Michielin, RABITO, Estela Iraci. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 1, n. 16, p. 81-90, 2013.
51. SPARGO, Emily. **Victoria Hospice Copyright Permission**. Mensagem recebida por: <Emily.Spargo@viha.ca>. em: 24 set. 2019. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/1?ik=f68b05e403&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1645580665515485057&simpl=msg-f%3A1645580665515485057>. Acesso em: 24 set. 2019
52. STONE, Carol A.; TIERNAN, Eoin; DOOLEY, Barbara A. Prospective Validation of the Palliative Prognostic Index in Patients with Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s.l.], v. 35, n. 6, p.617-622, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.006>.
53. STONE, Carol A.; TIERNAN, Eoin; DOOLEY, Barbara A.. Prospective Validation of the Palliative Prognostic Index in Patients with Cancer. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 617-622, jun. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.006>
54. SUS. **Ministério da Saúde normatiza cuidados paliativos no SUS**. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-normatiza-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 27 jul. 2021.
55. TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. **The Lancet**, [S.L.], v. 304, n. 7872, p. 81-84, 1974. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
56. VICTORIA HOSPICE (Canadá). Victoria Hospice Society. **Palliative Performance Scale: Version 2**. 1996. Disponível em: <<https://victoriahospice.org/how-we-can-help/clinical-tools/>>. Acesso em: 18 set. 2019.
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n.894). Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em 2020.

58. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry** [text on the Internet]; 1995. Geneva: WHO; 1995 [Technical Report Series nº 854]. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/

9. Apêndice

9.1 Questionário de aplicação

CONSULTA NO PRONTUÁRIO - DATA DA COLETA: xx/xx/xxxx				
IDENTIFICAÇÃO				
Nome:		Profissão:		Nascimento:
Naturalidade:		Religião:		Est. Civil:
Reside:		Cor da pele:		Apóio familiar:
ADMISSÃO				
Data admissão:				CID:
HISTÓRIA ONCOLÓGICA				
Sítio primário:				Data Diagnóstico:
Cirurgia:				Data:
Metástases:				
Tratamento paliativo:		QTs: Sim		Não
		RTs: Sim		Não
DOENÇA NÃO-ONCOLÓGICA				
Doença:				
MISCELÂNEA				
Comorbidades:				
SINAIS E SINTOMAS				
PPS:		PPI: > 6 = < 3 sem:	> 4 = < 6 sem:	≤ 4 = > 6 sem:
Dor:		Sim:	Não:	OBS:
Náusea:		Sim:	Não:	OBS:
Vômito:		Sim:	Não:	OBS:
Hiporexia:		Sim:	Não:	OBS:
Fadiga:		Sim:	Não:	OBS:
Mal-estar:		Sim:	Não:	OBS:
Sonolência:		Sim:	Não:	OBS:
Insônia:		Sim:	Não:	OBS:
Constipação:		Sim:	Não:	OBS:
Diurese:		Sim:	Não:	OBS:
Delírium:		Sim:	Não:	OBS:
Edema:		Sim:	Não:	OBS:
Lesão por pressão:		Sim:	Não:	OBS:
Respiratório:	Eupneico ()	Bradipneico ()	Dispneico ()	OBS:
Deambulação:				OBS:
NUTRIÇÃO				
Diagnóstico Nutricional:		Peso (kg):	Altura (m):	IMC (kg/m²):
Circunferência Braquial:				Circunferência da Panturrilha:
Via de administração:				
Necessidades:		Kcal/dia:	Kcal/kg:	PTN (g):
Ingestão:		Kcal/dia:	mL:	PTN (g):
% Adequação:		Kcal/dia:		PTN (g):
ESCALAS				
ESCALA DE GLASGOW				
Abertura Ocular:		4 - Espontânea:		3 - Estímulo Sonoro:
		2 - Estimulo de pressão:		1 - Nenhuma:
Resposta Verbal:		5 - Orientada:	4 - Confusa:	3 - Verbaliza palavras soltas:
		2 - Verbaliza sons:		1 - Nenhuma:
Resposta Motora:		6 - Obedece comandos:	5 - Localiza estímulo:	4 - Flexão normal:
		3 - Flexão anormal:	2 - Extensão anormal:	1 - Nenhuma:
Classificação:		Trauma grave - de 3 a 8 pontos		
		Trauma moderado - de 9 a 12 pontos		
		Trauma leve - de 13 a 15 pontos		
MEDICAÇÃO				

EORTC QLQ-C15-PAL						
Gostariamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a ou seu acompanhante a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.						
Data de hoje (dia, mês, ano):						
1. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
2. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
3. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:						
4. Teve falta de ar?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
5. Teve dores?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
6. Teve dificuldade em dormir?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
7. Sentiu-se fraco/a?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
8. Teve falta de apetite?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
9. Teve enjoos?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
10. Teve prisão de ventre?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
11. Sentiu-se cansado/a?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
12. As dores perturbaram as suas atividades diárias?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
13. Sentiu-se tenso/a?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
14. Sentiu-se deprimido/a?						
1. Não:	2. Um pouco:	3. Bastante:	4. Muito:			
Na seguinte pergunta faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso.						
15. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?						
<i>Péssima</i>						<i>Ótima</i>
1	2	3	4	5	6	7

10. Anexos

10.1 Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA E SOCIAL

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Associação da ingestão de calorias e proteínas com a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos”, coordenado pela professora Júlia Cristina Cardoso Carraro, da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. Este estudo tem como objetivo avaliar se a ingestão adequada de alimentos (calorias e proteínas) promove melhor qualidade de vida nos pacientes.

Caso você aceite participar desta pesquisa você será submetido aos seguintes procedimentos:

Responder a breves questões para sua identificação, especialmente em relação a sintomas, percepção de qualidade de vida e da alimentação. Se estiver se alimentando normalmente, também te solicitaremos anotar tudo o que comeu ao longo de um dia. O tempo aproximado para a realização de todos os procedimentos provavelmente não ultrapassará 10 a 15 minutos. Para demais informações (motivo de internação, estado clínico), caso você nos autorize, consultaremos seu prontuário, de forma a reduzir os possíveis incômodos.

Todas as informações obtidas serão confidenciais, sendo identificadas por códigos e sua divulgação (científica) ocorrerá de forma coletiva e, nunca individualmente, ou de forma que permita a sua identificação. No final do estudo, os resultados coletivos serão divulgados em congressos ou artigos, os quais servirão de incentivos para que a intervenção nutricional seja priorizada desde o início do cuidado, de forma a garantir melhor qualidade de vida e menor desconforto ao paciente. Os dados serão armazenados pelo professor responsável até que os estudos sejam publicados em meios científicos e apenas os pesquisadores envolvidos terão acesso aos mesmos e logo após serão incinerados.

Esta pesquisa não possui métodos invasivos, oferecendo risco mínimo ao participante. O voluntário terá um mínimo inconveniente relacionado ao tempo despendido na resposta dos questionários, o qual será minimizado com questionários breves e de fácil aplicação. Além disso, o fato de responder a questões relativas à sua saúde pode te trazer algum inconveniente emocional. Para isso, nos propomos a coletar o máximo de informações possíveis em seu prontuário médico, de forma a incomodá-lo minimamente. No entanto, você é livre para decidir participar ou não deste estudo, e para recusar a continuar em qualquer etapa da execução do mesmo, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo. Mediante sua participação, esperamos poder propor uma atenção mais

qualificada aos atendimentos nutricionais em pacientes como você, como forma de melhorar sua qualidade de vida. Todos os procedimentos serão gratuitos e não haverá nenhum tipo de remuneração para sua participação.

Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida sobre os procedimentos, entre em contato conosco, ou para dúvidas sobre questões éticas, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, localizado no Centro de Convergência, campo universitário, UFOP, telefone: (31) 3559-1368.

Prof^a. Júlia Cristina Cardoso Carraro (31) 98756-6451

julia.carraro@ufop.edu.br

Marcela Gomes Reis (31) 98857-1350

marcela.reis@aluno.ufop.edu.br

Eu, _____
declaro que entendi os objetivos da pesquisa em questão e que aceito participar da mesma, nos termos apresentados.

Assinatura do participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

10.2 Anexo 2 - Escala de Desempenho Paliativo do Victoria Hospice (PPS, versão 2)



A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2)

TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
(Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2).
©Victoria Hospice Society, 2009.

10.3 Anexo 3 - Escala Palliative Prognostic Index (PPI)

Status de desempenho / Sintomas Pontuação parcial

Escala de desempenho paliativo

10-20	4
30-50	2.5
≥ 60	0 0

Ingestão Oral

Bocados ou menos	2.5
Reduzido, mas mais que um bocado	1
Normal	0 0

Edema

Presente	1
Ausente	0 0

Dispneia em repouso

Presente	3.5
Ausente	0 0

Delírio

Presente	4
Ausente	0 0

Pontuação

Score PPI > 6 = sobrevida menor que 3 semanas

Score PPI > 4 = sobrevida menor que 6 semanas

Score PPI ≤ 4 = sobrevida superior a 6 semanas

FONTE: Stone, Tiernan e Dooley (2008)

10.4 Anexo 4 - Escala de Coma de Glasgow (ECG)

INDICADORES	RESPOSTA OBSERVADA	ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Estímulo sonoro	3
	Estímulo de pressão	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Verbaliza palavras soltas	3
	Verbaliza sons	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
Melhor Resposta Motora	Obedece a comandos verbais	6
	Localiza estímulos	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
Soma Dos Pontos	Trauma grave – De 3 a 8 pontos	
	Trauma moderado – De 9 a 13 pontos	
	Trauma leve – De 14 a 15 pontos	

10.5 Anexo 5 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group QLQ-C15-PAL

PORTUGUESE (PORTUGAL)



EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um	Bastante	Muito
		pouco		
1. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
2. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
3. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Um	Bastante	Muito
		pouco		
4. Teve falta de ar?	1	2	3	4
5. Teve dores?	1	2	3	4
6. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
7. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
8. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
9. Teve enjoos?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
10. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
11. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
12. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
13. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
14. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4

Na seguinte pergunta faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso.

15. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima			Óptima			