

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA NA PESSOA COM DEMÊNCIA:
EFEITOS, INDICAÇÕES E BENEFÍCIOS**

**LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CON DEMENCIA:
EFECTOS, INDICACIONES Y BENEFICIOS**

**ENTERAL NUTRITION IN PERSON WITH DEMENTIA:
INDICATION, EFFECTS AND BENEFITS**

Daniela Alves - Enfermeira na UCC São Tiago de Urra, Aluna de Mestrado em Cuidados Paliativos, ESALD, Instituto Politécnico de Castelo Branco

Paula Sapeta - Professora Coordenadora, Mestrado em Cuidados Paliativos, ESALD, Instituto Politécnico de Castelo Branco

RESUMO

Objetivo: Esta revisão sistemática da literatura pretende esclarecer as indicações do uso da alimentação entérica na pessoa com demência. As dificuldades na alimentação da pessoa com demência podem surgir em qualquer fase da doença, manifestando-se por desnutrição, perda de peso, decréscimo da qualidade de vida, entre outras. A alimentação entérica por sonda pode ser uma das opções para minorar o seu efeito, onde ainda se discute os seus benefícios. **Métodos:** Foram incluídos 8 estudos de natureza qualitativa: 5 artigos de fonte primária, 3 artigos de revisão sistemática da literatura, publicados no horizonte temporal de 2008 a 2013. **Resultados:** A alimentação entérica por sonda na pessoa com demência pode ter efeitos na sobrevivência/taxa de mortalidade (sem evidência de benefício), estado nutricional (sem melhorias), estado funcional e cognitivo (sem melhorias), aspiração (não reduz o risco de aspiração), úlceras de pressão (sem evidência de benefício na incidência e na evolução das úlceras), qualidade de vida (sem dados concretos na maioria dos estudos). **Conclusões:** A evidência que a alimentação por sonda nas pessoas com demência proporciona benefícios não foi conclusivo, podendo até ter o efeito oposto. Faltam ainda dados sobre os efeitos adversos destas intervenções.

Descritores: Cuidados paliativos; Demência; Nutrição enteral; Indicações terapêuticas.

ABSTRACT

Objective: With this systematic literature review aims to clarify the indications for the use of enteral feeding in the person with dementia. The difficulties in feeding the person with dementia, may arise at any stage of the disease and can include malnutrition, weight loss, decreased quality of life, among others. Enteral feeding by tube may be an option, where there is debate about its benefits. **Methods:** Were included eight qualitative studies: 5 primary source articles, 3 articles systematic literature review, published in the timeframe 2008-2013. **Results:** Enteral feeding in the person with dementia may have effects in several areas: survival / mortality rate (no evidence of benefit), nutritional status (no improvement), functional status and cognitive development (no improvement), aspiration (enteral feeding does not reduce the risk of aspiration), pressure ulcers (no evidence of benefit in the incidence and progression of ulcers), quality life (without hard data in most studies). **Conclusion:** Evidence that tube feeding in people with dementia provides benefits was not conclusive, and may even have the opposite effect. There are still data on the adverse effects of these interventions.

Key words: Palliative care; Dementia; Enteral nutrition; Therapeutic Use.

RESUMEN

Objetivo: Esta revisión sistemática de la literatura sirve para aclarar las indicaciones para el uso de la alimentación enteral en el paciente con demencia. Las dificultades en la alimentación de la persona con demencia pueden ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad, y se manifiestan con la desnutrición, pérdida de peso, disminución de la calidad de vida, entre otros. La alimentación enteral por sonda puede ser una de las opciones para atenuar su efecto y aún se discuten sus beneficios. **Métodos:** Se incluyeron ocho estudios de carácter cualitativo: 5 artículos de fuente primaria, 3 artículos de revisión sistemática de la literatura publicados entre 2008 y 2013. **Resultados:** la alimentación por sonda enteral en el paciente con demencia puede tener efectos sobre la supervivencia / tasa de mortalidad (sin evidencia de beneficio), el estado nutricional (sin mejoría), el estado funcional y cognitivo (sin mejoría), la aspiración (no reduce el riesgo de aspiración), las úlceras por presión (sin evidencia de beneficio en la incidencia y en el desarrollo de úlceras), la calidad de vida (no hay datos concretos en la mayoría de los estudios). **Conclusiones:** La evidencia de que la alimentación por sonda en personas con demencia proporciona beneficios no fue concluyente e incluso pueden tener el efecto contrario. Todavía hay datos sobre los efectos adversos de estas intervenciones.

Palabras clave: Cuidados paliativos; demencia; nutrición enteral; indicaciones terapéuticas.

INTRODUÇÃO

A lei de Bases dos Cuidados Paliativos em Portugal (nº 52/2012), define Cuidados Paliativos como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.” A demência situa-se neste vasto leque de doenças incuráveis e progressivas que afeta a pessoa e a sua família/pessoas próximas.

Atualmente estima-se em 7,3 milhões de pessoas europeias com demência e em 2040, na Europa ocidental, prevê-se a duplicação deste número. Em Portugal estima-se que existam cerca de 153000 pessoas com demência, cerca de 1,5% da população portuguesa. Todos os anos 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência, o que significa que a cada 24 segundos um novo caso é diagnosticado⁽²⁾.

Demência trata-se de um síndrome de instalação progressiva em que ocorre deterioração cognitiva e intelectual, que depois persiste, acompanhada por um progressivo declínio funcional e da autonomia da pessoa doente, com implicações claras na sobrevida, já que eventualmente virá a falecer devido a essa mesma patologia ou às limitações que a mesma determina (imobilismo, alterações da deglutição e infecções associadas)⁽³⁾.

Esta é classificada de acordo com a presumível etiologia⁽⁴⁾:

- Demência do tipo de Alzheimer;
- Demência vascular;
- Demência devido a outras condições clínicas (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana, traumatismo crânio-encefálico, doença de Parkinson, doença de Huntington);
- Demência persistente induzida por substâncias (por exemplo, devido ao abuso de drogas, medicação ou exposição a toxinas);
- Demência devido a múltiplas etiologias ou Demência não especificada (se a etiologia é indeterminada).

A sua duração não pode ser estimada e ainda é muito debatida, com dados de sobrevivência entre 3 e 16 anos. Durante a sua evolução, o paciente passa pela progressiva perda de autonomia e função, até à dependência completa e comprometimento cognitivo. Este processo gradual e a sua progressão dependem do tipo de demência, idade, comorbilidades, tratamento, cuidados de saúde e rede de apoio⁽⁵⁾.

A dificuldade de diagnóstico precoce deve-se a múltiplos fatores, relacionados com a idade de início, o grau de escolaridade e nível sociocultural, assim como, a presença de alterações comportamentais e/ou repercussões fundamentais⁽⁶⁾.

Na demência, a primordial característica é o desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos que incluem perda de memória e pelo menos um dos seguintes distúrbios cognitivos: afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva. Os défices cognitivos podem ser suficientemente graves para causarem perda da função social ou ocupacional e representarem o declínio desde o mais alto nível de funcionalidade, não surgindo exclusivamente no decurso de estado confusional ou doença depressiva⁽⁴⁾. De acordo com a escala FAST, proposta por Reisberg (1982), a deterioração na demência passa por sete estádios: normalidade, queixas subjetivas, ligeiro defeito de memória, demência ligeira ou inicial, demência moderada, demência grave e demência muito grave/severa⁽⁶⁾.

Nos estádios finais da doença, os sintomas mais frequentes são as alterações comportamentais, a dor abdominal (associada à obstipação, retenção urinária e fecalomas), dificuldades na alimentação, febre, infeções e retenção de secreções respiratórias. A avaliação

destes sintomas e do sofrimento pode estar comprometida devido à dificuldade de estes doentes se expressarem verbalmente. Portanto, torna-se importante reconhecer os estados de distress diferentes do padrão habitual de comportamento, identificado o sintoma que pode induzir esta alteração⁽³⁾.

A alimentação é considerada fundamental para a sobrevivência em qualquer doença, porém, do ponto de vista cultural, a comida por vezes é considerada uma expressão da compaixão humana. Neste processo de tomada de decisão devem ser considerados fatores éticos, religiosos e culturais, bem como os desejos do doente, previamente expressos ou presumidos em relação à alimentação por sonda, a gravidade de doença, o prognóstico individual e esperança de vida do paciente, qualidade de vida da pessoa com ou sem alimentação por sonda, complicações e prejuízos antecipados devido à alimentação por sonda e mobilidade do paciente⁽⁷⁻⁸⁾.

Independentemente da etiologia da demência, estas pessoas, frequentemente, desenvolvem dificuldade em se alimentar, com diminuição frequente da sensação de fome e sede, associadas à dificuldade de deglutição (para sólidos e líquidos) e recusa alimentar. A perda de memória da pessoa pode resultar no esquecimento da última refeição. Das dificuldades de percepção e espaciais podem emergir nas dificuldades de reconhecer a comida e os utensílios, enquanto a apraxia pode conduzir a dificuldades nas ações voluntárias como abrir a boca para uma colher ou mover a comida desde a frente para trás na boca. Perda nas funções de linguagem que acompanham a demência podem levar a dificuldade em compreender as instruções na hora da refeição e afetar a capacidade da pessoa para articular os seus alimentos preferidos^(3,9). A falta de alimentação não é a causa da degradação, mas sim consequência desta⁽³⁾.

Para aumentar ou assegurar a ingestão de nutrientes, quando a alimentação por via oral é insuficiente, a alimentação entérica constitui uma opção, quer pelos suplementos alimentares por via oral, quer pela alimentação por sonda. Os resultados e o sucesso da terapia nutricional nos pacientes com demência são fortemente influenciados pela severidade da doença, o tipo e a extensão das comorbilidades e pela sua condição geral. Nos estádios precoces e intermédios da doença, uma nutrição adequada e de alta qualidade são importantes para prevenir a desnutrição e ajudar a manter uma condição geral estável⁽⁸⁾.

No presente trabalho pretende-se identificar quais os efeitos, benefícios e indicações da alimentação por sonda, na pessoa com demência. A disfagia nas fases avançadas da demência pode ser uma indicação para alimentação por sonda, nalguns casos. Todavia, no caso das pessoas com demência avançada (irreversível, acamadas, incapazes de comunicar, totalmente dependentes, com perda de recursos físicos) a alimentação por sonda não está recomendada (nível de evidência C)⁽⁸⁾.

A alimentação entérica por sonda abrange diversas opções: sonda nasogástrica (SNG), sonda duodenal, gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) e jejunostomia⁽¹⁰⁾. Nos casos de alimentação entérica de curto prazo a sonda nasogástrica é uma opção difícil de manter na posição correta e apresenta um risco significativo de aspiração e pneumonia⁽¹¹⁾. É facilmente deslocado e puxado, sendo ineficientes num idoso confuso^(8,10). Para pessoas que requerem alimentação por sonda por mais de 6 semanas, é indicado um acesso permanente e seguro, como por exemplo a PEG⁽¹¹⁾. O número de pessoas com PEG está a aumentar devido à melhoria na simplicidade e segurança. Ao procedimento de colocação da gastrostomia estão associadas algumas potenciais complicações: peritonite, exsudado no local da gastrostomia, hemorragia local, infecção local, laceração do esófago, dor local, síndrome "buried bumper", pneumonia de aspiração⁽¹³⁾.

Cerca de um quarto dos pacientes alimentados por sonda apresentam contenção física, 29,2% são medicados para acalmar, por forma a prevenir a extubação e 39,8% dos cuidadores respondem que a alimentação por sonda parecia incomodar o paciente. No mesmo estudo, é referido que cerca de um terço dos familiares acreditou que a alimentação por sonda melhorou a qualidade de vida e, apenas, 23,4% lamentaram a decisão de colocação da mesma⁽¹⁴⁾.

Em relação à sobrevivência da pessoa com demência alimentada por sonda, a evidência não é clara. A incapacidade de melhorar a sobrevivência tem sido frequentemente um argumento central contra a alimentação por sonda na demência, sem o risco de prolongar desnecessariamente a vida do paciente, sendo um ponto a favor da alimentação por sonda⁽¹⁵⁾. A sobrevivência após inserção da gastrostomia é muito baixa na demência comparada com outras indicações para inserção de gastrostomia. Comorbilidades (particularmente a Diabetes), baixo índice de massa corporal, pneumonia atual ou recente, baixo nível de albumina sérica e proteína C-reactiva são preditores de mortalidade elevada após o procedimento⁽¹⁾.

A perda de peso é uma das mais frequentes complicações da demência, ocorrendo em todas as fases da doença, mesmo nas fases precoces antes do diagnóstico ser possível. A mal-nutrição (nomeadamente a desnutrição) contribui para alterar o estado de saúde geral, na frequência e gravidade das complicações, sobretudo infeções e perda rápida da independência⁽¹⁶⁾.

O uso de sonda nasogástrica ou PEG para prevenção da aspiração é controverso. Devido à heterogeneidade dos pacientes e à falta de dados da prevalência da aspiração antes da alimentação por sonda, é difícil desenhar uma conclusão firme se contornando a disfagia, o uso de SNG ou PEG ajuda a reduzir a incidência de pneumonia. Certamente, tem o potencial de aumentar o refluxo e a aspiração. Dados sobre a incidência de pneumonia de aspiração durante a alimentação por sonda via PEG comparado com a SNG são igualmente controversos. Também não está comprovado que a jejunostomia previna esta complicação⁽⁸⁾.

Os estudos disponíveis sobre o efeito da alimentação por sonda relatam que não têm efeitos significativos na cicatrização nem na prevenção de úlceras de pressão. Contudo, a qualidade global dos estudos é pobre⁽⁸⁾.

O uso de gastrostomia também tem impacto na qualidade de vida da pessoa, com efeitos por esclarecer. Este fator pode prender-se com a retirada do paciente da interação social às horas das refeições ou atenção especial que recebem durante a alimentação oral assistida^(12,13,17).

Com o progresso a doença, os pacientes tornam-se incapazes de tomar decisões, podendo surgir situações complexas com os médicos e famílias a terem de decidir se a alimentação e hidratação artificiais serão benéficas para a pessoa⁽¹⁸⁾. As situações de conflito podem ser evitadas se, ao longo da história da doença, o doente e os seus familiares, com a equipa médica, discutirem o tema⁽¹⁹⁾. Desta forma, qualquer decisão deste âmbito deve ser centrada na pessoa, e não baseada na conveniência dos profissionais de saúde ou cuidadores⁽²⁰⁾. Com este tipo de intervenção, geralmente, a família espera observar benefício na sobrevivência, diminuição da aspiração, diminuição da dor, melhoria do estado funcional, prevenção do sofrimento pela sensação de fome ou sede^(7,17). Os médicos também podem estar otimistas sobre os resultados da alimentação por sonda, suportados pela evidência, que pode influenciar a sua escolha na tomada de decisão⁽⁷⁾.

As pessoas dementes em fim de vida não são percebidas como paliativas e, nem sempre recebem os cuidados paliativos adequados, implicando o tratamento “não paliativo” aumento dos custos dos cuidados prestados, sem necessariamente melhorar a sobrevivência ou a qualidade de vida⁽⁵⁾. Cada pessoa com demência merece uma avaliação holística por uma equipa especializada, que inclua um especialista em alterações da deglutição⁽¹⁵⁾. Neste sentido, a alimentação por sonda à pessoa com demência pode ter múltiplos efeitos (positivos e negativos), nalguns deles com falta de consenso entre os autores.

No presente trabalho pretendemos esclarecer as indicações do uso da alimentação entérica na pessoa com demência. Tanto pela minha experiência profissional como pelo intercâmbio de práticas clínicas com colegas de profissão, e não só, esta é uma questão não consensual, entre enfermeiros, restantes elementos do corpo clínico, assim como no seio das famílias/cuidadores dos utentes.

Partindo da questão central *Quais as indicações no uso da alimentação entérica na pessoa com demência?* foram definidos descritores de pesquisa e parâmetros essenciais para uma seleção de artigos eficaz, conseguidos pela aplicação do método PICOD (Participantes, Intervenções, Comparações, Resultados (Outcomes) e Desenho do estudo), descrito na tabela 1.

Dos trabalhos publicados no horizonte temporal de 5 anos (2008-2013), foram inicialmente selecionados 30 artigos, pela leitura do resumo. Após leitura integral de alguns e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 8 artigos (dos quais 3 são revisões sistemáticas de literatura).

METODOLOGIA

A revisão sistemática da literatura consiste em realizar um exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação⁽²¹⁾. Assim, através das informações obtidas, em estudos revelantes e de qualidade, foram identificados elementos comuns e divergentes, refletindo sobre os mesmos.

Por forma a esclarecer quais os efeitos da alimentação entérica na pessoa com demência, a presente revisão de literatura foca-se na procura de estudos de qualidade que permitam responder à questão central: “Quais as indicações do uso da alimentação entérica na pessoa com demência?”

Como objetivo principal foi definido: *Esclarecer as indicações do uso da alimentação entérica na pessoa com demência.*

Assim, em consonância com a questão supra-referida, foram eleitas as seguintes palavras-chave como descritores da pesquisa: end of life, palliative care, advanced dementia, artificial nutrition, tube feeding, enteral nutrition, indication, effects, benefits.

Tabela 1 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

				Palavras-chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Doentes com demência com acompanhamento do seu estado de saúde (tanto em ambiente hospitalar como na comunidade)	End of life Palliative care Advanced dementia Artificial nutrition Tube feeding Enteral nutrition Indication Effects Benefits
I	Intervenções	O que foi feito?	Avaliação dos efeitos da alimentação entérica Avaliação dos benefícios da alimentação entérica Avaliação das indicações da alimentação entérica	
(C)	Comparações	Podem existir ou não?	Quais?	
O	Outcomes (resultados)	Resultados/efeitos ou consequências	Identificação dos efeitos da alimentação entérica	
D	Desenho do estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Método qualitativo, prospectivo, revisões sistemáticas da literatura, etc.	

Fontes de informação/estratégias de pesquisa

Por forma a identificar os estudos pertinentes na investigação, foram definidos alguns critérios de pesquisa que auxiliaram a direcionar a pesquisa.

Como critérios de inclusão, decidimos abranger estudos empíricos e de natureza qualitativa, incluindo revisões sistemáticas, quer em inglês, espanhol e português, sendo o contexto de acompanhamento da pessoa com demência, tanto em ambiente hospitalar, como na comunidade.

O horizonte temporal foi estabelecido entre 2008 e 2013, dado que, sem limite de tempo, o número de artigos encontrados era bastante elevado.

Foram ainda determinados critérios de exclusão por forma a orientar a pesquisa. Estudos sobre:

- Alternativas para administração de fármacos nos doentes com demência
- Doentes oncológicos dementes
- Os efeitos dos suplementos alimentares por via oral no doente demente
- Processo de tomada de decisão para alimentação entérica no doente demente
- Perceção dos profissionais de saúde dos efeitos da alimentação entérica no doente demente
- Questões éticas da alimentação entérica no doente demente
- Complicações após-colocação de PEG
- Diretivas avançadas de vida

Na aplicação do método PICOD, referido anteriormente (tabela 1), foram estabelecidos os parâmetros de investigação que iriam determinar a seleção dos artigos. Finalmente, de acordo com o horizonte temporal previamente estabelecido, foi realizada a pesquisa nas bases de dados:

- Biblioteca do Conhecimento On-line B-On, EBSCO (eBook collection (EBSCOhost), Nursing Reference Center, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Plus With full text, Medline with full text, Cochrane Database of systematic reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina), PubMed, BioMed, Opendoar, Dovepress, Amadeo;
- Foi utilizado complementarmente o motor de busca Google Académico;
- Foram consultadas as teses, dissertações e monografias no RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e RCIPCB (Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco).

As referências bibliográficas mencionadas nos artigos analisados foram também consideradas.

Para obter um dos artigos, dada a sua dificuldade no acesso, foi contactado diretamente, via e-mail, o autor Zeev Arinzon, médico, ao qual fica o profundo agradecimento pela sua generosidade, completa disponibilidade e precioso auxílio científico.

Identificação e seleção dos estudos revelantes

A primeira etapa da pesquisa tratou-se de um processo complexo dado o elevado número de artigos encontrados. Todavia, após a determinação de critérios de pesquisa precisos e claros, o processo simplificou-se.

Dos trabalhos publicados no horizonte temporal de 5 anos (2008-2013), foram inicialmente selecionados 30 artigos pela leitura do resumo. Após leitura integral e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 8 artigos (5 fontes primárias e 3 fontes secundárias - revisões sistemáticas de literatura). Verificou-se uma elevada publicação sobre a percepção de alguns profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, terapeutas da fala) da alimentação por sonda na pessoa com demência, em diversos países. Estes artigos foram excluídos, de acordo com os critérios estabelecidos. Estas diferentes visões e percepções dos profissionais de saúde poderão constituir um importante desafio para futuros debates e investigações.

RESULTADOS

Tal como mencionado, após a trabalhosa pesquisa realizada, selecionaram-se 8 estudos de natureza qualitativa que respondiam à questão central e cumpriam todos os critérios. A distribuição dos mesmos quanto ao país de origem é bastante heterogénea, abarcando Espanha, Inglaterra, Israel, Japão, Estados Unidos da América e Canadá. No que diz respeito ao ano de publicação, verificou-se uma distribuição homogénea nos anos 2008, 2009, 2012 e 2013, não existindo publicações em 2010 e 2011.

Todos os estudos dão resposta à questão central do estudo, fornecendo efeitos da alimentação entérica na pessoa com demência, em diversos domínios: taxa de mortalidade/sobrevivência, estado nutricional, estado funcional e cognitivo, aspiração, úlceras de pressão e qualidade de vida.

As indicações clínicas para a alimentação por sonda são deficiência neurológica, seguida de recusa alimentar, deficiente ingestão oral, perda de peso, disfagia e acidente vascular cerebral, assegurar uma deglutição mais segura, evitar as pneumonias de aspiração, prevenir as úlceras de pressão, garantir mais conforto e sobrevivência ao paciente⁽²²⁻²⁴⁾. A maioria destas sondas (2/3) é colocada numa hospitalização de agudos⁽²³⁾.

Num estudo, 61% dos pacientes com demência do grupo com SNG experimentou pelo menos uma complicação ou sintoma relacionado com a alimentação, enquanto no grupo de controlo (alimentação por via oral) foi de apenas 34%⁽²⁵⁾. 20% dos pacientes tiveram de recorrer ao hospital devido a complicações com a sonda⁽²³⁾. Não há diferenças significativas na frequência de complicações entre os pacientes com demência e sem demência, após a colocação da PEG⁽²⁶⁾.

No diagrama seguinte encontram-se esquematizados os efeitos da alimentação entérica na pessoa com demência.

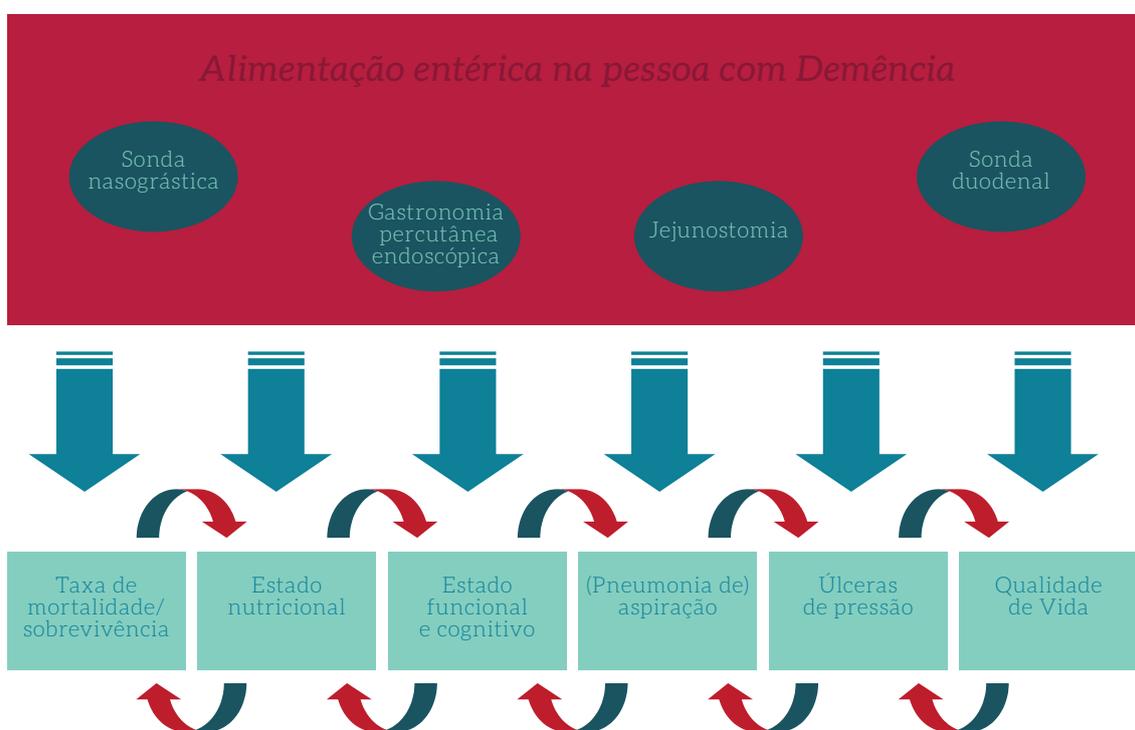


Figura 1 - Diagrama.

Taxa de Mortalidade/Sobrevivência

A maioria dos autores estudados sugere a falta de benefícios significativos da alimentação entérica na sobrevivência entre aqueles que são alimentados por via entérica em relação aos que são alimentados por via oral, mesmo nos pacientes dementes^(22, 24, 25, 27, 29).

Porém, quando se compara a sobrevivência de pessoas que receberam PEG pela demência/prejuízo cognitivo grave devido a lesões neurológicas com pacientes que receberam PEG devido a outros diagnósticos (cancro da orofaringe, AVC e outras lesões neurológicas), a taxa de mortalidade aos 30 dias foi de 28% para o grupo sem demência e 54-58% para o grupo com demência. Ao fim de um ano, respetivamente, entre 63 a 70% para o grupo sem

demência e 90% no grupo com demência⁽²³⁻²⁴⁾. Outro autor refuta estes dados com taxas de sobrevivência de 51% e 49% aos 12 meses⁽²⁶⁾.

Apenas um estudo analisa taxa de sobrevivência das pessoas com PEG em relação ao grupo de pacientes com sonda nasogástrica, sendo mais elevado 27 meses⁽²⁸⁾.

Além disso, o tempo de sobrevivência desde a necessidade de assistência na alimentação e o tempo de colocação da PEG não estão associados. Ou seja, a inserção precoce da PEG após o desenvolvimento da necessidade de assistência na alimentação não está associada a maior sobrevivência após colocação da mesma⁽²⁹⁾.

Diversos fatores que afetam negativamente a sobrevivência destes pacientes: desnutrição, hipoalbuminemia prévia à colocação de PEG, idade avançada, existência de comorbidades, proteína C reactiva, deterioração cognitiva, demência avançada, presença de úlceras de pressão, gastrectomizados, patologia cardíaca, diabetes, sexo masculino, índice de karnofsky > 50^(24,26).

Nos dados analisados determina-se que não existe nem consenso, nem evidência que a alimentação entérica seja eficaz no prolongamento da sobrevivência da pessoa com demência.

Estado nutricional

O peso corporal é um marcador importante do risco de mortalidade nos idosos⁽²⁵⁾. A alimentação por sonda não melhora a mal-nutrição, definida pelos biomarcadores (por exemplo a concentração de albumina sérica) nos pacientes com demência, sugerindo diminuição do peso^(22, 27, 28). Comparativamente, após seis meses de alimentação quer por SNG, quer por PEG, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nos níveis de albumina, não se confirmando o seu efeito na melhoria dos mesmos⁽²⁸⁾.

Apenas um autor refere efeitos positivos nos níveis sanguíneos (hemoglobina e linfócitos), função renal e eletrólitos, estado de hidratação, osmolaridade e proteínas do soro, do grupo de alimentação entérica em relação ao grupo de controlo⁽²⁵⁾.

Os autores estudados referem a falta de provas definitivas que a alimentação entérica por sonda seja eficaz para alcançar uma melhoria no estado nutricional ou nas consequências de uma nutrição deficiente. Muitos pacientes, na fase avançada da sua doença, mantêm uma capacidade de deglutição suficiente para não perderem peso⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Estado funcional e cognitivo

Apenas dois estudos analisaram este domínio, estando em concordância na falta de melhoria definitiva do estado funcional e cognitivo da pessoa com demência com esta forma de alimentação^(25, 27).

Aspiração

A pneumonia de aspiração inclui não só a pneumonia desenvolvida após vomitar e aspirar conteúdo gástrico mas também a pneumonia que se desenvolve insidiosamente devido à má orientação do conteúdo faríngeo bem como as secreções na via aérea⁽¹¹⁾.

A alimentação por sonda não reduz o risco de aspiração pelas secreções orais ou conteúdo gástrico regurgitado, nem o risco de desenvolvimento de infecções^(24, 27). Três estudos, aos 6 meses, enunciam que entre 53 a 58% dos pacientes alimentados por sonda tiveram pneumonia de aspiração comparado com os 17% dos que eram alimentados por via oral. Dos pacientes alimentados com sonda, a pneumonia de aspiração surgiu em 53% nos que tinham SNG, 52% a 67% gastrostomia e 75% jejunostomia, tratando-se de uma diferença estatística significativa^(22,23,28).

Desta forma, a alimentação entérica não se traduz eficaz na diminuição do risco de pneumonia de aspiração nas pessoas dementes, nem no desenvolvimento de infecções.

Úlceras de Pressão

Não existem provas definitivas que a alimentação entérica seja eficaz na redução do risco de úlceras de pressão sobre a ingestão por via oral nas pessoas dementes, podendo até apresentar uma incidência mais elevada^(22, 24, 25, 27). A presença de úlcera de pressão avançada (categoria III e IV) pode até ser mais elevada no grupo de pacientes com SNG do que no grupo de controlo⁽²⁵⁾.

Qualidade de vida

Nenhum dos estudos faz uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes, porém referem restrições físicas e até químicas para manutenção da alimentação artificial, limitando a qualidade de vida da pessoa, diminuindo a sua interação com os outros, a satisfação alcançada pela degustação da comida, dignidade e autonomia⁽²²⁻²⁴⁾. Também não existem dados em relação ao conforto dos pacientes alimentados por sonda⁽²⁷⁾.

CONCLUSÕES

A opção por esta temática e por uma questão de partida desta natureza surgiu de uma necessidade pessoal de clarificar e aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos neste âmbito, devido a exercer funções como enfermeira, numa instituição que presta cuidados na sua maioria a pessoas com demência. No início das pesquisas ficou patente a imensidão de artigos científicos sobre o tema, existindo necessidade de definir de forma mais estreita o tema, que como investigadora pretendia aprofundar.

Apesar de todos os estudos já realizados, a evidência que a alimentação entérica nas pessoas com demência proporciona benefícios na sobrevivência, mortalidade, qualidade de vida, estado nutricional, cognitivo e funcional e redução da incidência das úlceras de pressão não foi conclusivo. Além disso, existe ainda pouca informação acerca dos efeitos adversos destes procedimentos invasivos, assim como, escassa avaliação objetiva da qualidade de vida, estado funcional, comportamento, dor, desconforto e sintomas psiquiátricos da demência.

Dada a falta de consenso, a alimentação por sonda, por vezes, continua a ser compreendida como uma solução razoável para alimentar e hidratar a pessoa com demência. Sendo assim, esta poderá constituir uma possível razão para o elevado número de pacientes com demência portadores de sonda de alimentação.

Por outro lado, considero importante refletir no efeito oposto que a alimentação entérica pode proporcionar ao paciente, de acordo com alguns estudos: aumento da mortalidade, morbidade, alteração da sua qualidade de vida, aumento das secreções pulmonares e aumento do risco de úlceras de pressão.

As dificuldades de reconhecimento da demência como uma doença terminal podem dificultar os processos de tomada de decisão, quer por parte dos profissionais de saúde, quer pela família. Considero que a evidência produzida num trabalho desta natureza auxiliará ambos numa tomada de decisão esclarecida, tendo em vista as vontades do paciente, a sua autonomia, a sua situação global e o seu conforto. Pois retirar uma sonda é mais difícil do que colocá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série, N.º 172 (05-09-2012).5119-5124.
2. Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, disponível online em <http://www.alzheimerportugal.org/> (consultado em 22 agosto 2013)
3. Neto, I. Cuidados Paliativos em Pessoas com Demência Avançada in Barbosa, A. & Neto, I. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 2º Edição. p.247-266.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2000, (4th ed.,text rev.)

5. Giulio, P., Toscani, F., Villani, D., Brunelli, C., Gentile, S. & Spadin, P. Dying with advanced dementia in Long-Term Care Geriatric Institutions: A Retrospective Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2008, 11 (7). 1023-1028.
6. Castro-Caldas, A.; Mendonça, A. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lousã: Editora Lidel. 2005.
7. Hanson, L. Tube Feeding Versus Assisted Oral Feeding for Persons With Dementia: Using Evidence to Support Decision-Making. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 2013,21 (1). 36-39.
8. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (2006). Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*. 25, 330-360.
9. Parker, M. & Power, D. Management of swallowing difficulties in people with advanced dementia. *Nursing Older People*. 2013, 25 (2). 26-31.
10. Heuberger, R. Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: Review. *Journal of Nutrition for the Elderly*. 2010, 29. 347-385
11. Simons, S., & Remington, R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse's Guide to PEG Tubes. *MEDSURG Nursing*, 2013,22 (2). 77-83.
12. Ogita, M., Utsunomiya, H., Akishita, M. & Arai, H.. Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. *Geriatrics & Gerontology International*. 2012,12(4). 643-651.
13. Cullen, S. Gastrostomy tube feeding in adults: the risks, benefits and alternatives. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2011, 70(03). 293-298.
14. Teno, J., Mitchell, S., Kuo, S., Gozalo, P., Rhodes, R., Lima, J., & Mor, V. Decision-Making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five-State Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011, 59 (5). 881-886.
15. Regnard, C., Leslie, P., Crawford, H., Matthews, D. & Gibson, L. Gastrostomies in dementia: bad practice or bad evidence? Age and ageing. 2010, 39 (3). 282-284.
16. Pivi, G., Bertolucci, P. & Schultz, R. Nutricion in Severe Dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2012.

17. Palecek, E., Teno, J., Casarett, D., Hanson, L., Rhodes, R. & Mitchell, S. Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010, 58 (3). 580-584.
18. Buiting, H., Clayton, J., Butow, P., Delden, J. & Heide, A. Artificial nutrition and hydration for patients with advanced dementia: perspectives from medical practitioners in the Netherlands and Australia. *Palliative Medicine*. 2011, 25 (1). 83-91.
19. Hernández, J. Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. *Nutrición Hospitalaria*. 2009, Vol. 2. N° extra 2.
20. Best, C. Introducing enteral nutrition support: ethical considerations. *Nursing Standard*. 2010, 24 (37). 41-45.
21. Fortin, M.-F. *O Processo de Investigação, Da Concepção à Realização*. Loures: Lusodidacta. 2000.
22. Candy, B., Sampson, E. L., & Jones, L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. *International journal of palliative nursing*, 2009, 15(8). 396-404.
23. Alagiakrishnan, K., Bhanji, R., & Kurian, M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013, 56(1). 1-9.
24. Escuin, M., Vaca, J., Carbonell, J. & Soler, P. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. *Revision sistemática*. *Revista Clínica Med Fam*, 2013, 6 (1). 37-42.
25. Arinzon, Z., Peisakh, A., & Berner, Y. N. Evaluation of the benefits of enteral nutrition in long-term care elderly patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2008, 9 (9). 657-662.
26. Higaki, F., Yokota, O., & Ohishi, M. Factors predictive of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly: is dementia really a risk factor?. *The American journal of gastroenterology*, 2008, 103 (4). 1011-1016.
27. DeLegge, M. H. Tube feeding in patients with dementia: where are we?. *Nutrition in Clinical Practice*, 2009, 24(2). 214-216.

28. Kumagai, R., Kubokura, M., Sano, A., Shinomiya, M., Ohta, S., Ishibiki, Y., Namuri, K., Aiba, M. & Ichimiya, Y. Clinical evaluation of percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding in Japanese patients with dementia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2012, 66 (5). 418-422.

29. Teno, J., Gozalo, P., Mitchell, S., Kuo, S., Fulton, A. & Mor, A. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Archives of internal medicine*. 2012, 172(9). 697-701.

30. Teno, J., Gozalo, P., Mitchell, S., Kuo, S., Rhodes, R., Bynum, J. & Mor, V. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012, 60 (10). 1918-1921.

Correspondência: d.c.alves.7@gmail.com