

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
DIVISÃO DE ONCOLOGIA CLÍNICA

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
ATENDIDOS PELA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL
ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE

Aluna: Josiane Cheli Vettori

Orientadora: Prof^ª. Dra. Fernanda Maris Peria

Colaboração: Cecília Helena P. S Mattos

RIBEIRÃO PRETO

2013

ÍNDICE

RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	12
4. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROJETO	14
5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	20
Anexo 1 - Escala de Karnofsky Performance Status.....	21
Anexo 2 – Tipos e principais características das dietas oferecidas aos pacientes do HEAB	22

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado paliativo, como definido pela Organização Mundial da Saúde em 2002, é uma *"abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento"*. Assim sendo, a nutrição em cuidados paliativos deve possuir como meta a melhoria da qualidade de vida do paciente e minimizar o desconforto relacionado à alimentação e maximizar o prazer e o valor simbólico dos alimentos. Os cuidados paliativos são relativamente recentes no Brasil e no mundo, não havendo ainda um conhecimento consolidado quanto ao perfil de atendimento de uma unidade de cuidados paliativos, sendo necessários, portanto, o desenvolvimento de estudos que nos possibilitem conhecer melhor como este serviço vem sendo executado em unidades de saúde do nosso país, observar o perfil de pacientes atendidos, analisar como a prática alimentar destes pacientes vem sendo executada, bem como compreender o impacto do atendimento nutricional dentro dos objetivos dos cuidados paliativos. **OBJETIVOS:** Este estudo objetiva retratar, através do levantamento de dados de prontuários eletrônicos, o perfil nutricional e clínico dos pacientes atendidos na Enfermaria e no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) sob gestão da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência/Faepa e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP no período de junho de 2011, onde houve o início das atividades desta ala de atendimento, até dezembro de 2013. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo descritivo referente a dados contidos em prontuários

pertencentes ao arquivo de pacientes que passaram por atendimento nutricional em regime ambulatorial ou em enfermaria do HEAB. Será uma amostra de conveniência, na qual serão analisados aproximadamente 300 prontuários de pacientes atendidos e já falecidos no HEAB.

1. INTRODUÇÃO

O valor da alimentação para o homem ultrapassa o simples consumo de nutrientes, mas também engloba uma série de valores que o alimento possui e que estão relacionados com a sua cultura, sua religião, suas memórias e seu contexto sócio-econômico (McCann; Hall; Groth-Juncker, 1994).

Desta forma, a alimentação desempenha um papel central na vida humana, um papel que não é atenuado com a doença progressiva avançada e que, pelo contrário, possui elevado valor e impacto no bem estar do paciente e de seus familiares e cuidadores, tornando-se um cuidado especial na atuação do nutricionista em cuidados paliativos (Addington-Hall, 1995; Hopkins, 2004).

Os cuidados paliativos, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, é uma *"abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento"*. Desta forma, todos os pacientes portadores de doenças crônicas que sejam graves, progressivas, evolutivas e que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. Dentre as principais doenças destacam-se o câncer, doenças cardíaca, pulmonar, renal e hepática, síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças neurológicas, doença de Alzheimer e acidente vascular encefálico (ANCP, 2009).

Os cuidados paliativos visam proporcionar alívio dos sinais e sintomas causados pelo processo terminal da doença e, ao fazê-lo, não busca apressar ou adiar a morte, mas sim aliviar o sofrimento e proporcionando qualidade de vida ao paciente (Moynihan; Kelly; Fisch, 2005).

Contudo, a percepção da qualidade de vida do paciente depende da gravidade da doença, frequência, duração e gravidade dos sintomas, do impacto dos sintomas na sua capacidade funcional e da avaliação do seu estado de saúde pessoal, uma definição que, no entanto, pode ser diferente da definição médica dos serviços de saúde (Barr; Schumacher; Myers, 2003).

A filosofia dos cuidados paliativos exige que compreendamos o significado complexo do ato de “se alimentar”, tendo a alimentação um significado maior do que a simples oferta de nutrientes, e, desta forma, exige que reconheçamos que sua perda possui profunda importância. (Addington-Hall, 1995; Hopkins, 2004).

Assim sendo, a nutrição em cuidados paliativos deve possuir como meta a melhoria da qualidade de vida do paciente e minimizar o desconforto relacionado à alimentação e maximizar o prazer e o valor simbólico dos alimentos.

A identificação de problemas nutricionais podem facilitar o emprego de estratégias que precisam ser discutidos com o paciente e seus familiares e cuidadores, sendo revistos regularmente conforme ocorram alterações no quadro clínico do paciente.

Para a conduta nutricional é importante respeitar a autonomia do paciente com relação à liberação, suspensão ou não-indicação da alimentação por via oral, enteral ou parenteral evitando-se um tratamento extremamente intensivista e proporcionando alívio do sofrimento e um melhor bem estar ao paciente (ANCP, 2009).

Além disso, a nutrição em Cuidados Paliativos deve proporcionar o conforto no âmbito físico, emocional e psicológico, através do resgate do

prazer, das memórias e do convívio no ato de se alimentar gerando melhora na autoestima, auto percepção e independência; de forma a permitir um maior contato do paciente consigo mesmo e com os seus familiares (American Dietic Association (ADA), 1992; ANCP, 2009).

Para tanto, o nutricionista de uma unidade de Cuidados Paliativos, deve conhecer a fundo o quadro clínico do paciente, incluindo o prognóstico e a expectativa de vida do paciente, além da presença de sinais e sintomas e do seu estado nutricional e, na sua conduta considerar o desejo do paciente, seus familiares e cuidadores, e também equipe multidisciplinar de saúde (ANCP, 2009). Desta forma, em todo este processo, a comunicação entre o nutricionista e o paciente e seus familiares a respeito das crenças relativas aos cuidados paliativos e ao quadro clínico do paciente é fundamental, a fim de ajudá-los a realizarem escolhas e tomarem decisões adequadas, possuindo pleno conhecimento dos fatos (Van der Riet et al., 2009; Van der Riet, Brooks; Ashby, 2006; Chiu et al., 2002).

De forma a prescrever a terapia nutricional mais indicada ao paciente, o nutricionista a avaliação nutricional do paciente deve ser realizada, através da coleta de dados referentes ao hábito alimentar do paciente (incluindo suas preferências e aversões alimentares e aspectos psicossociais associados à alimentação), além de dados antropométricos, exames clínicos e laboratoriais.

Com base em tais informações torna-se possível realizar o diagnóstico nutricional, conduzindo na adoção da estratégia terapêutica adequada que considere as informações obtidas na avaliação nutricional, bem como aspectos como a habilidade do indivíduo em se alimentar, a presença de desconforto

causado tanto pela doença como pela ingestão de alimentos, o nível de consciência do paciente e a presença de dor e disfagia. (ANCP, 2009).

As medidas antropométricas são de grande importância para a avaliação do estado nutricional dos indivíduos, pois refletem o passado da história nutricional do paciente (Fontoura et al., 2006). Estas trazem informações fidedignas e importantes para a avaliação do estado nutricional, sendo de fácil execução, baixo custo, não invasivas e sendo factíveis à beira do leito (Fontoura et al., 2006; WHO, 1995).

Dentre as medidas antropométricas utilizadas, as mais realizadas na avaliação nutricional de pacientes em cuidados paliativos são o peso e a estatura, devido ao quadro clínico do paciente, além da ansiedade que outros métodos podem gerar neste e em seus familiares. A estatura é indicadora do tamanho corporal geral e do comprimento dos ossos (Lohman; Roche; Martorell, 1988). Quando a estatura não pode ser medida por dificuldade de permanecer em pé ou problemas sérios de coluna, existem fórmulas específicas que podem estimar a estatura real do indivíduo de acordo com o gênero e idade (Waitzberg; Ferrini, 2000; Lohman; Roche; Martorell, 1988). Já o peso equivale à soma de todos os componentes corporais, sendo uma medida aproximada das reservas energéticas totais do organismo. Assim, alterações ponderais refletem o desequilíbrio entre a ingestão de nutrientes e o gasto energético (Waitzberg; Ferrini, 2000).

A partir destes dados, tabelas específicas podem fornecer o peso ideal pela altura, sexo e idade do paciente (Caro et al., 2008; Alastrue Vidal et al.,

1982), auxiliando na estimativa do gasto energético basal, na prescrição de medicamentos pela equipe médica e na conduta nutricional a ser adotada.

Além da avaliação antropométrica, o exame físico também é importante, pois auxilia na detecção de deficiências nutricionais que geram desconforto ao paciente e também torna possível observar sinais e sintomas que interferem no bem estar do mesmo (Waitzberg; Ferrini, 2000; Albert; Callaway, 1992).

Como mencionado anteriormente, os exames laboratoriais também são parte integrante e contribuem para a avaliação e conduta nutricional (Bottoni; Oliveira; Ferrini; Waitzberg, 2000; Gibson, 1993).

Dentre os diversos exames bioquímicos, a albumina sérica é o indicador nutricional mais utilizado, sendo indicativo de desnutrição e preditor de mortalidade e morbidade (tempo de internação prolongado, cicatrização deficiente de feridas) (Fontoura et al., 2006; Caro et al., 2008; Smith; Mullen, 1991; Harvey et al., 1981). É também considerada o melhor índice isolado de predição de complicações (Smith; Mullen, 1991; Harvey et al., 1981).

Os níveis de hemoglobina séricos são também bastante utilizadas. Baixos níveis de hemoglobina no sangue, têm sido relacionados a déficits de concentração e de força muscular, baixo desempenho físico, dependência funcional e aumento da mortalidade (Eisenstaedt et al., 2006; Culleton et al., 2006; Riva et al., 2009; Lucca et al., 2008), agravando problemas preexistentes e contribuindo para o surgimento de novas complicações (Price, 2008).

Apesar dos avanços em pesquisas, do conhecimento dos aspectos fundamentais que compõe uma avaliação nutricional e do uso cada vez mais

frequente dos instrumentos descritos na rotina hospitalar e ambulatorial, quando trata-se de um paciente em cuidados paliativos os protocolos de atendimentos nutricionais (quando existentes) ainda são bastante limitados e, desta forma, conhecer o perfil nutricional destes indivíduos torna-se fundamental para definirmos a melhor maneira de atendermos às reais necessidades de um paciente em tais condições.

Ressalta-se desta forma que, embora se tenha ações e programas de cuidados paliativos no Brasil desde a década de 1980, os cuidados paliativos são relativamente recentes no Brasil e no mundo, considerando-se ainda o fato de que foi somente em 2002, que o Ministério da Saúde brasileiro publicou a portaria 19, instituindo o Programa Nacional de Controle à Dor e Cuidados Paliativos. Além da recente institucionalização do programa no sistema de saúde brasileiro, a complexidade desta modalidade de cuidado nos abre a possibilidade para abordá-lo de diferentes formas, não havendo ainda um conhecimento consolidado quanto ao perfil de atendimento de uma unidade de cuidados paliativos, sendo necessários, portanto, o desenvolvimento de estudos que nos possibilitem conhecer melhor como este serviço vem sendo executado em unidades de saúde do nosso país, observar o perfil de pacientes atendidos, analisar como a prática alimentar destes pacientes vem sendo executada, bem como compreender o impacto do atendimento nutricional dentro dos objetivos dos cuidados paliativos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Retratar, através do levantamento de dados de prontuários eletrônicos, o perfil nutricional e clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer, atendidos na Enfermaria e no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB) sob gestão da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência/Faepa e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP no período de junho de 2011, onde houve o início das atividades desta ala de atendimento até junho de 2013, compreendendo dois anos de atividade do serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Através dos dados contidos nos prontuários eletrônicos da Enfermaria de Cuidados Paliativos do HEAB caracterizar os pacientes quanto:

- À neoplasia de base, *performance status*, presença de sinais e sintomas, características sócio-demográficas dos pacientes;
- Ao estado nutricional dos pacientes, incluindo dados antropométricos, exames clínicos e laboratoriais existentes;
- Obter dados a respeito das condutas nutricionais e terapias nutricionais adotadas, incluindo dados referentes a instrumentos de avaliação nutricional ou resultados de exames de impedância bioelétrica que tenham sido realizados dentro da rotina de avaliação nutricional do HEAB.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo referente a dados contidos em prontuários pertencentes ao arquivo de pacientes que passaram por atendimento nutricional durante a internação no Serviço de Cuidados Paliativos do HEAB. Será uma amostra de conveniência, na qual serão analisados aproximadamente 300 prontuários de pacientes atendidos.

Nos prontuários, serão coletadas as seguintes informações:

- Características sócio-demográficas: idade, sexo, grau de escolaridade, tempo de internação hospitalar, desfecho da internação (alta hospitalar, transferência ou óbito).
- Neoplasia de base e comorbidades presentes;
- *Performance Status*, categorizada através da Escala de *Karnofsky Performance Status* no momento da admissão do paciente ao HEAB (ANEXO 1);
- Dados referentes ao estado nutricional dos pacientes:
 - Antropometria: peso (atual, habitual ou estimado), estatura (atual ou estimada) e cálculo do índice de massa corporal (IMC) através da fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso [Kg]} / \text{Estatura [m]}^2 ,$$

- Exames laboratoriais existentes mais realizados pelo serviço do HEAB, como os exames séricos de albumina, hemoglobina, proteína C reativa e creatinina, bem como o cálculo do clearance de creatinina através do uso da fórmula de Cockcroft-Gault, onde: *Clearance de creatinina (ml/min)*= *Peso (Kg)* x

$(140 - \text{idade}(\text{anos})) / 72 \times \text{creatinina s\u00e9rica} (\text{mg/dl})$ (Cockroft; Gault, 1976), cujos resultados estejam fora dos padr\u00f5es da normalidade graduados segundo o CTC-AE em vers\u00e3o traduzida para o portugu\u00eas (Saad et al., 2002).

- Estimativa do Gasto Energ\u00e9tico Basal atrav\u00e9s da f\u00f3rmula de Harris Benedict:

Homens: $66,437 + (5,0033 \times \text{altura [cm]}) + (13,7516 \times \text{peso [kg]}) - (6,755 \times \text{idade [anos]})$

Mulheres: $655,0955 + (1,8496 \times \text{altura [cm]}) + (9,5634 \times \text{peso [kg]}) - (4,6756 \times \text{idade [anos]})$

- Presen\u00e7a de sinais e/ou sintomas no momento da admiss\u00e3o hospitalar que interfiram de alguma forma na ingest\u00e3o alimentar e/ou no estado nutricional dos pacientes, sendo estes: inapet\u00eancia, n\u00e1usea, v\u00f4mito, diarreia, obstipa\u00e7\u00e3o intestinal, mucosite oral, xerostomia, disgeusia, disfagia, saciedade precoce, dor, depress\u00e3o ou dist\u00farbios psicol\u00f3gicos e altera\u00e7\u00f5es cognitivas.

- Via de alimenta\u00e7\u00e3o do paciente (oral, enteral ou parenteral), bem como as caracter\u00edsticas e a quantidade de dieta fornecida ao paciente. As op\u00e7\u00f5es, tipos e as principais caracter\u00edsticas das dietas fornecidas na rotina de servi\u00e7os do HEAB constam no ANEXO 2;

- Diagn\u00f3stico Nutricional e conduta adotada.

Ser\u00e3o considerados como crit\u00e9rios de inclus\u00e3o todos os pacientes em cuidados paliativos cujos prontu\u00e1rios contenham registros dos atendimentos realizados na Enfermaria de Cuidados Paliativos do HEAB desde sua funda\u00e7\u00e3o (em junho de 2011); pacientes com idade maior ou igual a 18 anos; pacientes que tenham diagn\u00f3stico confirmado por anatomo-patol\u00f3gico de neoplasia

maligna avançada e que tenham, durante o período de internação, recebido atendimento nutricional dentro da rotina hospitalar. Serão excluídos os pacientes em cuidados paliativos cuja doença de base não seja o câncer em estágio avançado.

Os dados coletados serão transcritos em planilha própria do Microsoft Office Excel para análise posterior através dos recursos estatísticos adequados.

4. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROJETO

Salientamos que este projeto de pesquisa não traz riscos diretos ao paciente, uma vez que trata-se de uma análise retrospectiva de condutas clínicas nutricionais adotadas em uma enfermaria de cuidados paliativos. Desta forma, não haverá contato entre o pesquisador e os pacientes e não haverá nenhuma intervenção ao paciente decorrente desta pesquisa.

Os possíveis benefícios deste estudo estão relacionados ao melhor conhecimento do aspecto nutricional de pacientes em cuidados paliativos e, desta forma, associados à tentativa de se estabelecerem normativas e protocolos para o cuidado nutricional com o paciente oncológico em cuidados paliativos.

5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

Identificação da Etapa	Início (dd/mm/aaaa)	Término (dd/mm/aaaa)
Submissão ao CEP	17/10/2013	31/10/2013
Coleta de Dados	01/11/2013	31/01/2014
Análise Estatística	01/02/2014	31/03/2014
Redação e submissão dos trabalhos a serem publicados	01/04/2014	30/06/2014

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. 320p.
- Addington - Hall J, McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population - based investigation. *Palliat Med.* 1995 Oct;9(4):295-305.
- Alastrue Vidal A, Sitges Serra A, Jaurrieta Mas E, Sitges Creus A. Anthropometric parameters for a Spanish population (author's transl). *Med Clin (Barc)* 1982; 78(10):407-15
- Barr JR, Schumacher G, Myers EF. Quality of life outcomes assessment: how can you use it in medical nutrition therapy? *J Am Diet Assoc.* 2003;103:177– 180.
- Bottoni A, Oliveira GPC, Ferrini MT, Waitzberg DL. Avaliação nutricional: exames laboratoriais. In: Waitzberg DL, ed. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.* 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p.279-94.
- Caro, M.M.M. et. al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Câncer. *Nutrición Hospitalaria*, 2008; 23(5):458 – 468.
- Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support Care_Cancer.* 2002 Nov;10(8):630-6. Epub 2002 Sep 18.

- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*. 1976;16(1):31-41.
- Culleton Bf, Manns Bj, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Hemmlganbr. Impact Of Anemia On Hospitalization And Mortality In Older Adults. *Blood*, 2006; 107(10): 3841-6
- Eisenstaedt R, Penninx Bwjh, Woodman Rc. Anemia In The Elderly: Current Understanding And Emerging Concepts. *Blood Rev*, 2006; 20(4): 213-26.
- Fontoura CSM, Cruz DO, Londero LG, Vieira RM. Avaliação Nutricional de Paciente Critico. *RBTI* 2006, 18:3:298-306.
- Gibson RS. *Nutritional assessment: A laboratory manual*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Harvey KB, Moldawer LL, Bistran BR, Blackburn GL. Biological measures for the formulation of a hospital prognostic index. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2013-22.
- Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proc Nutr Soc*. 2004 Aug;63(3):427-9.
- Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.
- Lucca U, Tettamanti M, Mosconi P, Apolone G, Gandini F, Nobili A, Tallone Mv, Detoma P, Giacomini A, Clerico M, Tempia P, Guala A, Fasolo, G, Riva, E. Association Of Mild Anemia With Cognitive, Functional, Mood 46 And Quality Of Life Outcomes In The Elderly: The “Health And Anemia” Study. *Plos One* 2008, 3(4): E1920.

- McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients : the appropriate use of nutrition and hydration. J Am Med Assoc 1994 ; 272 : 1263-66.
- Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To Feed or Not to Feed: Is That the Right Question? J Clin Oncol. 2005 Sep 1;23(25):6256-9.
- Price Ea, Mehra R, Holmes Th, Schrier Sl. Anemia In Older Persons: Etiology And Evaluation. Blood Cells Mol Dis, 2011; 46: 159-65.
- Riva E, Tettamanti M, Mosconi P, Apolone G, Gandini F, Nobili A, Tallone Mv, Detoma P, Giacomini A, Cierico M, Templa P, Guala A, Fasolo G, Lucca U. Association Of Mild Anemia With Hospitalization And Mortality In The Elderly: The Health And Anemia Population-Based Study. Haematol, 2009; 94(1): 22-8.
- Saad ED, Hoff PM, Canelós RP, Katz A, Novis YAS, Pietrocola M, et al. Critérios comuns de toxicidade do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. Rev Bras Cancerol. 2002;48(10):63-96.
- Smith LC, Mullen JL. Nutritional assessment and indications for nutritional support. Surg Clin North Am 1991;71/3:449-57.
- Van der Riet P, Brooks D, Ashby M. Nutrition and hydration at the end of life: pilot study of a palliative care experience. J Law Med. 2006 Nov;14(2):182-98.
- Van der Riet P, Higgins I, Good P, Sneesby L. A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. J Clin Nurs. 2009 Jul;18(14):2104-11.

- Waitzberg DL, Ferrini MT. Exame Físico e Antropometria. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p.255-78.
- WHO, World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva, 1995.
- World Health Organization. Definition of palliative care. 2002 [on-line]. Disponível em [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]. Acessado em: 21 de setembro de 2013.

ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Karnofsky Performance Status

Escala de Karnofsky Performance Status % (KPS)	Comentário
100 Nenhuma queixa; ausência de incidência de doença	} Atividade Normal
90 Capaz de levar sua vida normal; sinais menores ou sintomas da doença	
80 Alguns sinais ou sintômas de doença com o esforço	} Sintomas de doença mas deambulante e capaz de levar seu dia a dia habitual
70 Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo	
60 Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas necessidades	} Ocasionalmente necessidade assistencial
50 requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes	
40 Incapaz, requer cuidados especiais e assistência	} Carente de cuidados contínuos
30 Muito incapaz, indicado hospitalização, apesar de a morte não ser iminente	
20 Muito debilitado, hospitalização necessária, necessitando de tratamento de apoio ativamente	} Preso ao leito, pode necessitar de internação
10 Moribundo, processos letais progredindo rapidamente	
0 Morto	

Anexo 2 – Tipos e principais características das dietas oferecidas aos pacientes do HEAB

DIETAS VIA ORAL

- Dieta Geral - Dieta nutricionalmente adequada, com distribuição de macronutrientes de acordo com as recomendações e, portanto, sem restrições no tipo ou método de preparo dos alimentos servidos.
- Dieta Branda - Dieta nutricionalmente adequada, com distribuição de macronutrientes de acordo com as recomendações, composta de alimentos macios, picados ou moídos, com a celulose, quando presente, abrandada pela cocção.
- Dieta Pastosa e Pastosa para Disfagia - Dieta nutricionalmente adequada, com distribuição de macronutrientes de acordo com as recomendações, sendo que os alimentos são oferecidos na forma de purê, mingau, amassados ou liquidificados e as carnes subdivididas (moídas, trituradas, desfiadas). Em caso de pastosa para disfagia, os alimentos são servidos apenas em consistência de purê, sem pedaços.
- Dieta Pastosa para Disfagia (sem líquidos) - Dieta nutricionalmente adequada, com distribuição de macronutrientes de acordo com as recomendações, sendo que os alimentos devem ser oferecidos na forma de purê e mingau. Nesse tipo de dieta, todos os líquidos oferecidos são espessados (inclusive a água).
- Dieta Líquida (Líquida completa) - Dieta nutricionalmente incompleta, sendo que quando for utilizada por períodos prolongados, pode ocorrer carência de nutrientes, tornando-se necessário o oferecimento

de suplementos alimentares. Contém alimentos na forma líquida ou que se liquefazem a temperatura corporal.

- Dieta Líquida Gelada - Dieta nutricionalmente inadequada, que apresenta composição nutricional semelhante à dieta líquida, porém em temperatura fria e com maior porcentagem de gorduras. São oferecidos sorvetes, sucos gelados, vitamina de frutas e gelatinas, além de caldos frios de legumes e carnes.
- Dieta Líquida sem Resíduos - Dieta nutricionalmente inadequada, caracterizada pela presença de água, líquidos límpidos e carboidratos, com a finalidade de hidratação e a mínima formação de resíduos, proporcionando o máximo de repouso do sistema digestivo. Isenta de sacarose, lactose e fibras solúveis e insolúveis.
- Dieta Líquidos Claros (hídrica) - Dieta nutricionalmente inadequada, caracterizada pela presença de água, líquidos límpidos (translúcidos) e carboidratos (inclusive simples), com a finalidade de hidratação, máxima absorção e a mínima formação de resíduos, proporcionando o máximo de repouso do sistema digestivo. Isenta de lactose e fibras solúveis e insolúveis.
- Dieta Obstipante/Constipante - dieta com distribuição normal dos macronutrientes, porém pobre em resíduos, lactose e sacarose, composta de alimentos de fácil digestão. São evitados alimentos flatulentos e fermentáveis.
- Dieta Laxante/Laxativa - dieta nutricionalmente adequada, com teor adequado de fibras solúveis e insolúveis. A quantidade recomendada de fibra dietética é cerca de 14g para cada 1000 Kcal (IOM, 2002), que é

oferecida através de grãos, frutas, hortaliças, leguminosas, sementes. Também contém alimentos naturalmente laxativos, que favorecem a peristalse intestinal.

- Dieta Hipercalórica/Hiperproteica (Hphcal) - dieta nutricionalmente adequada, rica em calorias e proteínas.
- Dieta Hipogordurosa - Dieta com conteúdo limitado de gordura, principalmente gordura saturada e colesterol. Os módulos de TCM podem ser introduzidos como substitutos de triglicérides de cadeia longa, nos casos de incapacidade de digestão e absorção de gorduras.
- Dieta hipossódica (com 1 ou 2 g de sal/refeição) - nutricionalmente adequada. Os alimentos são preparados sem a adição de sal, sendo adicionado pelo usuário 1 ou 2g de cloreto de sódio/refeição.
- Dieta Para Diabetes (Restrita em carboidrato simples, gordura saturada e rica em fibras de 1500 Kcal, 1800 Kcal, 2000 Kcal e 2500 kcal) - nutricionalmente adequada, composta de seis refeições, com regularidade na ingestão de carboidrato a cada dia. Pode ser necessária maior individualização conforme os hábitos e as preferências alimentares do usuário.
- Dieta para DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) - fornece uma dieta com proporção de macronutrientes a fim de preservar um quociente respiratório satisfatório (mais restrita em CHO e mais rica em lipídios).
- Dieta para Úlcera - Nutricionalmente completa em macronutrientes, porém incompleta em relação ao micronutriente cálcio, uma vez que alimentos-fonte de tal nutriente são restritos.

- Dieta para Nefropata (30, 40, 50g e 60g de proteína) - dieta hipoprotéica, com valor calórico total distribuído em 55 a 60% de carboidratos e 30 a 35% de lipídeos; usualmente restrita em sódio devido à hipertensão e ao edema; sem necessidade usual de restrição de potássio, exceto próximo à indicação de diálise e em caso de hiperpotassemia.
- Dieta Hipocalêmica (pobre em potássio) - dieta nutricionalmente adequada, com restrição dos principais alimentos fontes do mineral, como leguminosas, refrigerantes, algumas frutas, verduras e legumes crus.
- Dieta Pobre em Ácido Úrico (pobre em purinas) - nutricionalmente adequada, restrita em purinas. Pobre em gorduras, uma vez que estas podem contribuir para o aumento nas concentrações sanguíneas de ácido úrico.
- Dieta “pobre” em vitamina K - dieta nutricionalmente adequada em macronutrientes, mas controlada em vitamina K.
- Dieta para Encefalopatia (30, 40 e 50 e 60 g de proteínas) - Preferencialmente, deverão ser selecionados alimentos cuja fonte proteica seja rica em aminoácidos de cadeia ramificada (isoleucina, leucina e valina) e pobre em aminoácidos de cadeia aromática (fenilalanina, tirosina, metionina e triptofano). Caracteriza-se pela ausência de alimentos fontes de proteína animal.
- Dieta Isenta de Lactose – nutricionalmente adequada, contendo alimentos sólidos e líquidos, isentos de lactose.

- Dieta Isenta de Glúten - nutricionalmente adequada, uma vez que os cereais excluídos são substituídos por outros, garantindo o aporte adequado de vitaminas do complexo B, ferro, proteínas e fibras.
- Dieta sem Resíduos - dieta nutricionalmente inadequada. São excluídos alimentos fonte de fibras, cálcio e leguminosas. Isenta de lactose e sacarose, composta de alimentos de fácil digestão. São evitados alimentos flatulentos e fermentáveis.
- Dieta Pobre em Fósforo - nutricionalmente inadequada, uma vez que são excluídos alimentos fontes de proteínas e cálcio (leite e derivados).
- Dietas com Restrição Hídrica - restringem-se os líquidos de modo geral e preparações com alto teor de umidade. O volume dos alimentos líquidos devem ser distribuídos entre os horários das refeições e de acordo com a aceitação do usuário. O teor médio de umidade das frutas segue abaixo e serve de base na inclusão de dietas, de acordo com o grau de restrição hídrica e a aceitação do usuário. O fornecimento de água deve ser calculado subtraindo-se o volume total de água fornecido pela dieta, seguindo o esquema da tabela de oferta de água.

DIETAS VIA ENTERAL

- No HEAB, utiliza-se o sistema fechado de administração de dietas enterais.
 - Nesse sistema, as dietas adquiridas já estão prontas para administração, se apresentam acondicionadas em bolsas que são diretamente conectadas ao equipo. Para o uso desse

tipo de dieta, é necessário o uso de bomba de infusão, a fim de controlar o gotejamento e a velocidade de infusão da dieta. A dieta em sistema fechado não permite a modificação na concentração da fórmula ou sua modulação. É necessário ressaltar que a dieta tem validade de 24 horas, a partir da conexão da bolsa de dieta com o equipo para administração ao usuário.

- As fórmulas de dieta enteral disponíveis para prescrição no HEAB são:
 - Padrão 1,0 kcal/mL;
 - Fibras 1,0 kcal/mL;
 - Padrão 1,5 kcal/mL;
 - Fibras 1,5 kcal/mL;
 - Hiperproteica;
 - Especializada para Diabetes (deve ser indicada para diabéticos de difícil controle glicêmico);
 - Especializada para Cicatrização (indicada para casos de úlcera por pressão ou feridas de difícil cicatrização);
 - Semi-Elementar (fórmula hidrolisada, indicada para usuários com comprometimento de digestão/absorção, síndrome de intestino curto, doença de Crohn, diarreia de difícil controle, insuficiência pancreática);