

CARACTERIZAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

CHARACTERIZATION OF FOOD INTAKE OF PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE

Maura Karina Amaral de Souza **Pilatti**¹, Vitor Brito **Rocha**¹, Kamila **Barros**², Daianna Lima da **Mata**³

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos (CP) objetivam-se em melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de uma doença terminal não responsiva ao tratamento curativo. **Objetivos:** Avaliar a ingestão alimentar de pacientes em cuidados paliativos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quali-quantitativa, realizado com pacientes em abordagem paliativa no Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG). Excluíram-se pacientes com dados incompletos, com câncer gastrointestinal, em tratamento quimioterápico, com *delirium* que não estavam assistidos por acompanhantes e os em uso de via alternativa de alimentação. Foi realizada análise descritiva, apresentada em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, utilizou-se média e desvio padrão da média. **Resultados:** Ao avaliar 42 usuários, notou-se a prevalência de baixo peso segundo IMC, 47,62% (n=20) e a predominância do risco nutricional pelas ferramentas de triagem. Uma maior preferência por alimentos cozidos 52,38% (n=22) foi verificada. Como também, a preferência por temperatura morna (54,73%). A consistência líquida 47,62% (n=20), foi a de maior prevalência nas prescrições dos amostrados. Entretanto, a preferência de consistência mais relatada foi a livre. Ainda, notamos maior predileção pelo grupo do leite/derivados e frutas *in natura*. As aversões mais evidenciadas foram: o pequi, ovos, legumes (quiabo, jiló e gueroba) e no grupo de cereais, o macarrão. **Conclusões:** Este estudo revelou padrões alimentares de pacientes em CP. Notou-se a discordância entre preferências alimentares e/as prescrições clínicas e evidenciou-se a relevância de sintomas como náuseas e a adesão dietoterápica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Preferências alimentares; Alimento, Dieta e Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care (PC) aims to improve the quality of life for patients and their families in the face of a terminal illness that is unresponsive to curative treatment. **Objectives:** To assess the dietary intake of patients receiving palliative care. **Methodology:** This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach, conducted with patients receiving palliative care at Dr. Alberto Rassi State Hospital (HGG). Patients with incomplete data, gastrointestinal cancer, undergoing chemotherapy, patients with delirium who were not assisted by caregivers, and those using alternative feeding methods were excluded. Descriptive analysis was performed, with absolute and relative frequencies presented for categorical variables. For continuous variables, mean and standard deviation were used. **Results:** Upon evaluating 42 patients, it was observed that the prevalence of low weight according to BMI was 47.62% (n=20), and there was a predominant nutritional risk according to screening tools. A higher preference for cooked foods (52.38%, n=22) was noted, as well as a preference for lukewarm temperature (54.73%). Liquid consistency (47.62%, n=20) was the most prevalent in the prescriptions of the sample. However, the most frequently reported preferred consistency was free. Additionally, greater preference was observed for the milk/derivatives and fresh fruit groups. The most evident aversions were to pequi, eggs, vegetables (okra, jiló, and gueroba), and in the cereals group, pasta. **Conclusions:** This study revealed dietary patterns of patients with CP. Discrepancies were observed between food preferences and clinical prescriptions, highlighting the significance of symptoms such as nausea and adherence to dietary therapy.

KEYWORDS: Palliative Care; Food preferences; Diet, Food, and Nutrition.

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo (CP) refere-se ao conjunto de abordagens que promovem qualidade de vida aos pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. Seus pilares são prevenção e alívio do sofrimento e contemplam a identificação, a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual¹. No Brasil, o CP iniciou-se na década de 80, mas sua ascensão foi a partir do ano 2000, no que se fez frequente o desenvolvimento de novas iniciativas que priorizam os cuidados de saúde ativos e integrais, prestados à pessoa com doença grave, progressiva e ameaçadora da vida².

Para os cuidados integrais na abordagem paliativa, a equipe multiprofissional é essencial. O trabalho interdisciplinar auxilia na definição de condutas pertinentes e responsáveis que, em uma organização interna e comunicativa, são delineadas tempo-a-tempo conforme o cuidado em saúde acontece^{2,3}. Neste panorama, a atuação do nutricionista visa garantir alimentação adequada, orientada para proporcionar conforto, além de contribuir para retardar a síndrome anorexia-caquexia, auxiliar no controle de sintomas, evitar a desidratação, reduzir a perda de peso e retardar a instalação da desnutrição^{2,3,4}. Admite-se que o estado nutricional dos pacientes pode se alterar bastante em decorrência do convívio com a doença crônica⁵ e, ainda, pode ser influenciado pela presença de fatores que podem prejudicar a ingestão alimentar durante a jornada hospitalar⁶.

Sabe-se que com a progressão da doença, a presença de dor e/ou o uso de fármacos, podem ser condições frequentes. Dessa maneira, podem impactar negativamente a ingestão alimentar, seja por alterações no esvaziamento gástrico ou por fatores que alteram a palatabilidade⁷. Em face do exposto, a abordagem dietética precisa ser prazerosa, gerar conforto e manter a autonomia ao paciente^{6,8}.

Conforme as alterações na palatabilidade se manifestam, verifica-se que as preferências alimentares podem se modificar e se relacionar a alterações no padrão alimentar e na incidência de aversões por determinados alimentos⁹.

Ao ponderar que a dietoterapia no CP visa contribuir com o conforto e a qualidade de vida do paciente, conhecer o padrão alimentar e as aversões alimentares que esses pacientes apresentam é relevante. As preferências e as aversões alimentares de pacientes em CP não são bem definidas. Até o momento, não foram encontrados estudos que se propuseram caracterizar a ingestão alimentar desse grupo de pacientes. A nossa pesquisa, até o momento, é inédita. Frente ao exposto e diante da escassez de evidências, o presente estudo, teve como objetivo avaliar ingestão alimentar de pacientes em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

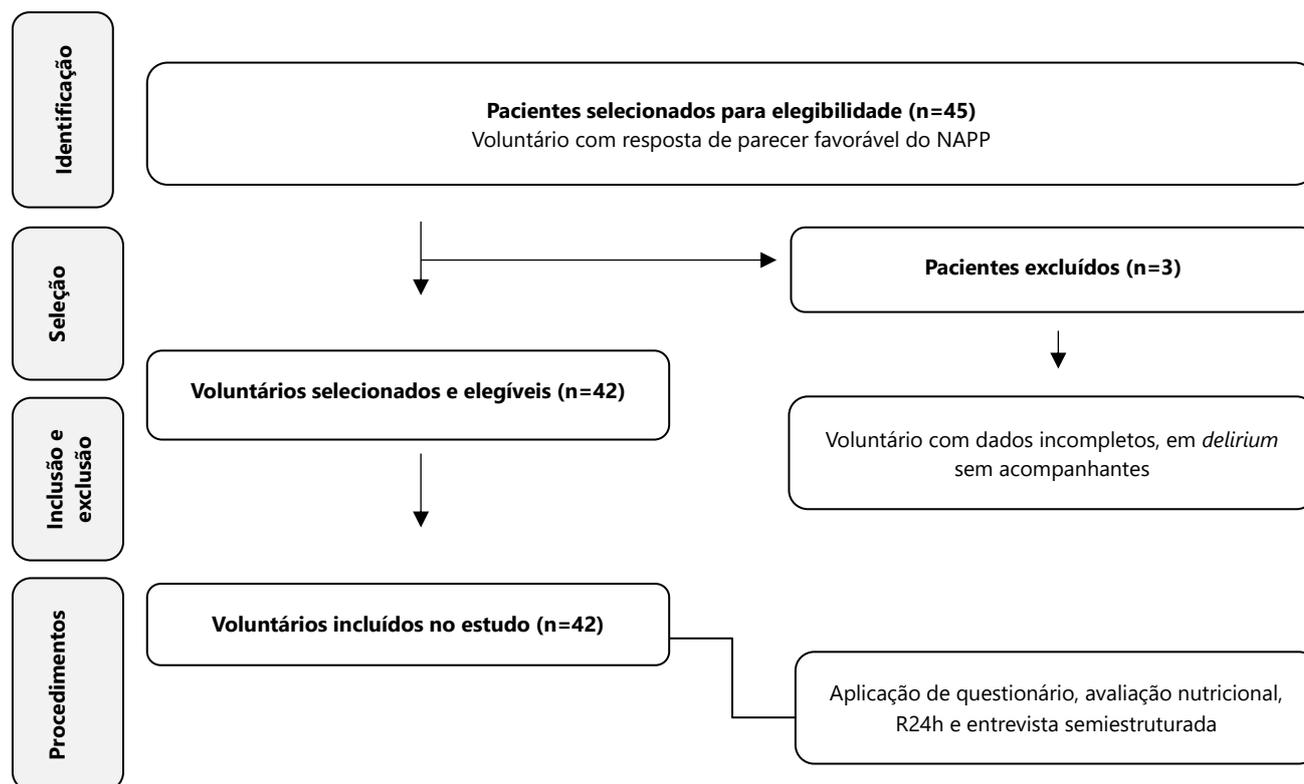
Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quali-quantitativa, realizado com pacientes acompanhados pelo Núcleo de Apoio ao Paciente Paliativos (NAPP) do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG). A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2023, após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante o parecer n.º 6.030.907. A presente pesquisa obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) em vigor no país¹⁰.

Os pacientes foram abordados após a indicação para a abordagem paliativa e/ou a admissão para internação na ala do CP - que dispõe de 10 leitos para o atendimento exclusivo de pacientes em CP. Para elegibilidade no estudo, os pacientes foram abordados no período de internação após a resposta do parecer ou após a readmissão na ala de CP. Para o recrutamento dos participantes, foi coletado um relatório diário compondo a lista de pacientes adultos ou idosos, internados na ala CP e/ou pacientes que foram incluídos no protocolo.

Foram excluídos pacientes com coleta de dados incompletos, os que recusaram participar do estudo, com diagnóstico de câncer gastrointestinal, aqueles em tratamento quimioterápico, os diagnosticados com *delirium* que não estavam assistidos por acompanhantes, os que estavam em uso de via alternativa de alimentação (terapia nutricional enteral ou parenteral). Os pacientes foram recrutados após a identificação da elegibilidade para o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram abordados 45 voluntários, desse total, um amostrado não atendia todos os critérios de elegibilidade, um recusou-se a participar e um não finalizou todas as etapas da pesquisa. Com isso, a amostra foi composta por 42 voluntários, conforme disposto na figura 1.

Figura 1. Processo de amostragem e seleção dos voluntários da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Posteriormente, foi avaliado o estado de consciência e realizado o diagnóstico de delirium pela ferramenta *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU)¹¹ do total da amostra, não foi possível aplicar a ferramenta em cinco participantes devido à falta de compreensão durante o teste, pacientes com sequelas neurológicas ou a recusa do acompanhante em autorizar a aplicação; verificou-se a capacidade funcional com a aplicação da *Palliative Performance Scale* (PPS)¹²; coletados dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e presença de cuidador); dados clínicos (data de internação, motivo da internação, doença que motivou a elegibilidade para os CP e hábito tabagista e/ou etilista, medicamentos em uso), antropometria, presença de disfagia e funcionalidade da deglutição, por meio da evolução fonoaudiológica, utilizando a escala *Functional Oral Intake Scale* (FOIS)¹³, aplicado o recordatório de 24 horas (R24h) e realizada a entrevista semiestruturada composta por seis perguntas abertas relacionadas as preferências, desconforto, alterações, aversões e padrão alimentar, sendo elas: 1) Quais os 5 alimentos que o senhor (a) tem preferido comer após a internação?; 2) Quais os 5 alimentos que o senhor (a) não tem conseguido comer após a internação?; 3) Esse alimento que o senhor (a) não consegue comer te causam algum desconforto?; 4) Na sua percepção, qual o motivo dificulta o senhor (a) não conseguir comer esses alimentos?; 5) Tem aversão a algum alimento? Qual e por quê?; 6) Após a internação hospitalar você percebeu alteração no seu padrão alimentar? Se sim, relate-os. Os dados coletados na entrevista semiestruturada, foram classificados conforme o grupo de alimentos conforme a pirâmide alimentar de *Philippi*¹⁴.

A antropometria foi realizada por meio das seguintes variáveis: peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), adequação de CB, altura do Joelho e circunferência da panturrilha. Para determinação da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) em indivíduos adultos foram considerados pontos de corte quanto ao IMC: Para determinação da classificação do IMC em indivíduos adultos foram considerados: baixo peso (IMC < 18,5kg/m²); eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m²); sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m²); obesidade grau I (30,0 a 34,9 kg/m²); obesidade grau II (35,0 a 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (≥ 40 kg/m²), de acordo com WHO¹⁵. Já para a classificação do IMC dos voluntários idosos, adotaram-se os pontos de cortes: baixo peso (< 22,9 kg/m²); eutrofia (23 a 27,9 kg/m²); sobrepeso (28 a 29,9 kg/m²) e obesidade (>30 kg/m²), segundo OPAS¹⁶.

Também foi realizada a triagem nutricional utilizando a *Mini Nutritional Screening* - NRS¹⁷ para adultos e *Mini Nutritional Assessment* - MAN¹⁸ para idosos, para a determinação do risco nutricional.

Realizou-se a análise estatística dos dados, a análise descritiva foi apresentada em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, utilizou-se média e desvio padrão da média. Para a caracterização da ingestão alimentar de pacientes em CP, foi realizada a análise descritiva dos dados, os quais foram expressos em frequência absoluta e frequência relativa. Foi utilizado o *software STATA*® versão 14.0 nesta análise.

RESULTADOS

Após avaliar 42 usuários admitidos para abordagem paliativa, observou-se que a média de idade foi de $66,80 \pm 15,8$ anos e maior prevalência de idosos 73,8% (n=31). Em relação à distribuição de sexos, constatou-se que a amostra se apresentou bem homogênea, contudo o sexo masculino 52% (n= 22) foi mais prevalente. Ainda, foi observado que 83,3% (n=35) dos usuários estavam assistidos por cuidadores. A análise antropométrica revelou a prevalência de baixo peso pelo IMC 47,62% (n= 20) e elevada prevalência de risco nutricional 83,87% (n= 26) dos pacientes idosos avaliados pela MAN e 63,64% (n= 7) dos adultos avaliados pela NRS-2002.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, nutricional e clínica de pacientes em cuidados paliativos no Hospital Dr. Alberto Rassi da cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2023. (n=42).

Variáveis	Frequência absoluta (n) ou média	Frequência relativa (%) ou desvio padrão
Sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	20	47,62
Masculino	22	52,38
Idade	66,80	15,80
Escolaridade		
Analfabeto	9	21,43
Ensino fundamental incompleto	22	52,38
Ensino fundamental completo	3	7,14
Ensino médio incompleto	1	2,38
Ensino médio completo	6	14,29
Ensino superior incompleto	1	2,38
Cuidador(a)		
Sim	35	83,33
Não	7	16,67
Estado nutricional		
IMC		
Baixo peso	20	47,62
Eutrofia	15	35,71
Excesso de peso	4	9,52
Obesidade	3	7,14
NRS-2002		
Com risco	7	63,64
Sem risco	4	36,36
MAN		
Com risco	26	83,87
Sem risco	5	16,13
Clínicas		
PPS prévio		
	60,75	23,58
PPS atual		
	43,09	20,30
Motivo da internação		
Doença cardiovascular	9	21,43
Doença aparelho respiratório	9	21,43
Doença neurológica	1	2,38
Síntoma gastrointestinal	10	23,81
Sepse	1	2,38
Doença oncológica	3	7,14
Doença viral/infeccioso	3	7,14
Doença hepática	1	2,38
Dor	2	4,76
Outras causas	3	7,14
Diagnóstico		
Doença cardiovascular	11	26,19
Doença aparelho respiratório	8	19,05
Doença neurológica	4	9,52
Doença hepática	3	7,14
Doença gastrointestinal	2	4,76
Doença oncológica	9	21,43
Doença viral/infeccioso	3	7,14
Doença endócrina	1	2,38
Outras causas	1	2,38
Elegibilidade		

Doença cardiovascular	8	19,05
Doença hepatobiliar	2	4,76
Doença neurodegenerativa	1	2,38
Doença oncológica	14	33,33
Doença pulmonar	5	11,90
Doença renal	1	2,38
Doença neurológica	4	9,52
Síndrome de fragilidade	3	7,14
Outras	4	9,52
CAM-ICU		
Delirium	6	14,28
Não delirium	31	73,81
Não se aplica	5	11,90

Legendas: Valores apresentados em frequências absolutas e relativas (%). PPS: Palliative Performance Scale; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit.

Fonte: Os autores.

Ao comparar o *status* funcional prévio e o atual, notamos um decréscimo no escore de (60,75 ± 23,58 vs 43,09 ± 20,30), respectivamente. Dentre os fatores que motivaram a internação hospitalar, notou-se que os sintomas gastrointestinais foram prevalentes 23,81% (n=10), seguido pelas doenças do aparelho respiratório e cardiovasculares que apresentaram com os mesmos percentuais 21,43% (n=9), conforme disposto na tabela 1.

Quanto ao diagnóstico verificado na admissão hospitalar, a doença cardiovascular foi a mais prevalente 26,19% (n=11) e, em sequência, a doença oncológica 21,43% (n=9) e a doença aparelho respiratório 19,05% (n=8). Ao analisar a doença de base que motivou a elegibilidade para a abordagem paliativa, a doença oncológica em 33,33% (n=14) foi a condição mais observada. Contudo, a doença cardiovascular 19,05% (n=8) e a doença pulmonar 11,90% (n=5) tiveram uma prevalência relevante.

Em relação a CAM-ICU, 73,81% (n=31) não apresentavam delirium e 14,28% (n=6) estavam em delirium. Quando avaliado o método de cocção, verificamos a preferência por alimentos cozidos 52,38% (n=22) e, quanto à temperatura, os alimentos mornos (54,73%), seguidos dos quentes (42,86%), foram as opções mais relatadas. Já ao avaliar as consistências alimentares, os alimentos de textura normal a branda foram os preferidos em (40,48% e 38,10%), respectivamente. Em paradoxo, a consistência tolerada durante a internação, era predominantemente líquida, prescrita para 47,62% (n=20) dos participantes da pesquisa.

Quando avaliada a presença de desconforto alimentar, 59,52% (n=25) das pessoas relataram não sentir desconforto. Nesta análise, foram coletados em prontuário eletrônico a FOIS¹³ para avaliar a severidade da disfagia e percebeu-se ausência de disfagia 76,19% (n= 32) foi prevalente e, mesmo os avaliados com algum grau de disfagia, não apresentaram comprometimentos severos que conferissem a nulidade de via oral. Ao verificar a caracterização alimentar, a preferência pelo consumo de alimentos salgados 54,76% (n= 23) e, em segundo plano, os alimentos doces 45,29% (n= 19), foram os mais observados nesta amostra, *vide* tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos aspectos relacionados à preferência alimentar da amostra de pacientes em cuidados paliativos no Hospital Dr. Alberto Rassi da cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2023. (n=42).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sabor preferido		
Doce	19	45,29
Salgado	23	54,76
Ácido	1	2,38
Amargo	3	7,14
Cocção preferida		
Cozido	22	52,38
Assado	18	42,86
Frito	7	16,67
Grelhado	7	16,67
Temperatura preferida		
Quente	18	42,86
Morno	24	54,73
Frio	1	2,38
Consistência preferida		
Normal	17	40,48
Branda	16	38,10
Pastosa	8	19,05
Líquida	3	7,14

Consistência tolerada		
Normal	8	19,05
Brandas	10	23,81
Pastosas	14	33,33
Líquidas	20	47,62
Deglutição		
Com disfagia	10	23,81
Sem disfagia	32	76,19
Algum alimento causa desconforto		
Sim	17	40,48
Não	25	59,52
Qual motivo dificulta a ingestão desses alimentos		
Sem desconforto	25	59,52
Diarreia	2	4,76
Náuseas/enjoo	6	14,29
Indigestão/empachamento	1	2,38
Distensão/flatos	1	2,38
Alergia	1	2,38
Textura (não gosta)	2	4,76
Epigastria	2	4,76
Dor	2	4,76
Consumia esse alimento antes da internação		
Sim	18	42,86
Não	24	57,14

Legenda: Valores apresentados em frequências absolutas e relativas (%).

Fonte: Os autores.

Ao analisar a preferência alimentar por grupos alimentares, notamos que o grupo de leite e derivados apresentou maior número de relatos de preferência, quando apontada a preferência pelo consumo de mingau 38,10% (n=16) e vitaminas 35,71% (n=15). Outro grupo que teve um relevante papel na preferência dos avaliados foi o de frutas, ao qual, as frutas *in natura* corresponderam a 35,71% (n=15). O grupo de carne e ovos também ocupou um lugar de destaque na preferência alimentar ao verificar que 26,19% (n=11) referiram preferir carne bovina (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da preferência alimentar da amostra de pacientes em cuidados paliativos no Hospital Dr. Alberto Rassi da cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2023. (n=42).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Alimentos preferidos pós-internação		
Grupo 1 - Cereais, pães, tubérculos e raízes		
Arroz integral e polido	7	16,67
Batatas (doce, inglesa)	5	11,90
Mandioca	1	2,38
Macarrão e massas	6	14,29
Pão	8	19,05
Bolo/ rosca	3	7,14
Peta	2	4,76
Grupo 2 - Hortaliças		
Verduras (alface, couve, rúcula)	7	16,67
Legumes (cenoura, brócolis, abóbora)	5	11,90
Grupo 3 - Frutas e sucos de frutas		
Fruta <i>in natura</i>	15	35,71
Água de coco	1	2,38
Sucos de frutas	2	4,76
Grupo 4 - Leite, queijos e iogurtes		
Leite	9	21,43
Iogurte	1	2,38
Mingau	16	38,10
Vitamina	15	35,71
Grupo 5 - Carnes e ovos		
Carne bovina	11	26,19
Frango	7	16,67
Ovos (mexido, omelete, cozido)	4	9,52
Grupo 6 - Leguminosas		
Feijão de caldo	8	19,05
Feijão batido	3	7,14
Grupo 7- Doces e sobremesas		

Gelatina	5	11,90
Goiabada	1	2,38
Doce de leite	1	2,38
Outros		
Suplementos	5	11,90
Sopa	7	16,67
Caldos	1	2,38
Escaldado	4	9,52
Café	5	11,90
Farofa de banana	1	2,38
Pirão de peixe	1	2,38
Tem aversão a algum alimento		
Sim	29	69,05
Não	13	30,95

Legenda: Valores apresentados em frequências absolutas e relativas (%).

Fonte: Os autores.

Com vistas a reconhecer alimentos não consumidos após a internação hospitalar, oriundos na recusa alimentar e para favorecer a caracterização alimentar da amostra, notamos que as frutas e o arroz foram os mais citados 23,81% (n=10), seguidos pelo feijão 19,05% (n=8), legumes 14,29% (n=6) e vitaminas 11,90% (n=5), conforme a tabela 4.

Tabela 4. Caracterização da recusa alimentar após internação da amostra de pacientes em cuidados paliativos no Hospital Dr. Alberto Rassi da cidade de Goiânia-GO, Brasil. 2023. (n=42).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Recusa Alimentar após a internação		
Grupo 1 - Cereais, pães, tubérculos e raízes		
Arroz integral e polido	10	23,81
Macarrão e massas	3	7,14
Pão	5	11,90
Bolo/ rosca	3	7,14
Beterraba	1	2,38
Milho verde	1	2,38
Grupo 2 - Hortaliças		
Verduras (alface, couve, rúcula)	2	4,76
Legumes (cenoura, brócolis, abóbora)	6	14,29
Grupo 3 - Frutas e sucos de frutas		
Fruta	10	23,81
Sucos de fruta	3	7,14
Grupo 4 - Leite, queijos e iogurtes		
Mingau	3	7,14
Vitamina	5	11,90
Grupo 5 - Carnes e ovos		
Carne bovina	8	19,05
Carne bovina moída	4	9,52
Grupo 6 - Leguminosas		
Feijão (caldo)	8	19,05
Grupo 7- Doces e sobremesas		
Gelatina	1	2,38
Goiabada	1	2,38
Outros		
Sopa	4	9,52
Sopa Batida	1	2,38
Escaldado	1	2,38
Feijoada	1	2,38

Legenda: Valores apresentados em frequências absolutas e relativas (%).

Fonte: Os autores.

Ao avaliar as aversões alimentares, notamos que o grupo dos legumes e frutas foi o mais evidenciado pelos entrevistados, os quais: o quiabo, o jiló e a gueroba foram os mais referidos e obtiveram a mesma prevalência 7,14% (n=3). Já para as frutas, o pequi 16,67% (n=7), a jaca 9,52% (n=4) e a melancia 7,14% (n=3) foram os mais relatados (tabela 5). Outro grupo citado foi o grupo de carnes, com destaque para os ovos que teve maior índice de aversão 9,52% (n=4). Ao considerar o grupo dos cereais, o macarrão com 7,14% (n=3) foi o alimento ao qual a aversão foi mais observada.

Tabela 5. Caracterização da aversão alimentar de pacientes em cuidados paliativos no Hospital Dr. Alberto Rassi da cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2023. (n=42).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Aversão Alimentar		
Cereais, pães, tubérculos e raízes		
Macarrão	3	7,14
Pão	2	4,76
Arroz	1	2,38
Fubá	1	2,38
Carnes e ovos		
Ovo	4	9,52
Camarão	2	4,76
Carne suína	1	2,38
Carne bovina	1	2,38
Carne moída	1	2,38
Frango	1	2,38
Peixe	1	2,38
Legumes e Frutas		
Quiabo	3	7,14
Jiló	3	7,14
Gueroba	3	7,14
Cenoura	2	4,76
Berinjela	2	4,76
Batata-doce	1	2,38
Beterraba	1	2,38
Cará	1	2,38
Abobrinha	1	2,38
Alho	1	2,38
Jurubeba	1	2,38
Tomate	1	2,38
Inhame	1	2,38
Pequi	7	16,67
Jaca	4	9,52
Melancia	3	7,14
Goiaba	2	4,76
Abacaxi	1	2,38
Leguminosas		
Feijão	2	4,76
Outros		
Batata frita	1	2,38
Sopa	2	4,76
Bolo	2	4,76
Leite	1	2,38

Legenda: Valores apresentados em frequências absolutas e relativas (%).

Fonte: Os autores.

Salienta-se que a carne suína aparece somente na tabela 5, como aversão alimentar e leguminosas: lentilha, soja, grão-de-bico não foram citados pelos amostrados.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o baixo peso segundo o IMC foi evidenciado. Ainda, ao avaliar o risco nutricional com a MAN, verificamos uma elevada prevalência de risco nutricional. Em que se pese o impacto da alimentação para a adequação da composição corporal, verificamos um cenário intrincado nesse grupo de pacientes, que referiram a preferência pela consistência alimentar normal/livre, ao passo que, a sua indicação clínica apontava para consistência líquida. Acreditamos que esse fator possa ter contribuído para uma menor adesão à dietoterapia e para a redução de peso nos voluntários desta pesquisa.

Frequentemente, no convívio com doenças crônicas (DC), a inapetência e a perda de peso ponderal são recorrentes e a sua etiologia normalmente se dá em decorrência de alterações do trato gastrointestinal, como: náuseas, vômitos, obstipação, polifarmácia, dentre outros fatores que causam grande prejuízo nutricional¹⁹. Vale destacar que o tratamento farmacológico, recorrentemente utilizado no manejo crítico desses pacientes, pode causar efeitos colaterais, especialmente quando são utilizados quimioterápicos, que frequentemente provocam anorexia, alteração do paladar, diarreia, entre outros sintomas²⁰. Além disso, a associação de múltiplos medicamentos para o controle da dor pode resultar em efeitos adversos, como náuseas e êmese, causados pelos opioides ao estimularem a "trigger zone" na medula espinhal².

Ainda, na fase terminal da vida, atividade metabólica do corpo é baixa, que diminui a necessidade de ingestão calórica, o que gera uma "anorexia fisiológica". Nesse contexto, a falta de apetite, com pouca aceitação de alimentos e líquidos, pode favorecer o aparecimento da caquexia e agravar o declínio funcional do paciente². Posto isso, a intervenção nutricional no CP objetiva-se em preservar o estado nutricional e ancora-se na promoção de conforto e o alívio de sintomas. Nota-se que dentre os sintomas mais observados, as náuseas, vômitos, saciedade precoce, obstipação, diarreia, disgeusia, ageusia, disfagia, xerostomia foram os mais evidenciados. Esses sintomas, em sua maioria, contribuem para a desidratação e depreende uma atenção especial da equipe envolvida no cuidado ao paciente em CP, pois a preservação da hidratação ajuda na conservação do peso, da composição corporal, dos fluidos corporais²¹ e promove melhor qualidade no cuidado de pacientes em abordagem paliativa.

Para mais, o cuidado nutricional, quando centrado na pessoa, contribui para a identificação das preferências, aversões alimentares e para o resgate dos significados dos alimentos. Sendo assim, cabe ressaltar que durante a infância, os hábitos alimentares e culturais são formados e cooperam para a formação de memórias afetivas²². Outros aspectos relevantes para a formação do hábito alimentar, são os hábitos cultivados pela família e as influências da culinária regional. No estado de Goiás, a formação dos hábitos alimentares formou-se pela miscigenação da culinária indígena, portuguesa e africana²³.

A culinária goiana é composta por pratos típicos do cerrado, como pequi, guariroba e caju. Para mais, algumas comidas típicas também se fazem presentes no hábito alimentar dos goianos, como: pamonha, galinhada com pequi, arroz com pequi, guariroba no arroz, frango ao molho, saladas, dentre outros²³. Durante a coleta de dados verificamos a citação de pratos típicos da culinária goiana.

Sabe-se que a alimentação não pode ser considerada apenas um auxílio para subsistência, para além, deve ser associada a fatores afetivos que proporcionam experiências interpessoais de conforto, que não mudam quando o indivíduo é afetado por uma doença grave e ameaçadora da vida^{17, 24}.

Neste estudo, verificamos a preferência por alimentos salgados e, quanto ao método de cocção, notou-se a preferência por alimentos cozidos e mornos. Outro aspecto avaliado foi a presença de desconforto durante a alimentação que, para essa amostra, não foi a condição mais evidenciada. Os resultados encontrados se assemelham aos de Luchesi e Silveira (2018)²⁵, que conduziu um estudo com quatro casos de paciente em CP que conviviam com esclerose lateral amiotrófica (ELA) em um hospital terciário em Santa Catarina e verificou que 100% dos entrevistados preferiam consumir alimentos salgados e, em relação à temperatura, 75% referiram preferir o consumo de alimentos quentes.

Há que se realizar um cuidado delineado à singularidade do sujeito, para proporcionar o aumento da adesão dietoterápica, para uma melhor experiência durante a jornada hospitalar, como também, para o fortalecimento do vínculo, afeto, carinho e conforto no processo de finitude da vida. Para isso ocorrer efetivamente, o apoio familiar é fundamental. Na sociedade, a alimentação tem uma forte carga simbólica: o ato de comer e a manutenção do peso estável estão associados a um bom estado de saúde e são considerados essenciais para o bem-estar dos pacientes²⁶.

Neste estudo, verificamos uma prevalência expressiva de aversão alimentar, ao qual o grupo dos legumes e frutas foi o mais evidenciado pelos entrevistados, em sequência, o grupo de carnes e o de cereais. No estudo conduzido por Lancheros et al. (2004)²⁷ também foi evidenciado a carne como principal elemento motivador da aversão alimentar. Esse achado pode ser oriundo do sabor metálico referente ao tratamento antineoplásico, que causa alteração do paladar e reduz, consequentemente, o desejo por esse tipo de alimento. Outrossim, os resultados de Gonzalez e Gusenko (2019)²⁶, que entrevistou 50 pacientes em CP em Buenos Aires, demonstraram como preferência alimentar o grupo da carne 26%, cereais 16% e frutas e hortaliças 12%.

Em face à abordagem paliativa, é comum na finitude de vida a ocorrência de desinteresse, aversão ou recusa por alimentos específicos, inclusive aqueles que são usualmente de sua eleição. Interessantemente, esse desinteresse pode se elevar com a progressão da doença e acarretar transtornos em nível do autocuidado-alimentar e acarretar alterações fisiológicas graves, como a perda de peso acentuada e estados extremos de caquexia²⁸.

Ao analisar a preferência alimentar por grupos alimentares, notamos que o grupo de leite e derivados apresentou maior número de relatos de preferência e, o mingau e as vitaminas, ocuparam a preferência. Contudo, as frutas *in natura* também responderam por boa parte da preferência alimentar, assim como, as carnes bovinas. Insta salientar que vitaminas e mingaus exigem menos esforço para mastigação e podem ser adaptadas segundo o grau da disfagia.

Dessarte, o ajuste de consistências, o fracionamento das refeições e uma boa apresentação da refeição favorecem a aceitação e reduz a sensação de fracasso com a alimentação². O estudo conduzido por Marinho et al.²⁹, verificou a redução da preferência por carne, arroz, feijão, verduras, produtos de confeitaria e panificação durante o convívio com o tratamento do câncer, uso de terapias antineoplásicas e da abordagem CP. Para mais, evidenciou o aumento do consumo de frutas, vegetais e alimentos salgados, o que traz concordância com o presente estudo. Possivelmente, a escolha por frutas se deve a presença de piridoxina (vitamina B6) contidos nesses alimentos. Sua ação auxilia no controle de náuseas e vômitos²⁹.

Alguns estudos realizados com gestantes demonstram que a vitamina B6, intrínseca em vegetais e frutas como banana, atuam na síntese de neurotransmissores cuja deficiência pode levar a esses sintomas^{30,31,32}. Outra hipótese é de que alimentos cítricos

estimulam a liberação de secreções gastrintestinais e pancreáticas e favorecem o processo de digestão, o que evita ou melhora o quadro de náuseas e saciedade precoce³³.

Quando avaliados os alimentos mencionados devido à recusa após a internação hospitalar, verificamos que as frutas, o arroz, o feijão e os legumes foram os mais citados. Todavia, em pacientes no fim da vida, muitas recomendações gerais para alimentação saudável perdem o sentido. Isso faz com que seja necessário adaptar o padrão alimentar e customizar o cuidado à singularidade da pessoa para que o bem-estar do paciente, seja priorizado.

Um fator que impacta a inserção alimentar é a disfagia, que se caracteriza por um distúrbio da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca até ao estômago³⁴. Nossa análise evidenciou que, embora alguns amostrados apresentavam deglutição disfuncional para sólidos, não foram observados graus severos de disfagia que conferissem a necessidade de nulidade da via oral.

Outro aspecto relevante para preservar a qualidade e segurança do cuidado de pacientes em CP, é a aplicação de instrumentos para gestão do estado funcional durante a jornada hospitalar. Neste propósito, o uso da escala de desempenho PPS se enseja como uma possibilidade para avaliar o declínio progressivo da funcionalidade de doentes fora de possibilidade terapêutica de cura^{24,35}. Neste estudo, notamos um decréscimo relevante no escore de funcionalidade conforme o tempo de internação se alongava, o que pode ter contribuído potencialmente para vislumbrar a alta prevalência de cuidador durante a internação hospitalar.

Ao ponderar que a capacidade funcional refere-se à habilidade de cuidar de si de forma autônoma, pode refletir um decréscimo na qualidade de vida, o impacto da doença no indivíduo e ser considerada um marcador prognóstico³⁶. Em uma pesquisa realizada com 73 pacientes no município de Londrina, Paraná demonstrou que a presença de cuidadores pode ter influência de forma positiva no controle dos sintomas nesses pacientes e contribuir para humanização no cuidado em saúde³⁷. Para mais, admite-se que, para pessoas com declínio funcional, a oferta de uma dieta balanceada, individualizada, que respeite as preferências alimentares, garante melhor adesão alimentar e proporciona prazer em alimentar-se.

Como limitações, o presente estudo pode distinguir o tamanho amostral, visto que impactou a verificação de associações significativas entre as variáveis da amostra, tais como: associações de preferências e aversões alimentares. Por outro lado, este estudo não avaliou a interação dos medicamentos utilizados e a incidência e a sua relação com a ingestão alimentar. Contudo, diante da escassez de estudos conduzidos com a população em abordagem paliativa, e ao considerar a média de voluntários incluídos nos outros estudos, esta pesquisa se torna relevante para o cenário científico. Salienta-se que este estudo confere a oportunidade de reconhecer o padrão alimentar desse grupo de pacientes e proporcionar um direcionamento às equipes, que poderão se orientar por estes achados e conduzir mais assertivamente o plano terapêutico.

Cabe salientar a importância da equipe multidisciplinar, que é um elemento essencial nos cuidados relacionados à saúde física, mental, nutricional e social. Urge a necessidade de pesquisas futuras, pois, até o momento, não foram encontrados estudos que se propuseram caracterizar a ingestão alimentar desse grupo de pacientes, sendo necessário para poder fornecer aos pacientes um melhor tratamento e maior conforto com a alimentação. Não obstante, a condução de estudos longitudinais, multicêntricos, com um número amostral mais representativo, proporcionará uma perspectiva mais fidedigna para a abordagem nutricional nesse grupo de pacientes e contribuirá para elucidar a necessidade real da prescrição de restrições alimentares sem evidências científicas consolidadas para essa fase da vida.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou padrões alimentares e a relação entre ingestão e a progressão de doenças terminais em pacientes em cuidados paliativos, com ênfase na prevalência de baixo peso e risco nutricional elevado. Observou-se um descompasso entre as preferências dos pacientes por consistência alimentar livre e as prescrições clínicas para consistência líquida, o que pode ter impactado a adesão à dietoterapia. Além disso, sintomas como náuseas e saciedade precoce também interferiram na alimentação, o que reforça a importância de uma abordagem nutricional personalizada. Neste estudo, a presença de cuidadores foi crucial para o controle dos sintomas, o que destaca a importância da abordagem multidisciplinar. Considera-se imperativo o conhecimento do padrão alimentar e as aversões alimentares para o delineamento de condutas assertivas baseadas nas melhores evidências em saúde, a fim de assegurar a qualidade e a segurança do cuidado, bem como, para promover a humanização durante a abordagem paliativa.

AFILIAÇÃO

1. Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO – Área de Concentração em Endocrinologia, Goiânia (GO), Brasil. maura_amaral@hotmail.com
2. Nutricionista, especialista em Cuidados Paliativos (FELUMA-CMMG), preceptora do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi – HGG, Goiânia (GO), Brasil.
3. Mestre em Nutrição e Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Endocrinologia da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO, Goiânia (GO), Brasil.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu nenhuma bolsa específica de agências de financiamento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Newsroom. Fact sheets. Palliative care. Geneva: WHO; 2020.
2. Carvalho RT, Parsons, HA (orgs.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
3. Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastrini RTV, Crispim D, Jales SMCP, Barbosa SMM, Torres SHB. Manual da Residência de Cuidados Paliativos. Barueri-SP: Manole; 2018. p. 1004.
4. Veit JC, Colacic J. Preferências e aversões alimentares em indivíduos submetidos a quimioterapia em um hospital do oeste do Paraná. *Prática Hospitalar*. 2011;74:38-43.
5. Pereira MME, Wiegert EVM, Oliveira LC, Lima LC. Ângulo de fase e estado nutricional em indivíduos com câncer avançado em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2023;65(1):1-6. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/272>
6. Amorim GKD, Silva GSN. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. *Rev Bioét [Internet]*. 2021;29(3):547-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293490>
7. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor [Internet]*. 2010;11(4):282-288. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1648.pdf>
8. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor [Internet]*. 2016;17(2):136-140. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160031>
9. Guerdoux-Ninot E, Kilgour RD, Janiszewski C, Jarlier M, Meuric J, Poirée B, Buzzo S, Ninot G, Courraud J, et al. Meal context and food preferences in cancer patients: results from a French self-report survey. *Springerplus [Internet]*. 2016;5(1):810. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2538-1>
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*; 2013 jun 13 (Seção 1).
11. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med [Internet]*. 2001;29(7):1370-9. doi: 10.1097/00003246-200107000-00012.
12. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5-11.
13. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(8):1516-20.
14. Philippi ST (coord.). Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri: Manole; 2014. 399 p.
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Technical Report Series; 1995.
16. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento em América Latina el Caribe. Kingston, Jamaica: OPAS; 2002.
17. Lima KVG. Relação entre o instrumento de triagem nutricional (NRS-2002) e os métodos de avaliação nutricional objetiva em pacientes cirúrgicos do Recife (Pernambuco, Brasil). *Nutr Clin Diet Hosp*. 2014;34(3):72-79
18. Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y (eds). Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly. Nestlé Nutrition Workshop Series Volume 1. Vevey, Switzerland: Nestlé Ltd; 1999.
19. Moura RB, Barbosa JM, Gonçalves MD, Lima AM, Mélo CB, Piagge CS. Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos: uma revisão de escopo. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. 2021;24(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.220063.pt>
20. Melo AGC, Coradazzi AL, Del Giglio A, Werle B, Moraes CA, Dias CG, Pinto CA, Pimenta CA de M, Mota DDC, Waitzberg D, Achete D, Rodrigues DB, Lamino D, Espada E, Santos FS, Posso I de P, Jorge Filho I, Silva JM da, Matuoka J, Ballerini JG, Oliveira J, Ferreira KASL, Albuquerque K, Alvarenga LN, Duch LAF, Reis M de AS, Araújo M, Brasilino M, Gonzalez MC, Fabri ME, Correia MITD, Seealaender MCL, Júnior MLB, Olivian M, Grunspun NA, Curioni O, Maia PDS, Siqueira RS de, Tsumumi RC, Caponero R, Macieira R de C, Palma RR, Serrano SC, Oliveira SCR de, Faria S de O, Lima SC de TC, Cardenas T de C, Karnakis T. Consenso Brasileiro de Caquexia/Anorexia em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2011;3(3):1-42.
21. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor [Internet]*. 2016;17(2):136-40. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160031>
22. Camargo NRP, Santos RS, Costa MF. Dieta de conforto em cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre os sentidos de conforto da comida. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2023;69(2). Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3828>
23. Kuwae CA, Monego ET, Fernandes JA. (Trans)Formações de hábitos alimentares dos goianos. *Nutr e Saúde*. 2009;4(1):33-41.
24. Maciel MGS, Carvalho RT. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) [Internet]. [Tradução Brasileira para a Língua Portuguesa]. São Paulo: [S.l.]; 2009. p. 1-3. Disponível em: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf
25. Luchesi KF, Silveira IC. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. *CoDAS [Internet]*. 2018;30(5):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017215>
26. González F, Gusenko TL. Características de la alimentación del paciente oncológico en cuidados paliativos. *Dieta [Internet]*. 2019;37(166):32-40. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372019000100005&lng=es
27. Lancheros L, Gamba M, González H, Sánchez R. Caracterización de la evolución del estado nutricional de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico. *Rev Colomb Cancerol [Internet]*. 2004;8(2):11-22. Disponível em: <https://www.revistacancerol.org/index.php/cancer/article/view/577>
28. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2007;53(3):317-23. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2007v53n3.1799>
29. Marinho EC, Custódio IDD, Ferreira IB, Crispim CA, Paiva CE, Maia YC de P. Relationship between food perceptions and health-related quality of life in a prospective study with breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Clinics [Internet]*. 2018;73. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e411>
30. Marinho EDC, Custódio IDD, Ferreira IB, Crispim CA, Paiva CE, Maia YCP. Impact of chemotherapy on perceptions related to food intake in women with breast cancer: a prospective study. *PLoS One [Internet]*. 2017;12(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187573>
31. Fejzo MS, Trovik J, Grooten IJ, Sridharan K, Roseboom TJ, Vikanes Å, Painter RC, Mullin PM. Nausea and vomiting of pregnancy and

- hyperemesis gravidarum. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2019;5(1):62. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0110-3>.
32. Wibowo N, Purwosunu Y, Sekizawa A, Farina A, Tambunan V, Bardosono S. Vitamin B₆ supplementation in pregnant women with nausea and vomiting. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2012;116(3):206-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.09.030>.
33. Valussi M. Functional foods with digestion-enhancing properties. *Int J Food Sci Nutr* [Internet]. 2012;63(Suppl 1):82-9. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09637486.2011.627841>
34. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiol, Commun Res*. 2020;25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>
35. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019;22(5):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
36. Instituto Nacional de Câncer (BR). A avaliação do paciente em cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. p. 286. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf
37. Marcucci FCI, Martins VM, Barros EML, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Capacidade funcional de pacientes indicados para cuidados paliativos na atenção primária. *Geriatr Gerontol Envelhecimento* [Internet]. 2018;12:159-165. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-211520181800026>

DATA DE PUBLICAÇÃO: 20 de março de 2025