

## Cuidados paliativos e demência avançada: trajetória de idosos hospitalizados nas últimas 48h de vida

Sergio Falcão Durão\*  
Márcia Carréra Campos Leal\*  
Ana Paula de Oliveira Marques\*  
Kimberly Mayara Gouveia Bezerra\*

### Resumo

Analisar as últimas 48h de vida de idosos com demência avançada hospitalizados e o perfil de cuidados ao longo dos 5 anos analisados. Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, através da análise de prontuários eletrônicos dos pacientes participantes do estudo, e que foram a óbito entre 01 janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2017. Foram analisados 328 prontuários no período definido e 97 preencheram os critérios de inclusão. Noventa e três pacientes (95,9%) tiveram registro de diretrizes antecipadas de vontade, 73,2% eram do sexo feminino, com idade média de 88,7 anos, 52,6% dos óbitos ocorreram em apartamento ou enfermaria, nas últimas 48h de vida, 64,9% estavam com dieta por sonda, 28,9% respirando com assistência ventilatória mecânica, 51% usando antibiótico, 86,6% com prescrição de analgesia fixa, contudo 19% tinham registro de dor não controlada. Ao longo dos 5 anos de observação, houve mudanças nos seguintes aspectos: redução de óbitos na unidade de terapia intensiva (60% x 36,4%), diminuição do uso de dieta por sondas (87% x 32%), do uso de assistência ventilatória mecânica (53% x 18%); do uso de cateter venoso central (47% x 27%); do uso de sonda vesical de demora (27% x 5%), e da presença de lesão por pressão (87% x 45%). Conclui-se que nos 5 anos de análise, uma tendência paliativista na assistência, caracterizada pela redução de procedimentos considerados invasivos, nas últimas 48h de vida, em pacientes com demência avançada.

**Palavras-chave:** Idosos. Demência avançada. Cuidados no fim da vida. Cuidados paliativos

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial e a mudança do perfil epidemiológico, com uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem motivado mudanças no perfil da assistência à saúde, especialmente na assistência hospitalar a pacientes portadores de demência na sua fase avançada.

A transição demográfica e epidemiológica é um fenômeno global. A combinação da queda acentuada nas taxas de fecundidade

e o aumento da expectativa de vida levou ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo<sup>1</sup>. No Brasil o aumento da população idosa tem acontecido de maneira acelerada. Estima-se que a cada ano, 650 mil novos idosos sejam incorporados à população brasileira e já tenham uma expectativa de vida média de 75,8 anos<sup>2</sup>. A célere transição demográfica e epidemiológica brasileira tem gerado repercussões profundas nos aspectos sociais, culturais, econômicos e

DOI: 10.15343/0104-7809.202145413423

\*Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife/PE, Brasil.  
E-mail: sfalcaodurao@gmail.com

especialmente na assistência à saúde da população.

Ao contrário de processos agudos que, para o sistema de saúde, são menos onerosos pois culminam rapidamente em cura ou óbito, as DCNT implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde<sup>3</sup>. Em 2015, os custos apenas com demência foram estimados em US\$ 818 bilhões, equivalente a 1,1% do produto interno bruto global<sup>4</sup>.

A demência é um termo genérico, substituído no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5) por Transtorno Cognitivo Maior, para denominar várias doenças neuro-degenerativas progressivas e incuráveis que afetam a memória, outras habilidades cognitivas e o comportamento. São entendidas como associadas a múltiplos fatores de risco em todo o curso de vida, variado padrão sintomático e progressão influenciada por fatores biopsicossociais e ambientais<sup>5</sup>.

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência sendo responsável por 60-80% dos casos<sup>6,7</sup>. Outras formas principais incluem demência vascular, demência por corpos de Lewy, demência frontotemporal, hidrocefalia de pressão normal e as demências secundárias a infecções (Sífilis, HIV) e outras mais raras.

Em 2015, estimava-se que 47 milhões de pessoas (ou aproximadamente 5% da população idosa do mundo) tinham demência, número que deverá aumentar para 75 milhões em 2030 e 132 milhões até 2050. Avaliações recentes apontam que, globalmente, cerca de 9,9 milhões de pessoas desenvolvem demência cada ano, ou seja, um novo caso a cada três segundos. Cerca de 60% das pessoas com demência vivem atualmente em países de baixa e média renda e a maioria dos novos casos (71%) deverá ocorrer nesses países<sup>8</sup>.

No Brasil, a prevalência média das demências, apresenta-se mais alta que a

mundial. Projeções apontam que ainda haverá um pequeno crescimento na taxa de prevalência na população brasileira com 65 anos e mais, de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos por ano<sup>9</sup>. A média de sobrevida após o diagnóstico varia de 3 a 12 anos com os pacientes passando a maior parte desse tempo no estágio mais severo da doença<sup>10</sup>.

Existem vários instrumentos e escalas para avaliação cognitiva validados na literatura, contudo o mais amplamente utilizado, tanto na prática como em ensaios clínicos, é o MEEM (Mini Exame do Estado Mental) que vai de zero a trinta. Índices entre 11 e 17 sugerem estágio moderado de doença, enquanto os escores inferiores ou iguais a 10 indicam estágio avançado<sup>11</sup>. Apesar de ser o mais conhecido, este teste tem um efeito de piso para indivíduos severamente dementes, e novas ferramentas foram desenvolvidas para melhor monitorar esses pacientes.

A Global Deterioration Scale - GDS e a Functional Assessment Staging - FAST são as escalas mais utilizadas na literatura como instrumentos de maior acurácia para classificação do paciente na fase avançada da Demência de Alzheimer, pois afere o desempenho cognitivo e funcional dos pacientes<sup>12</sup>. Além dessas duas, ainda é frequentemente utilizada a Clinical Dementia Rating (CDR) que permite classificar os diversos graus de demência, além de identificar casos questionáveis, ou seja, aqueles que não são enquadrados como normais<sup>12</sup>.

Score de 7 no GDS (escala de 1 a 7), 6 ou 7 na FAST (escala de 1-7) e de 3 a 5 no CDR (escala de 1-5) são correlacionados com pacientes em estágios avançados de demência, quando já se observa déficits de memória profundos (por exemplo, incapacidade reconhecer membros da família), habilidades verbais mínimas, incapacidade de deambular independentemente, incapacidade de reali-

zar quaisquer atividades da vida diária, e incontinência urinária e fecal<sup>13</sup>.

A assistência hospitalar a pacientes com demência na fase avançada tem sido um desafio. Diferentemente do que ocorre com os pacientes portadores de neoplasias, o prognóstico do paciente com demência é mais difícil. Alguns estudos têm sido feitos para entender o curso da doença e identificar os fatores de risco para um pior prognóstico, contudo os resultados ainda são pouco consistentes. Idade avançada ao diagnóstico e baixo status funcional estão associados a maior mortalidade<sup>14,15</sup>.

Neste cenário as equipes de saúde se deparam com decisões difíceis que envolvem múltiplos atores (paciente, familiares, equipe, entre outros). Discutir terminalidade, diretivas antecipadas de vontade (DAV), cuidados no fim da vida, no contexto de internação hospitalar de um paciente com demência avançada é uma tarefa desafiadora, e frequentemente envolve sofrimento da equipe, paciente e familiares, especialmente quando os pacientes vão a óbito no hospital. Em vários países, apesar das diferenças culturais, quase 50% dos óbitos ocorrem em ambiente hospitalar<sup>16,17,18</sup>.

Embora muitos médicos e familiares de pessoas com demência não considerem a demência uma doença progressiva e fatal, em 2010, a demência de Alzheimer foi a sexta causa de morte nos Estados Unidos e a quinta causa principal de morte entre a população com 65 anos ou mais<sup>19</sup>. A instituição de cuidados paliativos está recomendada desde as fases iniciais da demência<sup>20</sup>, entretanto é incomum que pacientes e responsáveis tenham familiaridade com o tema ou tenham sido abordados por profissionais de saúde nas fases iniciais da doença quanto ao planejamento do cuidado na fase avançada.

Os Cuidados Paliativos não são sinônimo de “não há mais nada a fazer” para a pessoa que estão nesse estágio da doença. O foco assistencial nesse contexto precisa ser alterado de busca por cura para a prevenção e o controle dos sintomas e implementação de cuidados que diminuam o sofrimento, proporcionem conforto, qualidade de vida e dignidade tanto para o paciente e quanto para sua família, respeitando suas características individuais. No Brasil, esta forma de cuidado de saúde vem ganhando destaque na última década pela crescente necessidade da população e o entendimento das questões éticas e legais que envolvem a terminalidade e a morte, e já faz parte da linha de cuidado de diversos centros brasileiros<sup>21</sup>.

No campo da bioética, cresce o número de publicações que versam sobre as diretivas antecipadas de vontade<sup>22</sup>, que fundamentam um plano de cuidados com decisões compartilhadas entre o médico assistente e o paciente ou responsável legal. Este instrumento é útil para guiar o manejo dos pacientes portadores de demência em estágio avançado. Apesar de ser uma abordagem norteada por princípios bioéticos como dignidade, autonomia e não-maleficência, revisões sistemáticas não tem favorecido esta abordagem em relação ao cuidado de saúde usual<sup>23</sup>.

Estudos envolvendo a assistência hospitalar ao paciente portador de demência avançada submetidos a cuidados paliativos ainda são escassos na literatura. Portanto, baseado no exposto e no intuito de contribuir para o aperfeiçoamento da assistência e o aprofundamento das discussões do tema, o presente estudo teve como objetivo analisar as últimas 48h de vida de idosos com demência avançada hospitalizados e o perfil de cuidados ao longo dos 5 anos analisados.

## MATERIAL E MÉTODOS

416

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal, retrospectivo, por meio de análise de prontuários eletrônicos dos pacientes internados num serviço de geriatria e gerontologia de um hospital privado em Recife/PE. Foram selecionados idosos (60 anos ou mais) portadores de demência avançada que foram a óbito no referido serviço, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, de acordo com os critérios de inclusão. Os dados foram coletados do arquivo digital do hospital mediante consentimento informado da direção da instituição.

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 60 anos, registro de óbito no período entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017, e registro em prontuário do diagnóstico de “Demência Avançada” ou “Síndrome Demencial em fase avançada”, “DA avançada”, “Demência de Alzheimer avançada”, “Demência Vascular avançada”, “Demência Mista (DA+DV) ou (DA+HPN) avançada”, “DFT avançada”, “Demência da Doença de Parkinson avançada”, “CDR 03-05”, “FAST 6 ou 7”, “GDS 6 ou 7”. Prontuários incompletos foram excluídos da pesquisa.

Para definição da amostra, foram analisados 328 prontuários no período definido, referente a todos os pacientes idosos que foram a óbito e eram acompanhados pela equipe da

Geriatria. Destes, 173 eram portadores de Síndrome Demencial, sendo que 97 preencheram

critério para inclusão na amostra.

Foram coletadas as informações mediante o preenchimento de um roteiro elaborado para coleta dos dados. Considerou-se a variável dependente o registro de DAV/

CP (diretrizes antecipadas de vontade/diretrizes de cuidados paliativos no plano terapêutico do paciente. As variáveis independentes foram os dados sócio demográficos (sexo, idade); comorbidades referidas em prontuário (AVE inativo, Doença de Parkinson, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca (IC), Diabetes Mellitus (DM), Depressão, Delirium, Doença Hepática Crônica (DHC), Neoplasia ativa, Doença Renal Crônica (DRC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Lesão por Pressão (LPP), Síndrome de Imobilidade) bem como, definição das DAV/CP descrita no prontuário; tempo de internamento até o óbito (dias); tempo de definição de CP até data do óbito (dias); local do óbito; registro da presença de dor nas últimas 48h de vida; uso de medicamentos, a saber: prescrição em horários fixos de analgésicos/sedativos; antibióticos; drogas vasoativas; Procedimentos terapêuticos nas últimas 48h de vida como: Uso de sondas para alimentação (Sonda Naso-enteral (SNE) /Sonda de Gastrostomia (GTT); Sondas vesicais de demora; Cateteres venosos centrais; Hemodiálise; Transfusão de hemocomponentes; Uso de assistência ventilatória invasiva.

O projeto de pesquisa foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 89505118.0.0000.5208), em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisas e testes envolvendo seres humanos, resguardando-se os princípios éticos da justiça, beneficência e da não-maleficência.

## RESULTADOS

Foram analisados 328 prontuários no período definido, referente a todos os pacientes idosos que foram a óbito e eram acompanhados pela equipe da Geriatria. Do total de 97 pacientes incluídos no estudo, 93 (95,9%) tiveram registro de diretrizes antecipadas de cuidado no prontuário antes do óbito, destes 73,2% eram do sexo feminino, com idade média de 88,7 anos.

A média do tempo de internamento e o tempo das DAV – óbito, foi de 60,6 e 18,6 dias, respectivamente. Em relação ao local do óbito, 47,4% ocorreram na UTI e 52,6% em apartamento/enfermaria.

No tocante à frequência de comorbidades, observar-se na Tabela 1 maiores percentuais de HAS (63,9%), LPP (63,9%), Síndrome da Imobilidade (48,5%), AVE (34%) e DM (28,9%).

Na Tabela 2 está descrita a ocorrência de procedimentos a que os pacientes foram submetidos nas últimas 48h de vida. Nota-se que mais da metade dos indivíduos (68,1%) estava com dieta por sonda (SNE/GTT), 37,1% estava em uso de cateter venoso central (CVC) e 28,9% estava respirando com assistência ventilatória mecânica (AVM).

Observou-se na população estudada uma

mudança do perfil do cuidado ao longo dos 5 anos. Ao comparar o primeiro e o quinto ano avaliado, destaca-se algumas mudanças no perfil da assistência, como redução de cerca de 24% dos óbitos na UTI (60% x 36,4%), conforme Figura 1; diminuição de 42% do uso de dieta por sondas (87% x 45%); redução de 35% no uso de AVM (53% x 18%); decréscimo de 20% no uso de CVC (47% x 27%); redução de cerca de 22% no uso de SVD (27% x 5%) e diminuição de 42% da presença de LPP (87% x 45%).

A frequência do uso de antibiótico foi de 51%. Sobre o controle de dor e o uso de analgésicos e/ou opióides, 86,6% estavam em uso de analgesia fixa, entretanto 19% tinham registro de dor ainda presente nas últimas 48h de vida. No que se refere ao uso de dieta por sondas de alimentação houve uma redução de frequência (87% x 45%) no primeiro e quinto ano de análise, respectivamente. O comportamento anual das duas últimas variáveis supracitadas pode ser visualizado nas Figuras 2 e 3.

No que se refere a análise de associação, considerando a variável dependente Cuidados Paliativos e as demais variáveis não foram obtidos resultados com significância estatística.

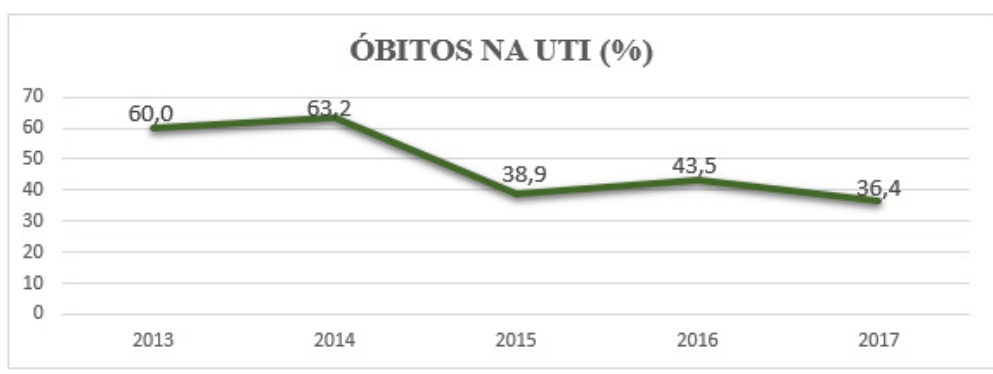
**Tabela 1** – Frequência de comorbidades. Recife/PE, 2019.

Comorbidades	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	62	63,9%
Diabetes Mellitus	28	28,9%
Câncer	15	15,5%
Acidente vascular encefálico	33	34%
Depressão	6	6,2%
Doença Hepática Crônica	5	5,2%
Insuficiência cardíaca	17	17,5%
Doença Renal Crônica	14	14,4%
Doença de obstrução pulmonar crônica	14	14,4%
Lesão por pressão	62	63,9%
D. Parkinson	16	16,5%
Síndrome de Imobilidade	47	48,5%

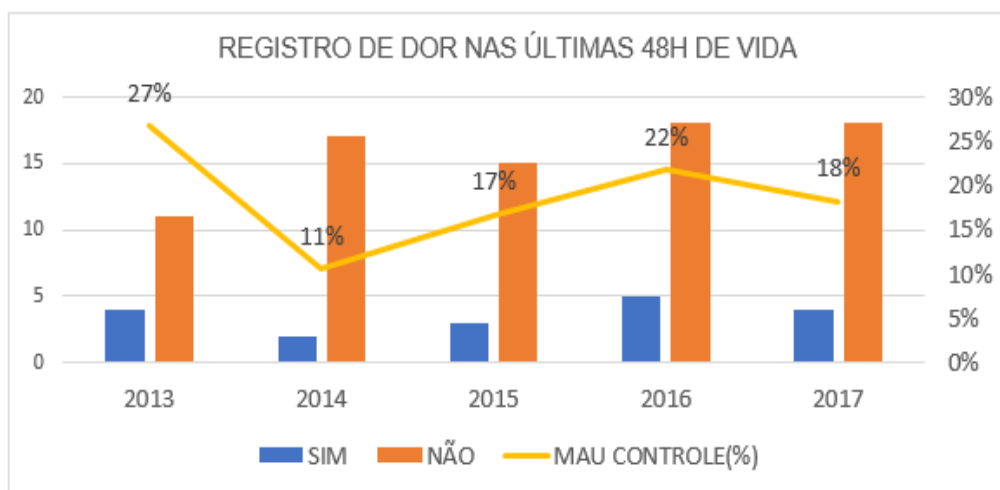


**Tabela 2** – Frequência de procedimentos nas últimas 48h em um serviço de geriatria e gerontologia de um hospital privado, Recife/PE, 2019.

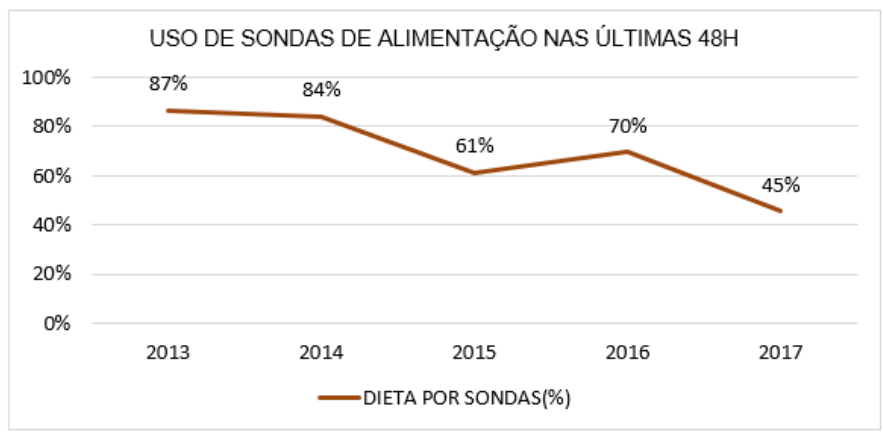
Procedimento	N	%
Dieta por Sonda	63	64,9%
Cateteres urinários de demora	22	22,7%
Ventilação mecânica	28	28,9%
Hemodiálise	3	3,1%
Drogas vasoativas	9	9,3%
Cateter venoso central	36	37,1%
Transfusão de sangue	0	0



**Figura 1** – Percentual de óbitos na UTI por ano. Recife/PE, 2019.



**Figura 2** – Distribuição anual da amostra quanto ao registro de dor nas últimas 48h de vida. Recife/PE, 2019.



**Figura 3** – Distribuição anual da amostra quanto ao uso de dieta por sondas nas últimas 48h de vida. Recife/PE, 2019.

## DISCUSSÃO

A carência de publicações na literatura abordando este grupo de pacientes no ambiente hospitalar, não contribui para uma discussão mais abrangente dos resultados. Contudo, avaliando as publicações existentes, é interessante perceber que a abordagem de cuidados paliativos varia entre serviços e é fortemente influenciada por questões culturais, como publicado por Yumoto<sup>24</sup>, o qual comparou o perfil de assistência no Reino Unido e no Japão. No Brasil, ainda não há uma legislação específica que trate de cuidados paliativos, mas existem normas éticas do Conselho Federal de Medicina<sup>25</sup> e jurídicas que norteiam o entendimento desta matéria, bem como documento do ministério da saúde que fundamenta esta prática.

Em relação ao local do óbito, pouco mais da metade deles ocorreram fora do ambiente de UTI (52,6%). Apesar de não ter havido um estudo do impacto da presença contínua de cuidadores e familiares durante as últimas 48h de vida dos pacientes à beira do leito, entende-se que possivelmente há uma ampla dimensão positiva. Os Hospícios tem sido o ambiente de cuidado mais adequado para tratar pacientes com

demência avançada<sup>23,24</sup>, todavia, atualmente ainda não há no Estado de Pernambuco esta categoria de Serviço e por esta razão muitos pacientes com demência avançada vêm a falecer no ambiente hospitalar.

Quanto aos procedimentos considerados inapropriados para estes pacientes encontramos uma alta frequência do uso de dieta por sondas (68,1% x 20,5%) quando comparado com o publicado por Di Giulio<sup>26</sup>. A literatura evidencia e publicações de associações e sociedades médicas não recomendam o uso de sondas de alimentação em pacientes portadores de demência avançada, seja pela ausência de benefícios em vários desfechos em saúde como aumento de sobrevida, prevenção de pneumonia aspirativa<sup>27,28</sup>. Em recente revisão sistemática, publicada por Lee<sup>29</sup>, observou-se que alimentação por sonda está associada com aumento da taxa de mortalidade e possíveis complicações relacionadas ao tubo, a ausência de melhora na sobrevida e do estado nutricional.

Apesar deste fato, na prática atual, aceitar a disfagia grave como parte do estágio final da demência, e que a caquexia

e desidratação são geralmente o motivo da morte para cerca de 1/3 destes doentes, como publicado por Koopmans<sup>30</sup>, é uma questão de difícil aceitação para alguns familiares e cuidadores. Entre os motivos, que justificam esta realidade estão a falta de melhor entendimento sobre a evolução da demência, o receio de que o paciente venha a sofrer de fome, a dificuldade em se prognosticar sobrevida em pacientes com demência, a falta de continuidade no cuidado, falta de treinamento para comunicação de más notícias entre a equipe de saúde, bem como a cultura de negação da morte como fenômeno natural da vida humana<sup>31</sup>.

Apesar da diminuição do uso de AVM, a desproporcionalidade de sua utilização aparentemente foi mais facilmente aceita pelos familiares/responsáveis legais dos pacientes. Já a indicação do uso de SVD é restrita nas últimas 48h de vida e a redução parece ser condizente com o aperfeiçoamento da equipe no gerenciamento do cuidado e a condução dos casos no ambiente fora de unidades de terapia intensiva, onde o uso destes dispositivos são mais comuns.

A redução na realização de CVC deve ser percebido como fator positivo. Martinsson *et al.*<sup>32</sup> constataram que o recebimento de fluidos por via intravenosa nas últimas 24 horas de vida foi fortemente associado ao óbito hospitalar. Apesar de não ter sido uma variável estudada, o uso da via subcutânea (hipodermóclise) para o manejo dos sintomas foi crescente no período estudado e pode ter influenciado este achado, o que requer a realização de novos estudos para testar essa hipótese.

De acordo com os resultados encontrados por Aminoff<sup>32</sup>, houve uma frequência um pouco menor do registro de LPP (63,9% x 70,4%) e semelhança em relação aos pacientes com dor não controlada (19% x 18,3%). Pessoas idosas com demência avançada que possuem LPP apresentam mortalidade precoce e expectativa de sobrevida significativamente menor em

comparação com pacientes semelhantes sem LPP. O desenvolvimento dessas lesões está associado à presença de comorbidades, incluindo problemas nutricionais, além de imobilidade, o que torna fundamental a avaliação de fatores de risco para o desenvolvimento de LPP antes do início de estágios mais progressivos de demência<sup>33, 34</sup>. As lesões por pressão são muito prevalentes neste grupo de pacientes e embora não tenha sido possível correlacionar com significância estatística o ambiente de cuidado com a frequência destes achados, pode haver correlação, sugerindo que fora do ambiente de UTI, quando submetidos a menos sondas e tubos, menos hidratação há uma tendência de menor prevalência deste tipo de agravo.

Em relação ao uso de antibióticos, foi encontrada uma frequência de 51% do uso. Di Giulio<sup>26</sup> na sua pesquisa, avaliou os últimos 30 dias de vida dos pacientes, e encontrou maior frequência do uso de antibióticos (71,6%), resultado provavelmente influenciado pelo maior tempo de observação (2 dias x 30 dias). O uso de antibióticos como estratégia de manejo dos sintomas na demência avançada, vem sendo motivo de debates em cuidados paliativos.

Não há uma padronização de condutas e na prática profissional, as decisões têm sido centradas no desejo do paciente/familiares e pactuadas com o médico assistente. No serviço pesquisado, adota-se o princípio de que o uso de antibióticos reduz o desconforto em pacientes com demência avançada e pneumonia<sup>35</sup>. Não há consenso neste tema, como exemplifica estudo prospectivo americano conduzido por Givens<sup>36</sup>, onde houve maior sobrevida e também desconforto no grupo dos pacientes que usaram antibiótico. Em contrapartida, uso desses medicamentos também foi associado ao conforto reduzido para pessoas com demência avançada fim de vida<sup>37</sup>.

Em revisão sistemática da literatura, Higginson<sup>38</sup>, apesar da baixa qualidade dos estudos encontrados, observou pequeno,



mas positivo efeito no cuidado quando se avaliou pacientes, familiares e equipe em todos os ambientes de cuidado. Na presente pesquisa, não houve análise qualitativa, nem se abordou o benefício das intervenções paliativas entre cuidadores, familiares e equipe, todavia acredita-se que o efeito positivo em reduzir procedimentos invasivos foi muito relevante.

Os resultados encontrados no presente estudo provavelmente refletem o amadurecimento e treinamento das equipes do hospital em relação aos cuidados paliativos, influenciados também pela criação em 2016 de uma comissão de Medicina Paliativa composta por geriatras, oncologistas e intensivistas. É possível que o campo de pesquisa, um hospital privado,

com certificado de acreditação internacional, equipes multidisciplinares, programas de ensino médico e multiprofissional, também tenha sido um fator que influenciou esses resultados.

Entre suas limitações, destaca-se o desenho retrospectivo da pesquisa, as omissões de informações do perfil sociodemográfico, a ausência da avaliação do impacto dos cuidados paliativos entre cuidadores, como abordado por Kucmanski<sup>39</sup>, familiares e equipe são as mais relevantes. Não foram encontradas publicações nacionais com a mesma metodologia do estudo e houve o viés de não conseguir parear grupos proporcionais com e sem a definição de DAV para poder avaliar o impacto desta ferramenta na assistência.

## CONCLUSÃO

A mudança do perfil do cuidado ao longo dos 5 anos de análise representou o dado de maior relevância do trabalho. Quando comparados o primeiro e o quinto ano de análise, é possível observar uma mudança importante no perfil da assistência, em relação aos seguintes aspectos: redução dos óbitos na UTI, do uso de dieta por sondas, de AVM, de CVC e SVD, bem como diminuição da presença de LPP.

Os resultados encontrados, sugerem um perfil de tratamento invasivo, em muitos casos desproporcional, todavia parece existir uma forte tendência paliativista no período estudado. Ressaltem-se, entre os fatores que podem justificar esta mudança, o crescimento do ensino da medicina paliativa nos últimos 5 anos, a presença de um programa de pós-graduação em geriatria no serviço, o suporte de um time hospitalar interdisciplinar e de médicos (geriatras, oncologistas, intensivistas) especialistas em medicina paliativa que prestou assistência no último ano da análise.

As barreiras de comunicação são uma das fronteiras importantes para pesquisa com pacientes portadores de demência avançada e ainda não há fortes evidências para guiar o manejo clínico. Os estudos que utilizamos para comparação dos achados foram os que mais se aproximaram metodologicamente, mas fica claro que as diferenças certamente limitam análises comparativas.

Portanto, reforça-se a necessidade da realização de outros estudos nessa mesma linha temática, sobretudo longitudinais, com abordagem dos benefícios das DAV no cuidado, bem como outras variáveis como o cuidador/familiares, equipe de saúde, comunicação e luto, visto que são necessários para que haja um avanço em busca de um transformador e ritualizado processo de morte mais suave – o modelo de bela morte – denominado *kalotanásia*, tendo como desafio fazê-lo em um cenário médico de obstinação terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. Cortez ACL, Silva CRL, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*. 2019; 18(5):700-709. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>
2. IBGE. Tábuas de Mortalidade por sexo e idade – Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação - 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
3. Kalache A. The Longevity Revolution: Creating a society for all ages. Adelaide Thinker in Residence 2012-2013. Adelaide: Government of South Australia; 2013.
4. Alzheimer's disease international. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia, An analysis of prevalence, incidence, cost & trends. 2015.
5. Spector A, Orrel M. Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice, *Intern. Psychoger.* 2010; 22(6): 957-965. DOI: 10.1017/S1041610210000840.
6. Souza RK, Barboza AF, Gasperin G, Garcia HD, Barcellos PM, Nishihara R. Prevalência de demência em pacientes atendidos em um hospital privado no sul do Brasil. *Einstein*. 2020; 18, 1-7. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2020AO4752
7. Karantzoulis S, Galvin J. Distinguishing Alzheimer's disease from other major forms of dementia. *Expert Rev Neurother.* 2011; 11; 1579-1591. DOI: 10.1586/ern.11.155
8. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Al G-C, Wu Y-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
9. Burla C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (10):2949-2956. DOI: 10.1590/S1413-81232013001000019
10. Todd S, Barr S, Roberts M, Passmore AP. Survival in dementia and predictors of mortality: a rewi-ew. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28(11): 1109-1124. DOI: 10.1002/gps.3946
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12 (3):189-198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
12. Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24 (4):653-659.
13. Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43 (11):2412-2414. DOI: 10.1212/WNL.43.11.2412-a
14. Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, Kiely DK, Davis RB, Shaffer ML. Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *JAMA*. 2010; 304(17): 1929-1935. DOI: 10.1001/jama.2010.1572
15. Jayes RL, Arnold RM, Fromme EK. Does this dementia patient meet the prognosis eligibility requirements for hospice enrollment? *J Pain Symptom Manage*. 2012; 44 (5):750-756. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.08.004.
16. Cassel CK, Vladeck, BC. ICD-9 code for palliative or terminal care. *N Engl J Med*. 1996; 335 (16):1232-1234. DOI: 10.1056/NEJM199610173351612
17. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, Bacchetta MD, Huzzard LL, Rapkin BD. End-of-life decision-making in the hospital: current practice and future prospects. *J Pain Symptom Manage*. 1999; 17 (1):6-15. DOI: 10.1016/s0885-3924(98)00109-2.
18. Broad J, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly MJ. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *J Public Health*. 2013; 58 (2):257-267. DOI: 10.1007/s00038012-0394-5.
19. Merel S, DeMers S, Vig E. Palliative Care in Advanced Dementia." *Clin Geriatr Med*. 2014; 30 (3):469-492. DOI: 10.1016/j.cger.2014.04.004.
20. Hashimie J, Schultz SK, Stewart JT. Palliative Care for Dementia: 2020 Update. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2020; 36 (2): 329-339. DOI: 10.1016/j.cger.2019.11.011
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
22. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução do CFM número 1995 de 9 de agosto de 2012. Brasília- DF, 2012. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf).
23. Murphy E, Froggatt K, Connolly S, O'Shea E, Sampson EL, Casey D, et al. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 12 (12):CD011513. DOI: 10.1002/14651858.CD011513.pub2
24. Yumoto Y, Kernohan WG, Morioka N, Ogata Y. International reflections on caring for people with advanced dementia *Public Health Nurs*. 2019; 36 (2):192-198. DOI: 10.1111/phn.12572.
25. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução do CFM número 1805 de 28 de novembro de 2006. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.
26. Di 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. *J Palliat Med*. 2008; 11(7): 1023-1028. DOI: 10.1089/jpm.2008.0020
27. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35: 499-507. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.06.011
28. Van Bruchem-Visser RL, Mattace-Raso FUS, Beaufort ID, Kuipers EJ. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Older Patients with and without Dementia: Survival and Ethical Considerations. *J Gastroenterol Hepatol*. 2018; 34 (4):736-741. DOI: 10.1111/jgh.14573
29. Lee Y-F, Hsu T-W, Liang C-S, Yeh T-C, Chen T-Y, Chen N-C, et al. The Efficacy and Safety of Tube Feeding in Advanced Dementia Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021; 22 (2):357-363.

DOI: 10.1016/j.jamda.2020.06.035

30. Koopmans R, Van der Sterren KJMA, Van der Steen JT. The 'natural' endpoint of dementia: death from cachexia or dehydration following palliative care? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 350–355. DOI: 10.1002/gps.1680

31. Chou HH, Tsou MT, Hwang LC. Nasogastric tube feeding versus assisted hand feeding in-home healthcare older adults with severe dementia in Taiwan: A prognosis comparison. *BMC Geriatrics*. 2020; 20 (1):1–8. DOI: 10.1186/s12877-020-1464-9

32. Aminoff B, Adunsky A. Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. *Am J Hosp Palliat Care*. 2005; 22 (5):344-8. DOI: 10.1177/104990910502200507.

33. Jaul E, Meiron O, Menczel J. The Effect Of Pressure Ulcers On The Survival In Patients With Ad-vanced Dementia And Comorbidities. *Experimental Aging Research*, 2016; 42: 382–389. DOI: 10.1080/0361073X.2016.1191863

34. Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults *BMC Geriatrics*, 2018; 18:305. DOI: 10.1186/s12877-018-0997-7

35. Miller SC, Lima JC, Looze J, Mitchell SL. Dying in U.S. nursing homes with advanced dementia: how does health care use differ for residents with, versus without, end-of-life Medicare skilled nursing facility care? *J Palliat Med*. 2012; 15 (1):43-50. DOI: 10.1089/jpm.2011.0210

36. Givens JL Jones RN, Shaffer ML, Kiely DK, Mitchell SL. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Arch Intern Med*. 2010; 170:1102–1107. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.181

37. Eisenmann Y, Golla H, Schmidt H, Voltz R and Perrar KM. Palliative Care in Advanced Dementia. *Front. Psychiatry*, 2020; 11: 699. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00699

38. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Edwards AGK, Douglas HR, Norman CE, et al. "Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life?" *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002; 23 (2):96–106. DOI: 10.1016/S0885-3924(01)00406-

39. Kucmanski LS, Zenevitz L, Geremia DS, Madureira VSF, Silva TG, Souza SS. Alzheimer's disease: challenges faced by family caregivers. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*. 2016; 19 (6):1022-1029. DOI: 10.1590/1981-22562016019.150162.

Recebido em janeiro de 2021.  
Aceito em setembro de 2021.