

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

Amanda de Sousa Santos

Gastrostomia em Pacientes com Demência: Uma Revisão Integrativa da Literatura

São Paulo

2025

Amanda de Sousa Santos

Gastrostomia em Pacientes com Demência: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de graduação em Fonoaudiologia, sob a Orientação da Profa. Dra. Tereza Loffredo Bilton

SÃO PAULO

2025

DEDICATÓRIA

Á Deus, ao meu avô Pedro Caetano (*in memorian*) e ao meu irmão Danilo (*in memorian*), que, mesmo não estando mais presentes fisicamente, permanecem vivos em minhas lembranças e no amor que me acompanha todos os dias.

Foram eles os maiores facilitadores da minha vida e as razões pelas quais nasceu em mim o desejo de cuidar. A escolha pela área da saúde é também uma forma de honrar suas histórias e o legado de amor, força e sensibilidade que deixaram.

Dedico este trabalho a vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo sopro de vida, por ter sido meu refúgio e direção em todos os momentos. Foi pela fé que iniciei a graduação e por meio dela encontrei forças para continuar mesmo diante das dificuldades e incertezas do caminho.

À Fundação São Paulo (FUNDASP) pela concessão da bolsa de estudos que possibilitou a minha formação.

À profa. Dra. Tereza Loffredo Bilton, minha orientadora, que foi mais do que uma guia - foi uma verdadeira mãe nessa trajetória. Agradeço por compartilhar seu conhecimento com tanta generosidade, por cada orientação repleta de paciência, sensibilidade e sabedoria, e por ter acolhido este projeto com tanto cuidado. Obrigada pelo incentivo constante, pela confiança depositada em mim e por me permitir acompanhar de perto o seu trabalho, que inspira pela excelência e, sobretudo, pela humanidade. Com você, aprendi que a Fonoaudiologia vai muito além da técnica — é também afeto, escuta e compromisso com o outro.

Por meio do seu exemplo, me apaixonei ainda mais pela profissão e levo comigo o desejo de seguir os seus passos, desenvolvendo um trabalho pautado na ciência, mas também no respeito, no carinho e na compaixão que cada paciente e sua família merecem.

À Profa. Dra. Juliana Venites, minha parecerista, por todas as contribuições valiosas que enriqueceram este trabalho. Agradeço por aceitar prontamente o convite, mesmo diante de uma rotina de trabalho intensa, e por oferecer um olhar tão sensível e técnico sobre o tema.

A Prof.^a Juliana é inspiração constante — sua forma de lecionar e atender reflete a essência e o legado da Prof.^a Tereza Bilton. Quando a vejo em sala ou no cuidado com os pacientes, reconheço nela o mesmo brilho e dedicação que me encantam em minha orientadora.

Desejo seguir esse exemplo, buscando ser uma profissional tão competente, humana e apaixonada pela Fonoaudiologia quanto você.

À minha mãe, por ter me incentivado, me apoiado e mesmo com poucos recursos lutado para que eu concluísse a faculdade. Obrigada pela compreensão da minha ausência, pelas marmitas preparadas, pela preocupação, pelo amor e por cada oração feita, suas orações me mantiveram de pé.

Aos meus tios Sueli, Elza, Arthur e Débora, que foram e sempre serão pilares fundamentais na minha trajetória. Vocês participaram ativamente da minha criação e são, para mim, exemplos de amor, generosidade e dedicação. Obrigada por terem sonhado comigo e acreditado neste sonho como se fosse de vocês. Durante a graduação, estiveram presentes em todos os momentos — ajudando na criação e nas revisões de trabalhos, nas documentações da bolsa, nas matrículas e até nas mensalidades —, sempre com palavras de incentivo e gestos de cuidado. Cada atitude de vocês foi um lembrete constante de que o amor e o apoio familiar tornam possível até o que parece distante. Levo comigo a certeza de que nada disso seria possível sem o amparo, a força e o carinho que sempre me ofereceram.

Ao meu noivo Lucas, por ser luz, amor e presença em todos os momentos. Durante os últimos anos da graduação, você foi meu porto seguro, minha calma em meio ao caos e meu grande incentivador. Obrigada por compreender as minhas ausências, acolher meus desabafos e encontrar jeitos de estarmos perto mesmo quando o tempo parecia não permitir. Você participou ativamente dessa jornada — ajudando nas atividades, celebrando cada conquista, acompanhando-me em eventos acadêmicos e acreditando em mim quando até eu duvidava. Contribuiu com o meu projeto de iniciação científica, me apoiou no desenvolvimento do TCC e seguiu ao meu lado, incentivando os novos passos que desejo trilhar na pós-graduação. Obrigada por sonhar comigo, por me impulsionar a ser melhor a cada dia e por tornar essa caminhada mais leve, doce e significativa.

À minha irmã do coração Erica Reis, que esteve ao meu lado desde o dia do vestibular, incentivando, torcendo e acreditando em mim, acompanhando cada etapa dessa trajetória. Obrigada por ter sido meu ombro amigo, minha confidente e uma das maiores facilitadoras da minha vida. Sua generosidade, cuidado e amizade foram um verdadeiro alicerce durante essa caminhada.

À minha amiga Iraneide Goes, por todo o incentivo, apoio e carinho durante a graduação. Você se preocupou genuinamente com a minha rotina, chegou a pesquisar o trajeto da faculdade até o hospital e me encorajou a buscar soluções para conciliar o trabalho com os estágios da faculdade.

À coordenação e aos colegas de trabalho da equipe de endoscopia do Hospital Samaritano Higienópolis, pela compreensão, paciência e apoio durante a graduação. Agradeço por entenderem a importância dessa etapa da minha formação e por contribuírem, com empatia e generosidade, para que eu pudesse concluir este ciclo tão importante.

Aos meus amigos, Lucas Firmo, Bruna Gomes e Marcela Monteiro, apesar de trilharmos caminhos distintos e da distância devido a correria diária, sempre estiveram presentes, me incentivando, apoiando, torcendo, compartilhando de choros e alegrias.

Às minhas queridas colegas de turma e amigas Adriana Santos, Naíla Demori e Lãna Carolina, que se tornaram mais do que companheiras de sala — foram meu verdadeiro suporte durante toda a graduação. Compartilhamos risadas, desafios, noites de estudo, projetos e conquistas. Juntas, enfrentamos as dificuldades, celebramos as vitórias e crescemos como pessoas e futuras profissionais. Cada trabalho, cada conversa e cada momento vivido ao lado de vocês tornou essa caminhada mais leve, especial e inesquecível. Obrigada por toda parceria, paciência, amizade e amor que me acompanharam nesses quatro anos.

À todos professores do Curso de fonoaudiologia da PUC-SP, pelo conhecimento, dedicação e inspiração ao longo dessa trajetória, e aos meus colegas de classe pela amizade, parceria e apoio que tornaram essa caminhada mais leve e significativa.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Santos A. Gastrostomia em Pacientes com Demência: Uma Revisão Integrativa da Literatura.

Introdução: O envelhecimento populacional tem avançado rapidamente, e no Brasil, entre 2010 e 2022, a população com mais de 65 anos cresceu 57,4% (IBGE, 2024). Esse cenário favorece o aumento dos casos de demência, que compromete o cognitivo, o estado nutricional entre outras funções. As dificuldades alimentares tornam-se frequentes, levando à disfagia, perda de peso e desnutrição. Nesses casos, a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é uma alternativa nutricional. Embora considerada segura, sua indicação em demência avançada é controversa, devido a complicações e dilemas éticos. **Objetivo:** Revisar a literatura dos últimos dez anos sobre o uso da gastrostomia em pacientes com demência. **Método:** Revisão integrativa baseada na estratégia Paciente, Intervenção, Comparação (PICO). Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês ou espanhol, provenientes das bases PubMed/MEDLINE, Embase e BVS/LILACS. A busca utilizou descritores controlados combinados por operadores booleanos. A seleção ocorreu em duas etapas (título/resumo e leitura completa), seguida de extração padronizada e análise qualitativa com categorização temática. **Resultados:** Foram identificados 124 artigos. Após exclusões, 20 compuseram a revisão, distribuídos em três eixos: indicações e critérios para GEP; desfechos clínicos, com ausência de impacto consistente na sobrevida e elevada taxa de complicações; e aspectos éticos na tomada de decisões. **Conclusão:** A revisão evidencia que a gastrostomia em demência avançada permanece prática controversa, com benefícios restritos e riscos consideráveis. A decisão envolve comunicação multiprofissional e familiar, demandando protocolos institucionais claros e pesquisas multicêntricas que avaliem desfechos clínicos, qualidade de vida, custo-efetividade e impacto sobre cuidadores.

Palavras-chave: Gastrostomia; Demência; Tomada de Decisão; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has been advancing rapidly. In Brazil, between 2010 and 2022, the population aged 65 years or older increased by 57.4% (IBGE, 2024). This scenario contributes to the growing number of dementia cases — a progressive neurodegenerative condition that compromises cognitive functions, autonomy, quality of life, and nutritional status. Feeding difficulties in these patients often evolve into dysphagia, weight loss, and risk of malnutrition. In such cases, percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is an alternative for long-term nutritional support. Although considered a safe procedure, its indication in advanced dementia remains controversial due to uncertainties regarding clinical benefits, complications, and ethical dilemmas.

Objective: To analyze scientific evidence from the past ten years on the use of PEG in patients with advanced dementia. **Method:** Integrative review based on the Patient, Intervention, Comparison (PICO) strategy. Articles published between 2015 and 2025, in Portuguese, English, or Spanish, were included from the PubMed/MEDLINE, Embase, and BVS/LILACS databases. The search used controlled descriptors combined with Boolean operators. Selection occurred in two stages (title/abstract screening and full-text reading), followed by standardized data extraction and qualitative analysis with thematic categorization. **Results:** A total of 124 studies were identified. After exclusions, 20 were included in the review, grouped into three thematic categories: indications and criteria for PEG; clinical outcomes; and ethical aspects in decision-making.

Conclusion: Although widely used, PEG in advanced dementia shows limited benefits and relevant risks. Its indication requires evidence-based institutional protocols, multidisciplinary communication with families, and multicenter studies assessing quality of life, cost-effectiveness, and the emotional impact on caregivers.

Descriptors: Gastrostomy; Dementia; Decision Making; Risk Factors.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos artigos por eixos temáticos	31
Figura 2 - Distribuição dos artigos por ano de publicação.....	31
Figura 3 - Distribuição dos artigos por país de publicação.....	32
Figura 4 - Distribuição dos artigos por tipo de metodologia.....	32
Figura 5 - Fluxograma PRISMA	33
Figura 6 - Capa da Cartilha “Gastrostomia: Entendendo, Cuidando e Preservando”	60
Figura 7 - QR Code de acesso à cartilha	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados identificados nas bases de dados	23
Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
AGS	<i>American Geriatrics Society</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
GEP	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
GTT	Gastrostomia
HAS	<i>Haute Autorité de Santé</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização mundial da saúde
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i>
SNE	Sonda nasoenteral

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Método.....	19
2.1 Delineamento do estudo e aspectos éticos	19
2.2 Questão de pesquisa.....	19
2.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
2.4 Bases de dados utilizada	20
2.5 Estratégia de busca.....	20
2.6 Seleção dos estudos.....	20
2.7 Extração e análise dos dados.....	20
2.8 Elaboração do produto educacional.....	21
3. Resultados.....	23
4. Discussão.....	34
4.1 Indicação e critérios para a gastrostomia.....	34
4.2 Desfechos clínicos	39
4.3 Aspectos éticos e tomada de decisão	44
4.4 Integração com a literatura.....	48
4.5 Lacunas e implicações práticas	49
4.6 Sugestões para pesquisas futuras	49
5. Conclusão	51
Referências.....	53
APÊNDICE.....	60

1. Introdução

A população mundial está envelhecendo em escala global e, neste século, este fenômeno ocorre de maneira acelerada em nações de baixa e média renda. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no Brasil, o censo demográfico mais recente indica que, enquanto a população geral aumentou 6,5% entre os anos de 2010 e 2022, o número de pessoas com 65 anos ou mais cresceu quase nove vezes mais (57,4%) ^[1]. Com o avanço da idade populacional, os distúrbios associados ao envelhecimento, como a demência, tornam-se mais comuns e representam importantes desafios para a saúde pública, já que contribuem para a dependência e limitação das pessoas com mais de 65 anos ^[2].

As demências são mais ocorrentes entre a população idosa e, embora causas reversíveis sejam relatadas, na maioria dos casos trata-se de processos neurodegenerativos progressivos e irreversíveis, com consequências devastadoras para o indivíduo, seus familiares e a sociedade. Os diferentes tipos de demência terão início, desenvolvimento clínico e marcadores biológicos distintos, embora possam apresentar entre si algumas semelhanças clínicas e, inclusive, coexistir no mesmo paciente ^[3].

A Organização Mundial da Saúde define a demência como uma síndrome clínica caracterizada por comprometimento progressivo de múltiplas funções cognitivas, resultante de diferentes etiologias que, cumulativamente, levam à degeneração e morte neuronal, com subsequente comprometimento estrutural e funcional do sistema nervoso central. Esse declínio cognitivo excede o esperado para o envelhecimento fisiológico e interfere significativamente nas atividades da vida diária. A consciência, em geral, permanece preservada; no entanto, alterações de humor, controle emocional, comportamento e motivação são frequentemente associadas e, em alguns casos, podem preceder o comprometimento cognitivo. As repercussões da demência são multifatoriais, abrangendo impactos físicos, psicológicos, sociais e econômicos que afetam não apenas os indivíduos acometidos, mas também seus cuidadores, familiares e a sociedade em geral. A limitada conscientização e compreensão sobre a síndrome contribuem para a estigmatização dos pacientes e representam obstáculos relevantes ao diagnóstico precoce, ao manejo adequado e ao acesso a intervenções terapêuticas ^[4].

A demência pode ser desencadeada por diversas doenças ou lesões que comprometem, de forma direta ou indireta, a integridade funcional e estrutural do encéfalo. A doença de Alzheimer representa a etiologia mais prevalente, sendo responsável por aproximadamente 60–70% dos casos. Outras formas incluem a demência vascular, a demência com corpos de Lewy — caracterizada pela presença de depósitos anômalos de proteína no interior dos neurônios — e um grupo de patologias neurodegenerativas que resultam na demência frontotemporal, associada à atrofia dos lobos frontais [4].

Além disso, a demência pode se manifestar secundariamente a eventos isquêmicos cerebrais, como o acidente vascular cerebral, ou em contextos de infecções oportunistas (por exemplo, HIV), uso crônico e nocivo de substâncias como o álcool, traumatismos cranioencefálicos repetitivos — associados à encefalopatia traumática crônica — ou ainda por carências nutricionais específicas. As fronteiras entre as diferentes etiologias são frequentemente imprecisas, sendo comum a ocorrência de quadros clínicos de demência mista.

A dificuldade alimentar é uma questão frequentemente observada em indivíduos com demência, resultando em consequências nutricionais significativas, como desnutrição e perda ponderal [5]. A severidade e a progressão do quadro demencial apresentam correlação estreita com a perda de peso corporal. Nos estágios iniciais da doença, tais dificuldades alimentares podem ser atribuídas à disfunção olfativa e gustativa, déficits nas funções executivas, prejuízos atencionais, dispraxia, agnosia e alterações comportamentais [6].

Com a evolução para fases mais avançadas da demência, a disfagia nas fases oral e faríngea torna-se prevalente, comprometendo a coordenação da mastigação e da deglutição, bem como a propulsão segura do bolo alimentar da orofaringe ao esôfago, aumentando o risco de aspiração [7]. A ingestão nutricional inadequada está associada a desfechos clínicos adversos, incluindo maior morbidade e mortalidade, deterioração da qualidade de vida e aumento da sobrecarga imposta aos cuidadores [6].

Uma das intervenções indicadas para o manejo de dificuldades alimentares de longa duração, observadas em diversas condições clínicas, é a administração de nutrição enteral por meio de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP). O paciente ostomizado é aquele sujeito que possui uma “ostomia”, termo de origem helênica, que transmite o conceito de “boca” ou “abertura”. No

contexto da saúde, é empregado para referir-se à exteriorização de qualquer víscera oca através do organismo em diferentes condições, recebendo denominações particulares, conforme o segmento que é exteriorizado [8]. A utilização dessa via tem como objetivo principal garantir a oferta nutricional adequada e promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes [9].

Os acessos enterais podem ser obtidos pela inserção de dispositivos para administração de nutrientes, como sondas introduzidas por via nasal ou oral, ou pela realização de procedimentos cirúrgicos, como gastrostomia ou jejunostomia. As sondas nasais ou orais são indicadas para suporte nutricional de curta duração, geralmente entre quatro e seis semanas. Dentre os métodos utilizados, o acesso nasal é o mais prevalente para a administração de terapia nutricional enteral [10]. O tubo ou sonda nasoenteral (SNE), empregado como via para nutrição, é introduzido pela cavidade nasal e posicionado até o estômago, duodeno ou jejuno. Esses dispositivos são utilizados por um período limitado, pois apresentam reduzida incidência de complicações, possuem custo relativamente acessível e são simples de substituir, sendo frequentemente adotados como um acesso temporário [11]. Contudo, observam-se eventos adversos recorrentes, como a remoção ou deslocamento involuntário da sonda e a obstrução do dispositivo devido à dieta ou medicamentos, demandando intervenções repetidas por parte da equipe assistencial [12].

Todavia, a inserção de um cateter gástrico por abordagem percutânea ou por intervenção cirúrgica, conhecida como gastrostomia, é recomendada quando se faz necessária a administração de nutrientes por um período superior a seis semanas [13], [8], [14]. Sua principal indicação está relacionada ao cuidado do paciente com comprometimento no mecanismo de deglutição, visando assegurar o aporte nutricional de longa duração em indivíduos cuja via de alimentação oral é inadequada ou inviável para atender às demandas nutricionais diárias, em razão de neoplasias nas vias digestivas, disfunções decorrentes de sequelas neurológicas ou em casos de pacientes com doenças crônicas, que apresentam disfagia e necessitam de suplementação nutricional [15].

A utilização prolongada da SNE pode causar irritação laríngea, necrose na cavidade nasal, sinusite, além de favorecer o aumento do refluxo de secreções gástricas. Outras limitações da SNE incluem a suscetibilidade à obstrução, a possibilidade de remoção acidental e os impactos estéticos e sociais. Todas essas potenciais complicações corroboram e recomendam a substituição da SNE pela gastrostomia endoscópica percutânea [16], uma vez que esse procedimento oferece vantagens significativas em termos de conforto ao paciente em comparação à sonda nasoenteral. Este método

de alimentação enteral proporciona maior liberdade de movimento, uma vez que não limita a mobilidade cervical nem interfere nas atividades cotidianas. Além disso, por não obstruir as vias nasais, a gastrostomia preserva a função respiratória normal e mantém intactos os mecanismos fisiológicos de proteção e limpeza das vias aéreas superiores, como o reflexo de tosse e a filtração nasal [8].

Além dos benefícios funcionais e fisiológicos, a GEP apresenta impacto positivo no aspecto psicossocial dos pacientes, especialmente no que diz respeito à estética e à autoimagem. Diferentemente das sondas nasoenterais, que são visíveis e podem causar estigmatização social ou constrangimento, o dispositivo de gastrostomia pode ser discretamente ocultado sob as vestimentas. A possibilidade de utilizar roupas que não evidenciam a presença do tubo de alimentação contribui para a preservação da imagem corporal e da autoestima, facilitando a adaptação do paciente à terapia nutricional prolongada e promovendo maior bem-estar emocional [17].

A gastrostomia permite a administração de dietas enterais artesanais, as quais podem contribuir para um cuidado mais humanizado. Geralmente essas dietas são elaboradas com alimentos comumente utilizados pela própria família, promovendo maior conforto tanto para o paciente quanto para o cuidador. Além disso, favorecem o fortalecimento do vínculo afetivo entre ambos, podem apresentar melhor tolerância gastrointestinal, menor custo financeiro e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Tais características também facilitam o manejo domiciliar da terapia nutricional por parte da família e cuidadores [18].

Contudo, para atingir esse objetivo, os profissionais devem estabelecer como meta do cuidado a reabilitação precoce e integral. As intervenções da equipe multiprofissional, focadas na reabilitação do paciente com GEP, devem ser iniciadas desde o período pré-operatório, quando se avalia a viabilidade da criação do estoma, e devem ser mantidas durante o procedimento cirúrgico e ao longo do pós-operatório [19].

Esse trabalho, a partir das colocações acima, visa explorar as implicações da gastrostomia em pacientes com demência, especialmente nos estágios mais avançados, e investigar as abordagens mais adequadas para a realização dessa intervenção.

Objetivos:**Objetivo Geral:**

- Analisar a produção científica acerca do uso da gastrostomia em pacientes com demência avançada, considerando critérios de indicação, desfechos clínicos e aspectos éticos envolvidos no processo de decisão.

Objetivos Específicos:

1. Identificar na literatura os critérios e motivações mais frequentemente utilizados para a indicação da gastrostomia em pacientes com demência avançada.
2. Avaliar os principais desfechos clínicos descritos após a instalação da gastrostomia, incluindo complicações e impacto sobre o estado nutricional e a sobrevida.
3. Examinar os aspectos éticos e o papel da família, cuidadores e equipe multiprofissional no processo de decisão pela realização da gastrostomia.
4. Integrar os achados da literatura com recomendações de diretrizes internacionais, discutindo lacunas de conhecimento e implicações para a prática clínica.

2. Método

2.1 Delineamento do estudo e aspectos éticos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca da utilização da gastrostomia em pacientes com demência avançada. Por se tratar de estudo que utilizou exclusivamente dados secundários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

2.2 Questão de pesquisa

A questão norteadora foi elaborada com base na estratégia PICO, sendo:

- P (Paciente): pacientes com demência;
- I (Intervenção): gastrostomia;
- C (Comparação): não aplicável;
- O (Desfecho): indicações, desfechos clínicos, complicações, benefícios e implicações éticas.

Questão norteadora: *Quais são as evidências científicas disponíveis, nos últimos dez anos, sobre o uso da gastrostomia em pacientes com demência avançada?*

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos:

- Publicados entre janeiro de 2015 e janeiro de 2025;
- Redigidos em português, inglês ou espanhol;
- Disponíveis na íntegra e gratuitamente;
- Que abordassem direta e explicitamente a gastrostomia em pacientes com demência;
- De diferentes delineamentos, incluindo estudos observacionais, revisões sistemáticas, revisões narrativas, diretrizes clínicas, dissertações e teses.

Foram excluídos: resumos de eventos, resumos de artigos, cartas ao editor, duplicatas e estudos que não contemplassem diretamente a temática

2.4 Bases de dados utilizada

A busca foi conduzida nas seguintes bases eletrônicas:

- PubMed/MEDLINE
- Embase
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS)

2.5 Estratégia de busca

Foram utilizados descritores controlados (DeCS/MeSH) e seus respectivos sinônimos, combinados com operadores booleanos AND e OR, entre eles:

- “Gastrostomia” OR “Gastrostomy”
- “Demência” OR “Dementia”
- “Tomada de decisões” OR “Clinical Decision-Making”
- “Fatores de risco” OR “Risk Factors”

2.6 Seleção dos estudos

O processo de seleção ocorreu em duas etapas:

1. Leitura de títulos e resumos, para exclusão dos que não atendiam aos critérios de inclusão;
2. Leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis, confirmando sua inclusão.

No total, foram 124 artigos identificados, dos quais 30 duplicados foram removidos, resultando em 94 artigos únicos avaliados em texto completo. Destes, 74 foram excluídos por não atenderem aos critérios, culminando em 20 estudos incluídos nesta revisão.

2.7 Extração e análise dos dados

A extração dos dados foi realizada por meio de uma tabela padronizada, contendo: autor(es), ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivo, principais resultados e conclusões.

Os artigos selecionados foram classificados em eixos temáticos (indicação e critérios, desfechos clínicos, aspectos éticos e tomada de decisão) e analisados de forma descritiva e crítica, com ênfase na relevância clínica e científica dos achados. Os resultados foram organizados em tabelas e figuras (distribuição por eixo temático, por ano e país de publicação e fluxograma PRISMA).

2.8 Elaboração do produto educacional

Como produto educacional vinculado a esta pesquisa, foi elaborada a cartilha intitulada “Gastrostomia: entendendo, cuidando e preservando”, destinada a cuidadores, familiares e à população em geral, com o objetivo de fornecer informações acessíveis e orientações práticas sobre a gastrostomia, abordando cuidados diários, prevenção de complicações e a importância do acompanhamento multiprofissional.

O conteúdo da cartilha foi fundamentado nos achados da revisão integrativa, especialmente nos eixos temáticos referentes a indicações, desfechos clínicos e aspectos éticos da gastrostomia. As informações técnicas foram adaptadas para uma linguagem clara e objetiva, priorizando a compreensão por pessoas com diferentes níveis de escolaridade, em consonância com os princípios da educação em saúde e comunicação acessível. O processo de elaboração ocorreu em etapas:

1. Seleção dos conteúdos: os temas foram definidos a partir dos resultados da revisão e de recomendações de entidades reconhecidas, como a American Geriatrics Society (AGS) e o Choosing Wisely Program.
2. Redação do texto educativo: as informações científicas foram reescritas em formato didático, com frases curtas, exemplos cotidianos e uso de verbos no imperativo para reforçar a orientação direta.
3. Organização e estrutura visual: o material foi dividido em seções curtas — “Entendendo a gastrostomia”, “Alimentação e medicamentos”, “Prevenção de complicações”, “Sinais de alerta” e “Direitos do paciente” —, facilitando a leitura e o uso prático.
4. Design e ilustração: o projeto gráfico foi desenvolvido pela autora, utilizando ilustrações digitais originais criadas com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT), priorizando cores suaves, personagens humanizados e cenas representativas do cuidado domiciliar.
5. Revisão técnica e validação: o conteúdo foi revisado por docentes especialistas na área de Motricidade Orofacial e Disfagia, garantindo precisão terminológica e coerência científica.

O produto final está disponibilizado em formato digital (PDF) no Anexo 1 com possibilidade de impressão e distribuição em contextos hospitalares, unidades básicas de saúde e

serviços de atenção domiciliar, funcionando como instrumento de apoio às práticas de educação em saúde e orientação fonoaudiológica.

3. Resultados

A estratégia de busca nas bases de dados resultou na identificação de 124 artigos. Após a triagem inicial, 104 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, totalizando 20 artigos elegíveis para compor esta revisão integrativa. Do total de registros identificados, 30 encontravam-se duplicados por constarem em mais de uma base de dados. A distribuição dos estudos localizados em cada base está apresentada na Tabela 1. Os artigos incluídos foram posteriormente organizados em eixos temáticos, conforme apresentado na Tabela 2, e analisados quanto aos seus objetivos, delineamentos metodológicos e principais achados.

Tabela 1 - Resultados identificados nas bases de dados

Base de dados	Total	Duplicados	Atenderam aos critérios de inclusão	Não atenderam aos critérios de inclusão
MEDLINE	57	20	11	46
EMBASE	31	2	2	29
LILACS	3	2	3	0
PUBMED	33	6	4	29

Fonte: elaborada pela autora

A seguinte tabela apresenta as informações sobre os estudos incluídos na revisão, catalogando seus autores, ano de publicação, título original, fonte, país de origem do trabalho, base de dados, seu eixo temático e a metodologia utilizada.

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
01	Miranda LE, da Penha MRC, Miranda ACG, Lima DL, Costa MWF, Amorim AO (2019)	<i>Fatores de risco associados à mortalidade precoce após gastrostomia endoscópica percutânea em pacientes em um centro terciário no Brasil: um estudo retrospectivo de sobrevida em um único centro</i>	Arq Gastroenterol. 2019;56(4):412-8. doi:10.1590/S0004-2803.201900000-83 / Brasil	BVS-LILACS	Indicação e critérios	Estudo retrospectivo de sobrevida (centro terciário)
02	Portales VB (2015)	<i>Criterios de médicos tratantes para indicar instalación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada</i>	Rev Méd Chile. 2015;143(11):1405-10. doi:10.4067/S0034-98872015001100005/ Chile	BVS-LILACS	Indicação e critérios	Estudo transversal
03	Arenas A, Ruedi D, Araya F, Naser R, Walsen G (2024)	<i>Sobrevida post instalación de gastrostomía: Experiencia de un centro terciario</i>	Gastroenterol Latinoam. 2024;35(1):14-7. doi:10.46613/gastrolat.2024001-04 / Chile	BVS-LILACS	Desfecho clínico	Estudo retrospectivo(centro terciário)

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
04	Kawasaki A, Matsushima M, Watanabe T, Tominaga T, Nagata T, Hirayama Y, Moriya A, Nomura K (2015)	<i>Recognition of and intent to use gastrostomy or ventilator treatments in older patients with advanced dementia: differences between laypeople and healthcare professionals in Japan</i>	Geriatr Gerontol Int. 2015;15(3):318-25 doi:10.1111/ggi.12276 / Japão	BVS-MEDLINE	Indicação e critérios	Estudo transversal observacional (percepções)
05	Lynch MC (2016)	<i>Is tube feeding futile in advanced dementia?</i>	Linacre Q. 2016;83(3):283–307. doi:10.1080/00243639.2016.1211879 / Estados Unidos	BVS-MEDLINE	Indicação e critérios	Revisão narrativa/ensaio teórico
06	Ayman AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaari S, Daher S, Benson AA, Mizrahi M (2017)	<i>PEG insertion in patients with dementia does not improve nutritional status and has worse outcomes as compared with PEG insertion for other indications</i>	J Clin Gastroenterol. 2017;51(5):417–20. doi:10.1097/MCG.0000000000000624 / Israel	BVS-MEDLINE	Indicação e critérios	Estudo retrospectivo comparativo

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
07	Mey A, Devun A, Roussier M, Gonthier R, Celarier T (2017)	<i>Réflexions sur l'indication de la gastrostomie chez les plus de 70 ans: étude prospective chez 26 patients</i>	Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2017;15(3):247-63. doi:10.1684/pnv.2017.0687 / França	BVS-MEDLINE	Indicação e critérios	Estudo prospectivo e descritivo
08	Cúrdia T, Marinho C, Magalhães J, Barbosa M, Carvalho S, Dias de Castro F, Boal Carvalho P, Rosa B, Figueiredo L, Cotter J (2017)	<i>Percutaneous endoscopic gastrostomy: confirming the clinical benefits far beyond anthropometry</i>	Eur J Gastroenterol Hepatol. 2017;29(9):1097-101. doi:10.1097/MEG.0000000000000923 / Portugal	BVS-MEDLINE	Desfechos clínicos	Estudo observacional retrospectivo
09	Gieniusz M, Sinvani L, Kozikowski A, Patel V, Nouryan C, Williams MS, Kohn N, Pekmezaris R, Wolf Klein G (2018)	<i>Percutaneous feeding tubes in individuals with advanced dementia: Are physicians "Choosing Wisely"?</i>	J Am Geriatr Soc. 2018;66(1):64–69. doi:10.1111/jgs.15125 / Estados Unidos	BVS-MEDLINE	Desfechos clínicos	Estudo observacional transversal

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte país / de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
10	Orlandoni P, Jukic Peladic N, Di Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, Giorgini N, Basile R, Cola C (2019)	<i>The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia</i>	Clin Nutr. 2019;38(4): 1871-6. doi:10.1016/j.clnu.2018.07.010 / Itália	BVS-MEDLINE	Desfechos clínicos	Estudo observacional retrospectivo
11	Fessler TA, Short TB, Willcutts KF, Sawyer RG (2019)	<i>Physician opinions on decision making for percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding tube placement</i>	Surg Endosc. 2019;33(11):3561–3568. doi:10.1007/s00464-019-06711-3 / Estados Unidos	BVS-MEDLINE	Aspectos éticos	Estudo observacional transversal
12	Bruchem-Visser RL, Mattace-Raso FUS, de Beaufort ID, Kuipers EJ (2019)	<i>Percutaneous endoscopic gastrostomy in older patients with and without dementia: Survival and ethical considerations</i>	J Gastroenterol Hepatol. 2019;34(4): 736-741. doi:10.1111/jgh.14573 / Holanda	BVS-MEDLINE	Desfechos clínicos	Estudo multicêntrico retrospectivo

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
13	Greenfeld SM, Gil E, Agmon M (2022)	<i>A bridge to cross: Tube feeding and the barriers to implementation of palliative care for the advanced dementia patient</i>	J Clin Nurs. 2022;31(13-14):1826–1834. doi:10.1111/jocn.15437 / Israel	BVS-MEDLINE	Aspectos éticos	Estudo qualitativo
14	Turan UF, Katar MK (2023)	<i>Evaluation of 644 percutaneous endoscopic gastrostomy patients in a single center</i>	Cureus. 2023;15(4):e38324. doi:10.7759/cureus.38324 / Turquia	BVS-MEDLINE	Indicação e critérios	Estudo retrospectivo
15	Lühnen J, Haastert B, Richter M, Köpke S, Meyer G (2017)	<i>Informed decision-making with and for people with dementia: Development, implementation and evaluation of a decision aid programme for legal representatives (PRODECIDE)</i>	BMC Geriatr. 2017;17(1):156. doi:10.1186/s12877-017-0616-z / Alemanha	PUBMED	Aspectos éticos	Ensaio clínico

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
16	Gil E, Agmon M, Hirsch A, Ziv M, Zisberg A (2018)	<i>Dilemmas for guardians of advanced dementia patients regarding tube feeding</i>	Age Ageing. 2018;47(1):138–143. doi:10.1093/ageing/afx161 / Israel	PUBMED	Aspectos éticos	Estudo qualitativo
17	Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee JH, Choi KD, Song HJ, Lee GH, Jung HY (2018)	<i>Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion</i>	BMC Gastroenterol. 2018;18(1):101. doi:10.1186/s12876-018-0825-8 / Coreia do Sul	PUBMED	Indicação e critérios	Estudo retrospectivo
18	Xin R, Sanossian C, Fazzari M, Mui B, Hossain M, Katz J (2025)	<i>Predictors of failure of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement: a retrospective study in a tertiary care center in the USA</i>	Clin Endosc. 2025;58(3):418–424. doi:10.5946/ce.2024.118 / Estados Unidos	PUBMED	Indicação e critérios	Estudo retrospectivo

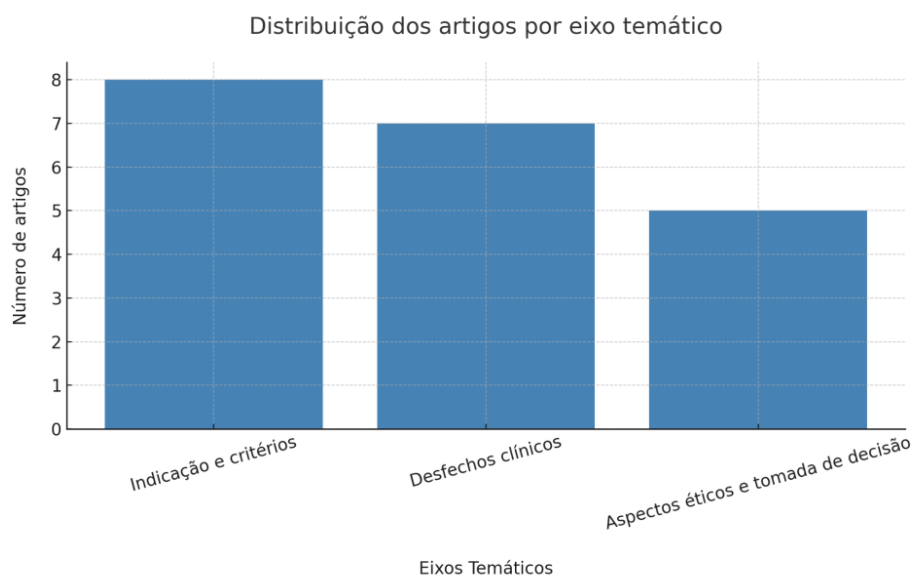
Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

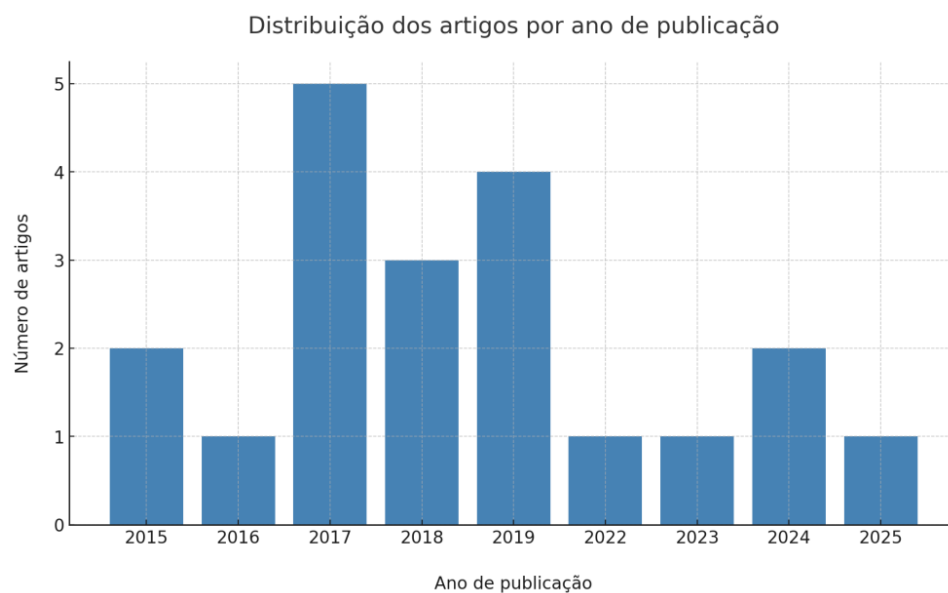
Nº	Autor (ano)	Título original	Fonte / país de origem	Base de dados	Eixo temático	Metodologia
19	Chen DF (2017)	<i>Dysphagia in the hospitalized patient</i>	Hosp Med Clin. 2017;6(1):38-52. doi:10.1016/j.ehmc.2016.07.004 / Estados Unidos	EMBASE	Desfechos clínicos	Revisão narrative/atualização clínica
20	Niu C, Zhang J, Orakzai A, Boppana LKT, Elkhapery A, Verghese B, Okolo PI 3rd (2024)	<i>Predictors and inpatient outcomes of aspiration pneumonia in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an analysis of national inpatient sample</i>	Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2024;48(9):102463. doi:10.1016/j.clinre.2024.102463 / Estados Unidos	EMBASE	Desfechos clínicos	Estudo retrospectivo

Fonte: elaborado pela autora

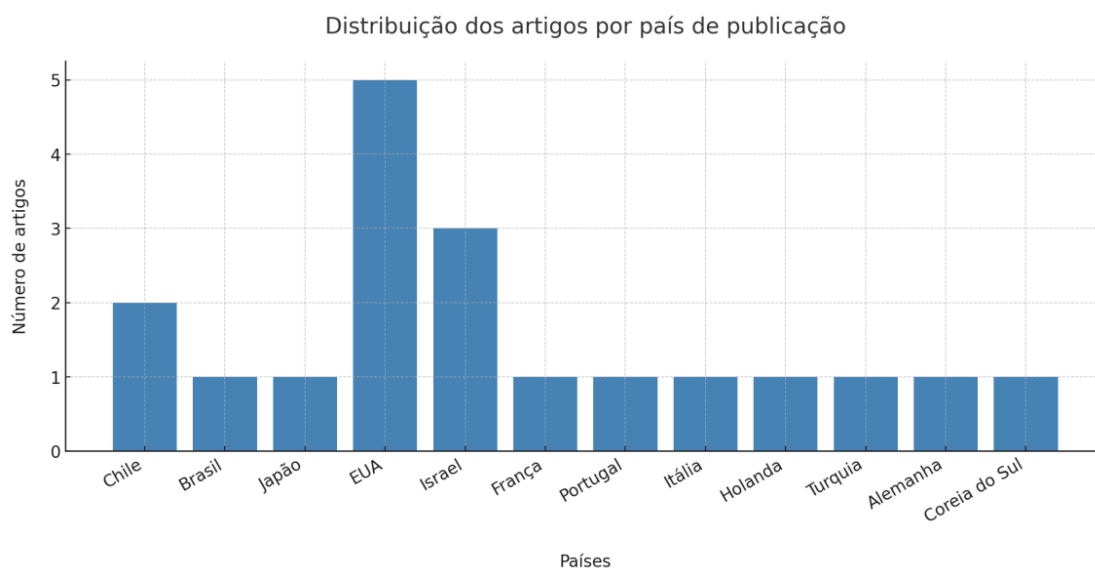
Para melhor visibilidade dos dados, estão apresentados abaixo os gráficos referentes às características catalogadas: eixo temático, ano de publicação, país de origem e metodologia utilizada.

Figura 1 – Distribuição dos artigos por eixos temáticos

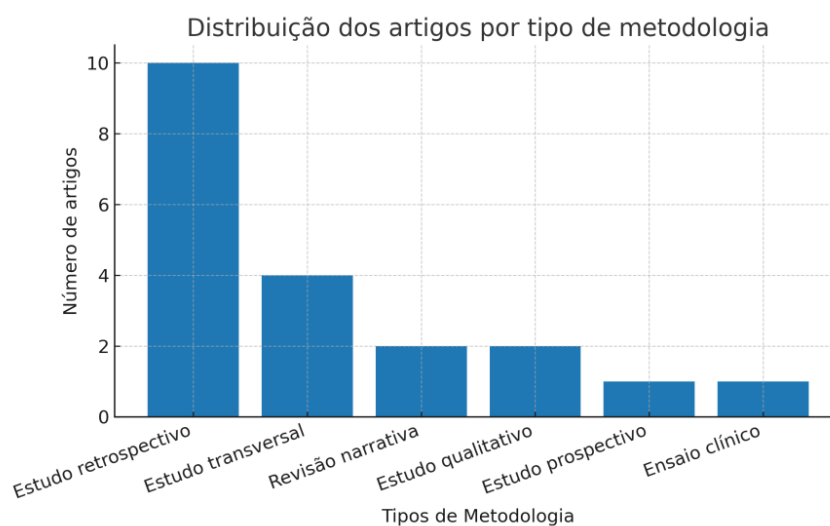
Fonte: elaborado pela autora.

Figura 2 – Distribuição dos artigos por ano de publicação

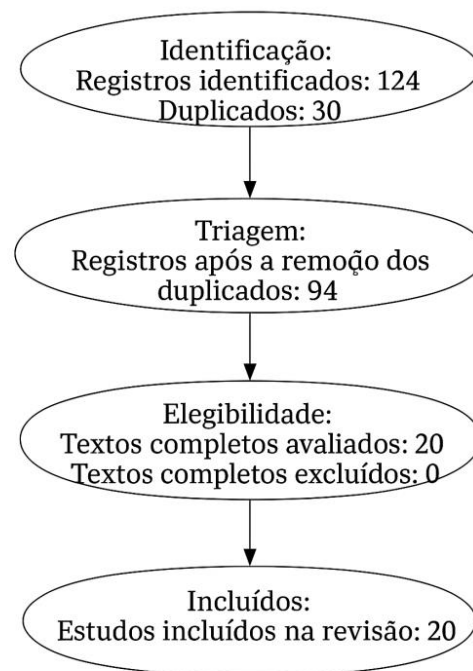
Fonte: elaborado pela autora.

Figura 3- Distribuição dos artigos por país de publicação

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 4 – Distribuição dos artigos por tipo de metodologia

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 5 – Fluxograma PRISMA

Fonte: elaborado pela autora.

4. Discussão

A presente revisão integrativa teve como propósito analisar a produção científica referente ao uso da gastrostomia em pacientes com demência, contemplando aspectos relacionados às indicações clínicas, aos desfechos obtidos e às implicações éticas no processo de decisão. A análise dos estudos incluídos evidenciou que embora a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) seja amplamente utilizada nesse perfil populacional, ainda existem importantes controvérsias acerca de sua efetividade, segurança e pertinência no contexto clínico. Essa divergência se reflete tanto na literatura internacional quanto na prática assistencial, indicando que a decisão pela instalação da GEP não se sustenta em um consenso consolidado, mas sim em fatores culturais, estruturais e individuais, além da escassez de diretrizes específicas voltadas para pacientes com demência avançada.

4.1 Indicação e critérios para a gastrostomia

Dez estudos discutiram diretamente os critérios de indicação da gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) em pacientes com demência avançada e revelaram grande heterogeneidade nas justificativas adotadas. De forma recorrente, a indicação esteve fundamentada na tentativa de prevenir episódios de aspiração e de preservar o estado nutricional.

Os estomas digestivos são considerados o método de escolha para a nutrição enteral de longa duração, sendo indicados para períodos superiores a quatro semanas^[20] ou acima de três semanas, de acordo com a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism^[21] e a partir de duas semanas segundo a Haute Autorité de Santé^[22]. Em contrapartida, sondas nasoenterais são recomendadas para suporte nutricional de curta duração. Ambos os métodos apresentam resultados semelhantes em relação à morbidade e mortalidade, entretanto, a gastrostomia tende a ser melhor tolerada^[23].

Ainda não existe consenso absoluto sobre a indicação da gastrostomia em função das patologias subjacentes, sobretudo em idosos. De maneira geral, aceita-se sua indicação em casos de disfagia decorrente de doenças neurológicas — como acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e esclerose lateral amiotrófica (ELA) — ou secundária a câncer do trato aerodigestivo

superior. O procedimento também pode ser considerado em condições potencialmente reversíveis, como episódios agudos de descompensação ou no pós-operatório ^[25]. Em contrapartida, em pacientes com distúrbios cognitivos graves, a nutrição enteral não é recomendada devido ao elevado risco de complicações e à ausência de benefícios comprovados ^[24].

Existem complicações potencialmente fatais, como hemorragia, lesões em órgãos internos, fascíte necrosante e pneumonia aspirativa, além de intercorrências menos graves, incluindo pneumoperitônio, hérnia no sítio do GEP, infecção da ferida, deslocamento do tubo e extravasamento periestomal^[26]^[27]. Além disso, um estudo apontou taxa de mortalidade em um ano de 35,8%, ^[28] enquanto outro evidenciou taxa de óbito em seis meses de 51,9% ^[29]. A retirada acidental do tubo de GEP configura uma complicação recorrente, com incidência de aproximadamente 4% em determinada pesquisa ^[26]. Em outro estudo, envolvendo 563 pacientes, a frequência aumentou para 12,8% ^[30]. Em um estudo, cuja taxa de deslocamento do tubo foi de 2,5% e é hipotetizado pelos autores que essa frequência relativamente menor em comparação às outras é devida à experiência da equipe que conduziu o procedimento, além da existência de serviços de atenção domiciliar bem estruturados. Contudo, eles observaram que a demência se apresentou como fator de risco independente para o deslocamento do tubo e considerando alguns dos comportamentos característicos desta condição, tal achado não foi inesperado. Desse modo, ressaltam a importância de sempre considerar o risco de deslocamento do tubo em pacientes com demência ^[31].

As complicações pós-procedimento podem ser classificadas em agudas ou crônicas, de acordo com o tempo de manifestação. Consideram-se agudas aquelas que ocorrem até sete dias após a realização da GEP, enquanto as crônicas são aquelas que surgem após esse período. Entre as complicações agudas relatam-se sangramento, pneumoperitônio, pneumonia aspirativa, íleo paralítico, infecção da ferida operatória e ruptura de Mallory-Weiss. Já as complicações crônicas incluem vazamento do tubo, obstrução, remoção espontânea, infecção da ferida, síndrome do bumper enterrado e pneumonia aspirativa recorrente ^[32].

O sangramento foi definido como evento que demandou intervenção terapêutica, como hemoclipagem, embolização ou injeção de epinefrina, além de acompanhamento endoscópico para confirmação da cicatrização. Também foram incluídos na categoria de complicações hemorrágicas os sangramentos decorrentes de ruptura de mucosa e aqueles que exigiram compressão durante ou

após o procedimento. A pneumonia aspirativa foi caracterizada pelo surgimento de sintomas novos, como tosse, secreção purulenta ou febre, associados a alterações radiográficas compatíveis. O íleo paralítico, por sua vez, compreendeu tanto casos sintomáticos quanto assintomáticos, confirmados por exames de imagem (radiografia ou tomografia computadorizada), associados à redução dos ruídos intestinais ^[32].

Estudos relatam que a inserção de GEP é, em geral, um procedimento bem-sucedido, apresentando taxa de sucesso de 89%, semelhante aos índices previamente descritos na literatura, que variam de 90% a 95% em estudos prospectivos ^[33], ^[27]. Essa taxa ligeiramente inferior pode estar relacionada ao fato de terem sido considerados apenas os casos realizados em regime de internação. A idade média da população estudada foi de 71 anos, evidenciando que os GEPs foram predominantemente indicados para indivíduos idosos, o que corresponde às principais condições associadas, como acidente vascular cerebral e demência ^[34].

No contexto dos cuidados paliativos, questões fundamentais a serem consideradas incluem a indicação de nutrição e hidratação artificiais, por meio de métodos como a gastrostomia, bem como a necessidade de suporte ventilatório. A utilização da gastrostomia disseminou-se rapidamente no Japão durante a década de 1990, impulsionada pelo desenvolvimento da técnica de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), considerada um procedimento relativamente simples. Entretanto, ainda no final da década de 1990, diversos estudos conduzidos nos Estados Unidos e na Europa apontaram que a utilização da GEP em indivíduos com declínio cognitivo não promoveu melhora no prognóstico ou na qualidade de vida.

Os principais grupos de pacientes submetidos ao procedimento são aqueles com doença cerebrovascular, pneumonia aspirativa e comprometimento cognitivo. No Japão, a nutrição e hidratação artificiais, incluindo a GEP, consolidaram-se como prática padrão no tratamento de idosos com comprometimento cognitivo ^[35]. Cabe ressaltar, contudo, que pacientes idosos com comprometimento cognitivo geralmente não apresentam capacidade plena para tomar decisões médicas relevantes, o que reforça a necessidade de avaliação ética criteriosa e de participação da família e da equipe multiprofissional no processo de tomada de decisão ^[36].

No contexto de pacientes com demência avançada, não há consenso entre os entrevistados quanto à indicação da gastrostomia (GTT) como medida terapêutica ou parte integrante do cuidado

básico ou padrão. Um aspecto recorrente refere-se à sensação de fome: 38,1% dos médicos acreditam que os pacientes sentem fome e sede ao interromper a via oral, entretanto, deve-se considerar que a anorexia no período terminal constitui um sintoma frequente, sem necessariamente estar associada à percepção de fome. Em contrapartida, alguns estudos sugerem que a desidratação sistêmica pré-terminal não é vivenciada de forma desagradável pelo paciente. A dificuldade interpretativa emerge, sobretudo, pela incerteza em definir o momento em que indivíduos com demência avançada se encontram efetivamente próximos do fim da vida^[37].

Oferecer suporte nutricional a indivíduos com doenças crônicas que não conseguem se alimentar de forma autônoma ou mesmo com auxílio manual pode parecer, à primeira vista, uma decisão imediata e simples, visto que a ausência de alimentação culmina inevitavelmente em morte por inanição — situação considerada ética, moral e religiosamente inaceitável. Entretanto, trata-se de um dilema médico complexo. Evidências consistentes demonstram que a utilização de sondas de alimentação enteral pode ser inadequada e até mesmo prejudicial em determinados cenários, especialmente em pacientes idosos com demência^{[38], [39], [40]}.

Sob a ótica bioética, os esforços para prolongar a vida devem representar um benefício concreto ao paciente e não serem instituídos apenas em função da possibilidade técnica. Assim, impõe-se uma análise crítica acerca da razoabilidade e prudência em prolongar a vida biológica quando esta já não pode se sustentar de modo significativo. Nesse sentido, a instalação do GTT em pacientes com demência avançada pode ser interpretada como uma prática de obstinação terapêutica, de eficácia questionável^[37].

Outro ponto relevante é que a utilização do GTT está associada a maior necessidade de contenções físicas, considerando que os pacientes podem tentar remover o dispositivo. Além disso, o contato com familiares e cuidadores tende a ser reduzido e experiências sensoriais básicas, como a percepção de sabores, são perdidas. Ressalta-se que a alimentação por via oral constitui uma das formas de manutenção de vínculo com o ambiente, sendo possível treinar familiares e cuidadores para oferecer alimentação oral mais segura e adaptada^[37].

Por fim, destaca-se que 85% dos médicos entrevistados relataram que os fonoaudiólogos recomendam a instalação do GTT em casos de demência avançada, o que evidencia a necessidade de revisão crítica também nessa área profissional. É imprescindível que cada situação seja avaliada

individualmente, considerando os resultados da implementação desse recurso. Cabe ressaltar que pacientes e familiares tendem a aceitar as recomendações dos profissionais de saúde em geral, e não apenas dos médicos, de modo que a responsabilidade pela indicação do GTT deve ser entendida como compartilhada por toda a equipe multiprofissional [37].

Há evidências de que determinados indivíduos com demência avançada podem apresentar benefícios com o uso da alimentação por sonda. Nesse contexto, é dever do médico analisar a condição clínica particular de cada paciente, bem como sua percepção acerca dos possíveis ônus, antes de recomendar ou contraindicar tal intervenção. Não se mostra apropriado que as diretrizes emitam posicionamentos generalizados contrários ao uso de sondas de alimentação, considerando que, em alguns casos, elas podem, de fato, trazer vantagens. Observa-se ainda que tanto profissionais quanto sociedades médicas têm interpretado os estudos observacionais disponíveis sem a devida criticidade, o que resulta em diretrizes que atribuem maior robustez às evidências científicas do que estas efetivamente apresentam. Embora diversos trabalhos observacionais apontem a ausência de impacto da sonda na sobrevida, tais estudos apresentam limitações metodológicas significativas, o que provavelmente compromete a validade de seus resultados. Ressalta-se, portanto, que a discussão permanece em estágio de formulação de hipóteses, e não de consolidação de recomendações clínicas definitivas [41], [42].

A decisão de indicar a colocação de uma sonda de gastrostomia em indivíduos com idade superior a 70 anos configura um processo clínico de elevada complexidade. A literatura disponível, embora extensa, apresenta resultados por vezes contraditórios, o que dificulta a síntese das evidências, mesmo diante da existência de diretrizes de boas práticas. Na ausência de indicações claramente estabelecidas, torna-se imprescindível reconhecer os contextos de prognóstico desfavorável, nos quais a realização do procedimento deve ser evitada. A análise risco-benefício, nesse cenário, deve considerar o paciente em sua integralidade, contemplando não apenas os aspectos clínicos, mas também funcionais e individuais [25]. Além disso, nota-se uma ênfase desproporcional nas potenciais desvantagens do procedimento, especialmente no que se refere à utilização de contenções [21], [42].

4.2 Desfechos clínicos

Cinco estudos incluídos nesta revisão analisaram os desfechos clínicos da gastrostomia em pacientes com demência avançada. De modo geral, os resultados indicaram que, embora alguns trabalhos tenham relatado benefícios pontuais na manutenção do estado nutricional após o procedimento, não foi identificada evidência consistente de melhora da sobrevida nessa população.

A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) configura-se como um método amplamente empregado na oferta de nutrição enteral a pacientes com ingestão oral comprometida, em especial nos casos de disfagia de origem neurológica ou de doenças do trato aerodigestivo. Em estudo retrospectivo realizado no Chile, com 635 indivíduos submetidos ao procedimento, observou-se taxa de sobrevida global de 36% e mediana de 12 meses, achados condizentes com cortes internacionais. As principais indicações identificadas foram acidente vascular cerebral (58,4%), outras doenças neurológicas (20,0%), neoplasias (11,8%) e demência (9,8%). A análise demonstrou que tanto a idade quanto o diagnóstico de base constituíram fatores prognósticos relevantes: pacientes com demência apresentaram a menor mediana de sobrevida (5,5 meses), enquanto aqueles com outras doenças neurológicas atingiram a maior (16 meses). Ressalta-se, ainda, que idade avançada, especialmente acima de 85 anos, e histórico de acidente vascular cerebral estiveram associados a desfechos menos favoráveis. Tais resultados reforçam a necessidade de avaliação criteriosa dos riscos e benefícios da GEP, sobretudo em indivíduos com demência em estágio avançado ^[43].

A literatura destaca a importância de estabelecer metas realistas ao indicar a gastrostomia, considerando o estado geral de saúde do paciente. Entre os objetivos possíveis, encontram-se a melhora da qualidade de vida do paciente ou do cuidador, a redução da dor e o acesso facilitado à nutrição, hidratação e medicamentos. Contudo, os benefícios da GEP em desfechos como sobrevida, estado funcional, parâmetros nutricionais, qualidade de vida, cicatrização de úlceras por pressão, risco de aspiração e infecções respiratórias permanecem em debate, mostrando-se variáveis conforme os subgrupos avaliados. Diante da escassez de estudos prospectivos, alguns autores buscaram analisar o impacto global da gastrostomia em populações acompanhadas em serviços especializados multidisciplinares, investigando a utilização de recursos em saúde, medidas

antropométricas, prevenção e cicatrização de úlceras de pressão, além de parâmetros nutricionais e de hidratação [44].

Atualmente, na medicina baseada em evidências, recomenda-se que as decisões clínicas sejam fundamentadas em dados científicos consistentes. Embora em algumas áreas da medicina essa prática seja mais consolidada, outras ainda demandam investigações adicionais para subsidiar a tomada de decisão. A gastrostomia endoscópica percutânea encontra-se bem estabelecida como alternativa de primeira linha para alimentação enteral em médio e longo prazo; entretanto, permanecem incertezas quanto aos resultados clínicos após o procedimento. Estudos apontam que parâmetros antropométricos isolados não são adequados para avaliar os benefícios iniciais da gastrostomia. Ainda assim, verificou-se que a GEP pode reduzir a necessidade de hospitalizações, favorecer a cicatrização de úlceras por pressão e promover alterações bioquímicas indicativas de melhor estado nutricional e hídrico, sugerindo reflexos positivos na qualidade de vida de pacientes e cuidadores. Ressalta-se, contudo, que para confirmar tais achados em populações específicas, é essencial a implementação de programas regulares de acompanhamento em clínicas multidisciplinares especializadas, vinculadas a serviços de Gastroenterologia e Nutrição [44].

Em pacientes idosos e frágeis, o objetivo de prolongar a sobrevida pode não ser prioritário em relação a aspectos como a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de complicações e o respeito às necessidades éticas, espirituais e familiares. Evidências demonstram que as complicações mecânicas, gastrointestinais e metabólicas decorrentes da nutrição enteral domiciliar não são mais prevalentes em pacientes com demência grave quando comparados a indivíduos sem demência, reforçando que estes não devem ser automaticamente excluídos da possibilidade de se beneficiar da terapia [45].

Observa-se, entretanto, que a efetividade e a segurança do tratamento estão intimamente relacionadas à frequência e qualidade do acompanhamento clínico. Programas regulares de monitoramento permitem ajustes oportunos, prevenção de complicações e, em alguns casos, a interrupção da terapia quando esta deixa de respeitar os princípios de beneficência e não maleficência. Além disso, devem ser considerados fatores como sobrecarga do cuidador, uso de contenções e custos associados à manutenção de modelos organizacionais, elementos que ainda carecem de investigação para avaliar sua viabilidade em diferentes contextos [45].

Um estudo que investigou o conhecimento e as percepções de médicos sobre o uso da GEP em indivíduos com demência avançada revelou que a maioria dos participantes possuía experiência direta no cuidado desses pacientes e relatava envolvimento com os desafios associados ao processo de tomada de decisão. Constatou-se que a ampla maioria dos médicos acreditava que a não realização do procedimento não acelera a morte em indivíduos com demência avançada, e quase todos declararam que não desejariam o procedimento para si próprios em caso de evolução para esse estágio da doença. Ainda assim, frente à decisão sobre a colocação da sonda, os médicos demonstraram ambivalência diante das evidências contrárias à sua indicação. Embora tenham discordado de que a GEP reduza a qualidade de vida de forma geral, defenderam que a decisão deve permanecer individualizada, mesmo em pacientes com demência avançada^[46].

Pesquisas anteriores apontam que fatores não clínicos exercem forte influência nas decisões relacionadas à utilização de sondas de alimentação^{[47], [48], [49], [50]}.

Apesar de a maioria dos médicos reconhecer que familiares frequentemente solicitam a colocação de sonda GEP em indivíduos com demência avançada, independentemente de variáveis como origem demográfica, formação ou experiência profissional, muitos permanecem reticentes em se opor firmemente ao procedimento, permitindo que a decisão seja conduzida por representantes legais ou pelo receio de implicações jurídicas. A utilidade das sondas em idosos passou a ser questionada menos de uma década após sua introdução nesta população^[46].

Um estudo que ao refletir sobre duas décadas de prática, advertiu para os riscos de seu uso indiscriminado e reforçou que as intervenções médicas devem priorizar o real benefício ao paciente, proporcionando conforto e esperança, facilitando o cuidado, promovendo qualidade de vida e restabelecendo a ingestão oral sempre que possível, evitando, assim, complicações adicionais^[51].

Em consonância com as recomendações do programa Choosing Wisely da American Board of Internal Medicine e American Geriatrics Society (ABIM/AGS), destaca-se que a solicitação rotineira da GEP em pessoas com demência avançada não apresenta benefícios comprovados e pode, ao contrário, gerar dor e sofrimento no final da vida^{[52], [53], [54], [55]}.

Um estudo relatou que a taxa de mortalidade em 30 dias após a inserção da GEP foi de 5%, sendo identificados fatores como plaquetopenia ($< 100.000/\mu\text{L}$), níveis elevados de proteína C reativa ($\geq 5 \text{ mg/dL}$) e o diagnóstico de doenças neurológicas distintas do acidente vascular cerebral e da malignidade como significativamente associados ao desfecho. Entre os pacientes que evoluíram a óbito, as causas mais frequentes incluíram pneumonia, complicações infecciosas e falências orgânicas, havendo ainda dois casos diretamente relacionados ao procedimento. O estudo também destacou que condições como demência, Parkinson, doenças neuromusculares e encefalopatia hipóxica estavam associadas a menor mortalidade em comparação com pacientes com câncer ou acidente vascular cerebral^[32]

Uma análise de base populacional, que avaliou mais de dois milhões de internações hospitalares de pacientes submetidos à GEP, identificou múltiplos fatores de risco e consequências associados à pneumonia aspirativa nessa população. Entre os preditores independentes destacaram-se doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva, arritmias cardíacas, paralisia, abuso de álcool e psicoses. Os autores observaram que a ocorrência de pneumonia aspirativa esteve associada a aumento expressivo da mortalidade, prolongamento do tempo de internação e maior probabilidade de alta para instituições de cuidados prolongados. Também foram evidenciadas disparidades demográficas, uma vez que os pacientes afetados eram mais idosos e, em sua maioria, do sexo masculino, grupo apontado como significativamente mais suscetível à complicação^[56].

Além disso, a pesquisa reforçou que a demência representa um fator de risco relevante para pneumonia aspirativa em indivíduos com GEP, corroborando a posição do Comitê de Ética da AGS, que recomenda cautela na indicação do procedimento em estágios avançados da doença, sugerindo a alimentação manual como alternativa. Por outro lado, condições como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) apresentaram menor prevalência no grupo com aspiração, hipótese que pode estar relacionada ao uso contínuo de inibidores da bomba de prótons, capazes de reduzir a acidez gástrica e, consequentemente, atenuar a gravidade do dano pulmonar em casos de aspiração^[56].

Os autores reconhecem limitações inerentes ao delineamento retrospectivo e ao uso de banco de dados administrativos, como a ausência de informações sobre qualidade de vida, peso ou evolução clínica pós-alta. Ainda assim, concluíram que a pneumonia aspirativa em pacientes com

GEP está associada a mortalidade elevada, internações prolongadas, maior risco de sepse grave e maior consumo de recursos em saúde, sendo fundamental a adoção de estratégias preventivas direcionadas para melhorar os desfechos clínicos nessa população [56].

A literatura aponta que a demência avançada constitui talvez o contexto mais controverso para a indicação de gastrostomia. A AGS recomenda que essa prática seja evitada, uma vez que não há evidências consistentes de benefícios em relação à prevenção de aspiração, melhora do estado nutricional, cicatrização de úlceras por pressão ou impacto na mortalidade, além dos encargos associados ao uso do dispositivo. Como alternativa, é sugerida a alimentação manual cuidadosa [57].

De modo geral, as evidências de alta qualidade que justifiquem o uso rotineiro da gastrostomia em doenças avançadas permanecem limitadas. Assim, a decisão pela colocação do tubo em contextos paliativos deve considerar o prognóstico da doença, as condições clínicas do paciente e seus objetivos e preferências individuais, sendo fundamental esclarecer expectativas quanto aos possíveis benefícios e riscos, bem como oferecer orientação adequada. Em casos complexos, a consulta com especialistas em cuidados paliativos ou geriatria pode auxiliar no processo decisório [58].

Diante do aumento da incidência de demência e de outras doenças crônicas na população, ressalta-se a importância de que hospitalistas estejam preparados para apoiar pacientes e familiares em decisões relacionadas à alimentação em fases avançadas da doença, sobretudo no manejo de aspiração recorrente e na escolha quanto ao uso de nutrição artificial invasiva. Reconhecendo a relevância cultural e simbólica da alimentação, enfatiza-se que o cuidado deve ser individualizado, contemplando a compreensão do paciente acerca de sua condição clínica, seus objetivos e preferências, além de fornecer informações completas sobre riscos e benefícios, garantindo uma decisão informada [59].

4.3 Aspectos éticos e tomada de decisão

Cinco estudos incluídos nesta revisão abordaram dilemas éticos e desafios no processo de decisão sobre a utilização da gastrostomia em pacientes com demência avançada. O comprometimento cognitivo característico desse estágio da doença acarreta perda progressiva da

autonomia, de modo que a responsabilidade pela decisão recai predominantemente sobre familiares ou representantes legais.

O crescimento da população idosa é um fenômeno acelerado nos países ocidentais, incluindo Israel, onde se estima que a proporção de idosos duplique até 2050^[60]. Entre os israelenses com 65 anos ou mais, 19% apresentam demência, percentual que chega a 47% entre aqueles com 85 anos ou mais, condição que pode se estender por vários anos. A evolução da doença é descrita pela Escala de Deterioração Global, que contempla sete estágios, sendo o último caracterizado por dependência total para todas as atividades de vida diária, perda da capacidade verbal e incontinência urinária e fecal. Nesta fase, complicações como infecções recorrentes, úlceras de pressão e dificuldades alimentares são frequentes. Ressalta-se ainda que indivíduos com demência avançada perdem precocemente a capacidade de tomada de decisão, tornando-se necessária a participação de representantes legais ou outros responsáveis no processo decisório^[61],^[62].

O processo decisório de familiares de pessoas com demência avançada é descrito como uma das principais fontes de angústia, podendo variar conforme o responsável legal seja um profissional ou um parente próximo, além de sofrer influência de fatores culturais^[63],^[64]

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos identificaram diferentes atitudes diante de situações de fim de vida entre grupos étnicos distintos, observando-se certa consistência interna em cada grupo, embora com variações individuais. No contexto da demência avançada, a tomada de decisão sobre a nutrição se destaca como uma questão central para os cuidadores, uma vez que dificuldades alimentares representam um marcador de mau prognóstico e demandam escolhas complexas acerca das estratégias de alimentação^[65].

A GEP já foi considerada uma alternativa eficaz nesse cenário, tendo sido observada, na década de 1990, uma taxa de 25% de residentes de instituições de longa permanência em Nova Iorque com demência avançada que faleceram com uma sonda de alimentação instalada^[66].

Entretanto, evidências mais recentes não comprovaram benefícios da sonda em relação à alimentação manual quanto à mortalidade ou à redução de complicações clínicas, o que levou a maioria das sociedades de geriatria a recomendar a prática da alimentação de conforto, integrada a

uma abordagem paliativa. Nesse sentido, verificou-se uma queda significativa na utilização de sondas entre residentes de lares norte-americanos entre 2000 e 2014^{[67], [68]}.

Apesar de Israel adotar diretrizes médicas semelhantes às práticas norte-americanas e europeias, a alimentação por sonda, incluindo a GEP, permanece amplamente utilizada em residentes de instituições de longa permanência com demência avançada. As razões para essa prática ainda não estão totalmente esclarecidas, e o processo de decisão dos responsáveis, bem como os fatores culturais envolvidos, carecem de investigação. Nesse contexto, algumas pesquisas buscaram explorar as atitudes de familiares de pessoas com demência avançada em relação à alimentação por sonda, bem como os significados culturais que fundamentam tais escolhas^[69].

Uma análise realizada em contexto israelense evidenciou tendências socioculturais relacionadas às decisões de fim de vida em pacientes com demência avançada. O perfil socioeconômico da amostra, composta por residentes de instituições de longa permanência vinculadas ao Ministério da Saúde, refletiu aspectos de uma lógica neoliberal que acentua desigualdades sociais no país. Observou-se que a utilização da GEP, aparece como conduta padrão, sustentada por um discurso de caráter otimista e pela ausência de debate sobre a morte como evento inevitável^[69].

Razões religiosas, independentemente da filiação confessional, reforçaram a centralidade da sacralidade da vida, promovendo atitudes voltadas à manutenção da existência em detrimento da aceitação passiva do processo de terminalidade. Experiências históricas, como o Holocausto e a luta pela sobrevivência, também se configuraram como justificativas para a persistência no cuidado vital. Assim, o conjunto de significados e práticas associados à alimentação de pessoas com demência avançada reflete construções culturais próprias da sociedade israelense e se manifesta de forma particular nas decisões sobre nutrição no fim da vida. Os autores enfatizam a necessidade de que profissionais de saúde compreendam tais especificidades para apoiar adequadamente familiares e cuidadores diante de escolhas complexas nesse processo^[69].

A indicação da GEP permanece como um tema controverso na prática clínica, sobretudo em contextos de demência avançada e cuidados de fim de vida. Um estudo que analisou as percepções médicas acerca do procedimento evidenciou que muitos profissionais discordam das contraindicações para esses cenários, ainda que não existam evidências consistentes de benefícios

associados à sua utilização. Observou-se, adicionalmente, baixa concordância quanto ao adiamento da realização da GEP após acidente vascular cerebral, mesmo diante de dados que sugerem a possibilidade de recuperação espontânea da deglutição nesse período. Em contrapartida, verificou-se elevado consenso quanto à necessidade de abordar aspectos relacionados à qualidade de vida, assegurar tempo adequado para que pacientes e familiares refletissem antes da tomada de decisão e integrar o serviço de nutrição ao processo. Destacou-se, ainda, a relevância da atuação da equipe multidisciplinar — incluindo médicos assistentes, endoscopistas e nutricionistas — como componente essencial para apoiar escolhas mais conscientes e compatíveis com as necessidades do paciente. Por fim, os autores enfatizam a importância de ampliar a conscientização acerca das limitações da GEP em casos de demência avançada, bem como a formulação de diretrizes mais claras e padronizadas para subsidiar a prática clínica ^[70].

Um ensaio clínico randomizado, multicêntrico e controlado, desenvolvido na Alemanha, descreveu o programa PRODECIDE, com o objetivo de qualificar representantes legais de pessoas com demência avançada na tomada de decisões sobre intervenções médicas complexas, como a colocação de sondas de alimentação, o uso de contenções físicas ou de medicamentos antipsicóticos. O estudo partiu do reconhecimento de que, frequentemente, esses representantes carecem de informações adequadas e de suporte para compreender os riscos, benefícios e implicações éticas dessas escolhas, o que pode comprometer a qualidade do processo decisório. O PRODECIDE foi concebido como um programa educativo modular, realizado em dois dias, voltado para fortalecer a competência dos representantes por meio de conhecimento baseado em evidências, promover decisões centradas no paciente, equilibrando riscos e benefícios das intervenções, e reduzir a variabilidade de condutas tomadas sem embasamento clínico consistente. Os autores concluem que há uma necessidade clara de apoio educativo para representantes legais, destacando que decisões relacionadas à GEP não devem ser pautadas apenas por pressões institucionais ou familiares. Nesse sentido, o PRODECIDE se apresenta como uma estratégia inovadora para tornar a tomada de decisão mais transparente, ética e alinhada às melhores evidências disponíveis, contribuindo para maior consistência nas práticas clínicas e para a redução do uso de intervenções potencialmente fúteis ou de benefício limitado em pessoas com demência avançada ^[71].

Complementando essa perspectiva, uma investigação qualitativa conduzida em lares de idosos no norte de Israel buscou compreender o conhecimento e as atitudes da equipe de enfermagem em relação à alimentação por sonda em pacientes com demência avançada. Os resultados revelaram importantes barreiras à implementação de uma abordagem paliativa, entre elas a compreensão limitada dos profissionais sobre conceitos centrais, como “cuidados paliativos” e “alimentação para conforto”, além da ausência de educação formal sobre dificuldades alimentares ao longo da formação acadêmica ou de programas de desenvolvimento profissional. Mais da metade dos entrevistados relatou nunca ter recebido qualquer tipo de capacitação estruturada sobre o tema e declarou basear seu “conhecimento” apenas na experiência prática cotidiana, frequentemente marcada por crenças não fundamentadas em evidências. Nesse sentido, muitos acreditavam que a alimentação por sonda prolongaria a sobrevida ou reduziria complicações médicas, embora admitissem desconhecer estudos científicos que sustentassem tais percepções. Apenas uma minoria — composta sobretudo por médicos de instituições privadas e por nutricionistas — demonstrou familiaridade com a literatura baseada em evidências. Esses achados evidenciam lacunas relevantes de formação e informação, além de influências institucionais e socioeconômicas, que dificultam a consolidação de práticas mais alinhadas à filosofia dos cuidados paliativos. Os autores ressaltam, portanto, a necessidade de investimento em educação profissional e na revisão de políticas institucionais, de modo a promover decisões mais conscientes, centradas no paciente e sustentadas por evidências científicas [72].

Diversos fatores médicos e não médicos tornam a decisão pela colocação de um tubo de GEP em pacientes com demência um processo eticamente complexo. Estudos indicam que, nessa população, a mortalidade após a inserção do dispositivo é significativamente maior, sem benefício consistente em termos de sobrevida. Além disso, a GEP não contribui para a melhora da qualidade de vida, podendo inclusive acarretar complicações adicionais, como incontinência, úlceras de pressão e necessidade de contenção. Também se observa a persistência de crenças equivocadas sobre supostos benefícios — como prevenção de pneumonia aspirativa ou cicatrização de lesões — que não são confirmados pela literatura.

Aspectos emocionais, como o temor de familiares de que o paciente morra de fome ou sede e a forte carga simbólica da alimentação, reforçam escolhas que muitas vezes não correspondem ao curso natural da doença. Soma-se a isso a falta de conhecimento sobre a evolução

clínica da demência, especialmente a disfagia nos estágios finais, e a dificuldade de profissionais de saúde em recusar a GEP quando já discutida com a família. Apesar de diretrizes internacionais desaconselharem a prática, parcela significativa de médicos permanece alheia a essas recomendações, cedendo à pressão familiar. Nesse sentido, a literatura aponta que a alimentação manual adaptada deve ser priorizada como forma de cuidado, vínculo e conforto, em detrimento da nutrição artificial invasiva^[73].

A literatura evidencia que, em contextos nos quais diretrizes clínicas claras estão ausentes, a decisão tende a ser fortemente influenciada por fatores emocionais, crenças culturais e pressões sociais, o que pode resultar em escolhas que não refletem plenamente as evidências científicas disponíveis. Nesse cenário, destaca-se a relevância de uma comunicação transparente entre equipe multiprofissional e familiares, de forma a garantir decisões mais conscientes e alinhadas aos princípios da bioética.

As diretrizes internacionais, reforçam que a decisão pela gastrostomia deve ser individualizada, pautada em avaliação criteriosa de riscos e benefícios, e que a via oral adaptada deve ser priorizada sempre que possível, respeitando os princípios de cuidado centrado no paciente^{[57], [74]}.

4.4 Integração com a literatura

Os achados desta revisão estão em consonância com evidências internacionais que questionam a eficácia da gastrostomia como estratégia para prolongar a vida em pacientes com demência avançada^{[6], [46]}. Embora diretrizes reconhecidas recomendem que a alimentação por via oral adaptada seja priorizada em detrimento da GEP, observa-se que, na prática clínica, a taxa de indicações do procedimento permanece elevada, revelando um descompasso entre recomendações baseadas em evidências e a conduta adotada em diferentes contextos assistenciais^{[56], [59]}.

Nesse sentido, a literatura destaca a necessidade de fortalecimento da capacitação da equipe multiprofissional, de modo a assegurar que o processo decisório seja pautado em conhecimento técnico atualizado e fundamentado nas melhores práticas disponíveis. Ademais, a comunicação clara, contínua e empática com familiares e cuidadores é apontada como elemento essencial para

promover decisões mais conscientes, alinhadas ao princípio do cuidado centrado no paciente e aos valores éticos que devem nortear a assistência ^{[57], [6]}.

4.5 Lacunas e implicações práticas

A presente revisão evidenciou lacunas significativas na literatura, sobretudo no que se refere à ausência de estudos longitudinais e multicêntricos capazes de avaliar, de forma robusta, desfechos clínicos, qualidade de vida e custo-efetividade do uso da gastrostomia em pacientes com demência avançada. Observou-se também que poucos trabalhos abordaram o impacto emocional e psicossocial da GEP sobre os cuidadores, aspecto particularmente relevante considerando o papel central que estes desempenham no cuidado diário ^{[23], [24]}.

A implementação de protocolos institucionais padronizados, fundamentados em evidências científicas, poderia contribuir para reduzir a variabilidade de condutas observada entre diferentes serviços e países, além de fornecer suporte mais consistente aos familiares durante o processo de tomada de decisão ^{[6], [46]}. Tais medidas se mostram fundamentais para aproximar a prática clínica das recomendações internacionais e assegurar que as escolhas estejam alinhadas aos princípios do cuidado centrado no paciente e à ética em saúde.

4.6 Sugestões para pesquisas futuras

As evidências disponíveis indicam a necessidade de investigações mais consistentes e abrangentes. Recomenda-se que novos estudos adotem delineamentos multicêntricos, prospectivos e de longo prazo, capazes de oferecer maior robustez metodológica e ampliar a generalização dos achados ^{[6], [46]}. Além dos desfechos clínicos tradicionais, torna-se fundamental incorporar medidas relacionadas à qualidade de vida, custo-efetividade e impacto psicossocial, considerando tanto a perspectiva dos pacientes quanto a dos cuidadores ^{[23], [24]}.

Adicionalmente, estudos comparativos conduzidos em contextos culturais e institucionais distintos podem favorecer a compreensão dos determinantes que orientam a decisão pela gastrostomia, permitindo identificar fatores éticos, sociais e organizacionais que influenciam a

prática clínica^{[57], [41]}. Essa abordagem integrada poderá contribuir para a formulação de protocolos clínicos mais uniformes e culturalmente sensíveis, alinhados às recomendações internacionais e às necessidades reais dessa população. Também se mostra essencial incluir na agenda científica a investigação de complicações relacionadas ao uso da GEP, como a pneumonia aspirativa, e seus desfechos hospitalares, apontados em estudos recentes como fatores de grande impacto na prática clínica^[59].

5. Conclusão

A presente revisão integrativa possibilitou analisar a produção científica acerca do uso da gastrostomia em pacientes com demência avançada, atendendo ao objetivo geral de contemplar critérios de indicação, desfechos clínicos e aspectos éticos envolvidos no processo decisório.

No que se refere ao primeiro objetivo específico, identificou-se que a indicação da gastrostomia endoscópica percutânea está frequentemente associada à tentativa de manter o estado nutricional e prevenir complicações como a aspiração. Contudo, os estudos analisados revelam que tais motivações, embora recorrentes, não se sustentam de forma robusta em evidências científicas consistentes.

Quanto ao segundo objetivo, observou-se que os desfechos clínicos descritos após a instalação da GEP permanecem controversos. A literatura evidencia complicações frequentes, taxas elevadas de morbimortalidade precoce e ausência de impacto significativo sobre a sobrevivência e melhora da qualidade de vida, ressaltando a necessidade de avaliação individualizada da relação risco-benefício.

Em relação ao terceiro objetivo, destacou-se o papel central da família, cuidadores e representantes legais na tomada de decisão, frequentemente permeada por fatores emocionais, culturais e sociais. A literatura reforça a relevância da comunicação clara e transparente entre equipe multiprofissional e familiares como elemento ético essencial para decisões mais conscientes e alinhadas ao cuidado centrado no paciente.

Por fim, atendendo ao quarto objetivo, os achados foram confrontados com recomendações de diretrizes internacionais, que apontam para a necessidade de individualização da conduta, priorização da via oral adaptada sempre que possível e tomada de decisão pautada em princípios bioéticos. Nesse sentido, torna-se imprescindível a implementação de protocolos institucionais baseados em evidências, bem como o fortalecimento da capacitação das equipes de saúde, a fim de reduzir a variabilidade de condutas e oferecer suporte mais sólido no processo decisório.

Conclui-se, portanto, que a indicação de gastrostomia em pacientes com demência avançada deve ser considerada com extrema cautela. Novas pesquisas multicêntricas e longitudinais, que incluam não apenas desfechos clínicos, mas também indicadores de qualidade de vida, impacto

psicossocial e custo-efetividade, são fundamentais para subsidiar diretrizes mais claras, éticas e culturalmente sensíveis. Esses avanços poderão contribuir para práticas mais humanizadas, seguras e consistentes no cuidado de pessoas com demência avançada.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. [Acesso: 05 nov. 2025].
2. Sousa RM, Ferril CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population based survey. *GMC Geriatr*. 06 ago. 2010; 10(53):1-12. doi: 10.1186/1471-2318-10-53 [Acesso: 13 set. 2025].
3. Speranza ACC, Mosci T. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 394–409.
4. Organização mundial da saúde. Demência. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/dementia#tab=tab_1 [Acesso: 13 set. 2025].
5. Brooke J, Ojo O. Nutrição enteral na demência: uma revisão sistemática. *Nutrientes*. 2015; 7(4):2456-2468. 3 abr. 2015. Doi:10.3390/nu7042456. [Acesso: 05 nov. 2025].
6. Volkert D, Beck-Gerd AM, Face-Irving G, Frühwald T, Hoper L, Keller H. Et al. Diretrizes da ESPEN sobre nutrição na demência. *Clinical Nutrition*. 23 set. 2015; 34(6):1052-1073. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.04.039> 0261-5614 [Acesso: 08 set. 2025].
7. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. *Rev CEFAC*. 2018;20(4):532-40. Doi: 10.1590/1982-021620182045818 [Acesso: 08 abr. 2025].
8. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia 2ªEd. São Paulo: Atheneu; 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002719747>. [Acesso: 08 abr. 2025].
9. Lloyd DA, Powell-Tuck J. Nutrição artificial: princípios e prática da alimentação enteral [Internet]. *Clin Colon Rectal Surg*. 2004;17(2):107–18. Doi: 10.1055/s-2004-828657 [Acesso: 05 abr. 2025].
10. Cervo AS, Magnagob TSB, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. *Rev gaúcha enferm, Porto Alegre*, 2014;35(2):53-59. Doi: 10.1590/1983-1447.2014.02.42396 [Acesso: 08 abr. 2025].
11. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al. Recomendações da prática de nutrição enteral da ASPEN. *J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33(2):122-67. Doi: 10.1177/0148607108330314 [Acesso: 08 abr. 2025].
12. Silva LFO. Protocolo de cuidados em gastrostomia endoscópica percutânea: uma abordagem multiprofissional. [Dissertação de mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/32233>. [Acesso: 04 set. 2025].

13. Naves LK, Tronchin DMR, Melleiro MM. Incidência de extubação gástrica nos grupos pediátricos e adultos em um programa de assistência domiciliar. REME. Rev Min Enferm. 2014;18(1):54-60.
14. Martini JG, Gelbcke FL, Reibnitz KS. Cuidado ao ser humano com necessidades hídricas e nutricionais. In: Prado ML, Gelbcke FL, organizadores. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3ªed. Florianópolis: Progressiva; 2013. p. 485-99.
15. Mansur GR, Mello GFS, Garcia FL, Santos TB. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). Projeto Diretrizes. Soc Bras de Endosc Dig; 2010.
16. Neto AF, Ferreira AR, Bittencourt PFS, Carvalho SD, Filho PPF, Diniz PC. Trinta anos de gastrostomia endoscópica percutânea: uma revisão da literatura. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(4 suppl 3):31-7. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/928> [Acesso: 10 abr. 2025].
17. Freitas FBD, Costa ACL, Nóbrega MML, França ISX, Oliveira JS, Costa IKF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: percepção dos usuários. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):506–13. Disponível em: bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622017000100228&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt [Acesso: 10 abr. 2025].
18. Vieira DCA, Oliveira GC, Melo BL, Magalhães LP. Proposta de formulação artesanal de dieta enteral com 1800 kcal, de baixo custo, baseada em alimentos usuais da população brasileira. BRASPEN. 2022;37(1):60-64. Doi: 10.37111/braspenj.2022.37.1.09 [Acesso: 10 abr. 2025].
19. Tuon L, Ceretta LB. Rede de cuidado à pessoa com deficiência: volume 1. Criciúma: UNESC; 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/5499>. [Acesso: 08 abr. 2025].
20. Stroud M, Duncan H, Nightingale J; British Society of Gastroenterology. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. Gut. 2003;52(Suppl 7):viii1-viii12. Doi: 10.1136/gut.52.suppl_7.viii1 [Acesso: 4 set. 2025]
21. Loser C, Wolters S, Folsch UR. Enteral long-term nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy in 210 patients. Dig Dis Sci. 1998; 43(11):2549-57. Doi: 10.1023/a:1026615106348. [Acesso: 24 set. 2025]
22. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. Disponível em: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495743/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee. [Acesso em: 9 mai. 2025].
23. Rendall K, Pichard C, Louis-Simonet M, Reny JL. Nutrition entérale : sonde nasogastrique ou gastrostomie percutanée endoscopique? Rev Med Suisse. 2012;8(358):1972-1977. Doi:10.53738/REVMED.2012.8.358.1972
24. Dall'Osto H, Theodore C, Manuel C. Percutaneous endoscopic gastrostomy. EMC-Chirurgie 2004;1:466-80. Doi: 10.1016/j.emcchi.2004.03.005 [Acesso: 20 set. 2025]
25. Mey A, Devun A, Roussier M, Gonthier R, Celarier T. Réflexions sur l'indication de la gastrostomie chez les plus de 70 ans: étude prospective chez 26 patients. Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2017;15(3):247-63. doi:10.1684/pnv.2017.0687. [Acesso: 05 nov. 2025].

26. Hucl T, Spicak J. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016;30:769-81. Doi: 10.1016/j.bpg.2016.10.002 [Acesso: 05 nov. 2025]
27. Blomberg J, Lagergren J, Martin L, Mattsson F, Lagergren P. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy in a prospective study. *Scand J Gastroenterol.* 2012;47:737-42. Doi: 10.3109/00365521.2012.654404 [Acesso: 30 abr. 2025]
28. Chong VH, Vu C. Percutaneous endoscopic gastrostomy outcomes: can patient profiles predict mortality and weaning? *Sing Med J.* 2006;47(5):383-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16645687/> [Acesso: 30 abr. 2025].
29. Wirth R, Voss C, Smoliner C, Sieber CC, Bauer JM, Volkert D. Complications and Mortality After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Geriatrics: A Prospective Multicenter Observational Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13:228-33. Doi: 10.1016/j.jamda.2011.07.010 [Acesso: 05 nov. 2025].
30. Rosenberger LH, Newhook T, Schirmer B, Sawyer RG. Late accidental dislodgement of a percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and the health care system. *Surg Endosc.* 2011;25(10):3307–11. doi: 10.1007/s00464-011-1709-y. [Acesso: 05 nov. 2025].
31. Turan UF, Katar MK. Evaluation of 644 percutaneous endoscopic gastrostomy patients in a single center. *Cureus.* 2023;15(4):e38324. doi:10.7759/cureus.38324. [Acesso: 05 Nov. 2025].
32. Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee JH, et. Al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *BMC Gastroenterol.* 2018;18(1):101. doi:10.1186/s12876-018-0825-8. [Acesso: 05 nov. 2025].
33. Larson DE, Burton DD, Schroeder KW, DiMaggio EP. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. *Gastroenterology.* 1987;93(1):48–52. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3108063/> [Acesso: 05 nov. 2025].
34. Xin R, Sanossian C, Fazzari M, Mui B, Hossain M, Katz J. Predictors of failure of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement: a retrospective study in a tertiary care center in the USA. *Clin Endosc.* 2025;58(3):418–24. doi:10.5946/ce.2024.118. [Acesso: 2 nov. 2025]
35. Associação de Hospitais do Japão. Estudo de vigilância: relatório sobre a condição atual e o gerenciamento em casas de repouso e residências para idosos com gastrostomia. 2011. Disponível em: http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/110416_1.pdf [Acesso: 05 nov. 2025].
36. Kawasaki A, Matsushima M, Watanabe T, Tominaga T, Nagata T, Hirayama Y, et. Al. Recognition of and intent to use gastrostomy or ventilator treatments in older patients with advanced dementia: differences between laypeople and healthcare professionals in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(3):318-25. doi:10.1111/ggi.12276.
37. Portales VB. Criterios de médicos tratantes para indicar instalación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada. *Rev Méd Chile.* 2015;143(11):1405-10. doi:10.4067/S0034-98872015001100005. [Acesso: 05 nov. 2025].

38. Miranda LE, da Penha MRC, Miranda ACG, Lima DL, Costa MWF, Amorim AO. Fatores de risco associados à mortalidade precoce após gastrostomia endoscópica percutânea em pacientes em um centro terciário no Brasil: um estudo retrospectivo de sobrevida em um único centro. *Arq Gastroenterol.* 2019;56(4):412-8. doi:10.1590/S0004-2803.201900000-83. [Acesso 20 abr. 2025].
39. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, et. Al. Does feeding tube insertion and its timing im-prove survival? *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:1918-19217 Doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04148.x [Acesso: 20 abr 2025].
40. Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectations of improvement in quality of life. *J Nutr Heal Aging.* 2014;18:503-9. Doi: 10.1007/s12603-014-0011-9 [Acesso: 05 nov. 2025].
41. Lynch MC. Is tube feeding futile in advanced dementia? *Linacre Q.* 2016;83(3):283–307. doi:10.1080/00243639.2016.1211879 [Acesso: 10 abr. 2025].
42. Ayman AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaari S, Daher S, et. Al. PEG insertion in patients with dementia does not improve nutritional status and has worse outcomes as compared with PEG insertion for other indications. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(5):417–20. doi:10.1097/MCG.0000000000000624. [Acesso: 15 abr 2025]
43. Arenas A, Ruedi D, Araya F, Naser R, Walsen G. Sobrevida post instalación de gastrostomía: experiencia de un centro terciario. *Gastroenterol Latinoam.* 2024;35(1):14-7. doi:10.46613/gastrolat2024001-04. [Acesso: 15 abr 2025]
44. Cúrdia GT, Marinho C, Magalhães J, Barbosa M, Monteiro S, Castro FD, et. El. Percutaneous endoscopic gastrostomy: confirming the clinical benefits far beyond anthropometry. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2017;29(9):1097-101. doi:10.1097/MEG.0000000000000923. [Acesso: 20 abr 2025]
45. Orlandoni P, Jukic NP, Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, et. Al. The outcomes of long-term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clin Nutr.* 2019;38(4):1871-6. doi:10.1016/j.clnu.2018.07.010.
46. Gieniusz M, Sinvani L, Kozikowski A, Patel V, Nouryan C, Williams MS, et. Al. Percutaneous feeding tubes in individuals with advanced dementia: Are physicians “Choosing Wisely”? *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(1):64–9. doi:10.1111/jgs.15125. [Acesso 25 abr 2025]
47. Braun UK, Rebeneck L, McCullough LB, Urbeauer DL, Wray NP, Lairson DR, et. Al. Decreasing use of percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding for veterans with dementia—racial differences remain. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):242–248. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53109.x [Acesso: 05 nov. 2025].
48. Shega JW, Hougham GW, Cox-Hayley D, Sachs GA, Stocking CB. Advanced dementia and feeding tubes: do physician factors contribute to state variation? *J Am Geriatr Soc.* 2004 Jul;52(7):1217–1218. Doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52327_2.x [Acesso: 05 nov. 2025].

49. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advanced dementia. *J Palliat Med.* 2003;6(6):885–893. doi:10.1089/109662103322654767 [Acesso: 05 nov. 2025].
50. Vitale CA, Hiner T, Ury WA, Berkman CS, Ahronheim JC. Tube feeding in advanced dementia: an exploratory survey of physician knowledge. *Care Manag J.* 2006 Summer;7(2):79–85. Doi:10.1891/cmaj.7.2.79 [Acesso: 05 nov. 2025].
51. Gauderer MWL. Percutaneous endoscopic gastrostomy and the evolution of contemporary long-term enteral access. *Clin Nutr* 2002; 21: 103-10. Doi: 10.1054/clnu.2001.0533. [Acesso: 05 nov. 2025]
52. Ticinesi A, Nouvenne A, Lauretani F, Prati B, Cerundolo N, Maggio M, et al. Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clin Nutr.* 2016;35:1512-6. Doi: 10.1016/j.clnu.2016.04.001 [Acesso: 05 nov. 2025]
53. Arora G, Rockey D, Gupta S. High in-hospital mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy: Results of a nationwide population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11:1437-44. Doi: 10.1016/j.cgh.2013.04.011. [Acesso: 05 nov. 2025]
54. Kuo S, Rhodes RL, Mitchell SL, Mor V, Teno JM. Natural history of feeding-tube use in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2009;10(4):264–70. doi:10.1016/j.jamda.2008.10.010. [Acesso 05 nov. 2025]
55. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med* 2012;172:697-701 Doi: 10.1001/archinternmed.2012.1200 [Acesso: 02 mai 2025].
56. Niu C, Zhang J, Orakzai A, Boppana LKT, Elkhapery A, Verghese B, et. All. Predictors and inpatient outcomes of aspiration pneumonia in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an analysis of national inpatient sample. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2024;48(9):102463. doi:10.1016/j.clinre.2024.102463. [Acesso 05 nov. 2025].
57. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Aug;62(8):1590–1593. doi:10.1111/jgs.12924 [Acesso: 05 nov. 2025].
58. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology.[Internet]6th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2009. Disponível em: <https://dokumen.pub/hazzards-geriatric-medicine-and-gerontology-6nbsped-9780071641241-0071641246-9780071488723-0071488723.html> [Acesso: 05 nov. 2025].
59. Chen DF. Dysphagia in the hospitalized patient. *Hosp Med Clin.* 2017;6(1):38-52. doi:10.1016/j.ehmc.2016.07.004. [Acesso 20 out 2025].
60. Paltiel A, Sepulchre M, Kornilenko I, Maldonado M. Long-term population projections for Israel: 2009–2059 [Internet]. Technical Paper. Jerusalem: Israel Central Bureau of Statistics; 2012. Disponível em: <https://www.cbs.gov.il/en/publications/Pages/2012/Long-Term-Population-Projections-for-Israel-2009-2059.aspx> [Acesso: 6 nov. 2025].

61. Brodsky J, Shnoor Y, Be'er S, editores. The elderly in Israel – The 2014 statistical abstract [Internet]. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute; 2015. Disponível em: <https://brookdale.jdc.org.il/en/publication/the-elderly-in-israel-2014-statistical-abstract/> [Acesso: 6 nov. 2025].
62. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et. Al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361:1529-1538. Doi: 10.1056/NEJMoa0902234. [Acesso: 15 abr 2025].
63. Givens JL, Lopez RP, Mazor KM, Mitchell SL. Sources of stress for family members of nursing home residents with advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012 Jul-Sep;26(3):254–259. Doi:10.1097/WAD.0b013e31823899e4. [Acesso: 06 nov. 2025].
64. Jox RJ, Denke E, Hamann J, Mendel R, Förstl H, Borasio GD. Surrogate decision making for patients with end-stage dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Oct;27(10):1045–52. doi:10.1002/gps.2820. [Acesso: 6 nov. 2025].
65. Lindauer A, Harvath TA, Berry PH, Wros P. The meanings African American caregivers attribute to changes related to dementia: the paradox of holding on to loss. *Gerontologist*. 2016 Aug;56(4):733–42. doi:10.1093/geront/gnu173. [Acesso: 6 nov. 2025].
66. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med*. 2004 Feb 9;164(3):321–6. doi:10.1001/archinte.164.3.321. [Acesso: 6 nov. 2025].
67. American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee; American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Apr;61(4):622–31. doi:10.1111/jgs.12226. [Acesso: 6 nov. 2025].
68. Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, Lee TJ, Ersek M, Garrett J, et. Al. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 2009-2016 Doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03629.x [Acesso: 15 abr 2025].
69. Gil E, Agmon M, Hirsch A, Ziv M, Zisberg A. Dilemmas for guardians of advanced dementia patients regarding tube feeding. *Age Ageing*. 2018;47(1):138–43. doi:10.1093/ageing/afx161. [Acesso: 15 abr 2025]
70. Fessler TA, Short TB, Willcutts KF, Sawyer RG. Physician opinions on decision making for percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding tube placement. *Surg Endosc*. 2019;33(11):3561–8. doi:10.1007/s00464-019-06711-3. [Acesso 15 abr 2025].
71. Lühnen J, Haastert B, Richter M, Köpke S, Meyer G. Informed decision-making with and for people with dementia: development, implementation and evaluation of a decision aid programme for legal representatives (PRODECIDE). *BMC Geriatr*. 2017;17(1):156. doi:10.1186/s12877-017-0616-z. [Acesso 10 abr 2025].

72. Greenfeld SM, Gil E, Agmon M. A bridge to cross: tube feeding and the barriers to implementation of palliative care for the advanced dementia patient. *J Clin Nurs*. 2022;31(13-14):1826–34. doi:10.1111/jocn.15437. [Acesso 10 abr 2025].
73. Bruchem-Visser RL, Mattace-Raso FUS, de Beaufort ID, Kuipers EJ. Percutaneous endoscopic gastrostomy in older patients with and without dementia: survival and ethical considerations. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019;34(4):736-41. doi:10.1111/jgh.14573. [Acesso 10 abr 2025].

APÊNDICE

Figura 6 - Capa da Cartilha “Gastrostomia: Entendendo, Cuidando e Preservando”



Fonte: elaborado pela autora

Figura 07 - QR Code de acesso à cartilha



Fonte: elaborado pela autora