

Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito

Feeding in the End-of-life Person: Concept Analysis

Tânia dos Santos Afonso¹, André Ribeiro Ramos², Zaida Charepe³

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal

² Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Lisboa, Portugal

³ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal

Palavras-chave

Suporte nutricional; cuidados paliativos; cuidados em fim de vida.

Resumo

Introdução: Do cuidar em fim de vida emerge um tema importante, o da alimentação, considerando as diferentes alterações na necessidade humana básica de “comer e beber”.

Objetivo: Apresentar a análise crítica de um episódio da prática que remete para o cuidar em fim de vida, partindo de uma revisão teórico-conceitual do conceito de alimentação.

Materiais e Métodos: Do episódio descrito resultam o conceito de alimentação, referente à necessidade humana básica (NHB) de “comer e beber” de Virgínia Henderson, e o conceito de evidência, abordado pelo modelo da Prática Baseada na Evidência de June H. Larrabee. A análise teórico-conceitual do conceito decorre da aplicação do método de análise conceitual de Walker e Avant.

Resultados: A necessidade de mais competências e recursos em avaliação, síntese e difusão das melhores evidências na prática pelos enfermeiros é registada. Competências e recursos assentes na análise de conceitos, pelo que o método de Walter e Avant se revela um instrumento vital na fundamentação da prática em evidência, tal como defendido por Larrabee no seu modelo.

Conclusão: Esta análise possibilitou a avaliação crítica do melhor padrão de cuidados no que se refere à alimentação em fim de vida, assumindo-a como indicador de evolução do estado de saúde da pessoa alvo de cuidados.

Keywords

Nutritional support, Palliative care, End-of-life care

Abstract

Introduction: From caring at the end of life, an important theme emerges - feeding at the end-of-life - considering the different changes in the basic human need to “eat and drink”.

Aim: Present a critical analysis of an episode of the practice that refers to end-of-life care, based on a theoretical-conceptual review of the concept of food.

Materials and Methods: From the episode described, the concept of feeding emerges, referring to the basic human need (NHB) to “eat and drink” by Virginia Henderson and the concept of evidence, approached by the June H. Larrabee Evidence Based Practice model. A theoretical-conceptual analysis is developed according to the Walker and Avant conceptual analysis method.

Results: The need for more skills and resources in the assessment, synthesis and dissemination of the best evidence in practice by nurses is noted. Skills and resources that are based on the analysis of concepts, so the Walter and Avant method proves to be a vital instrument in the foundation of the practice in evidence, as defended by Larrabee in his model.

Conclusion: This analysis made it possible to critically assess the best standard of care with regard to end-of-life feeding, assuming it as an indicator of the evolution of the health status of the person being cared for.

Introdução

Este documento apresenta a análise crítica de um episódio da prática que remete para o cuidar em fim de vida, partindo de uma revisão teórico-conceitual do conceito de alimentação. O conceito de alimentação é desenvolvido no episódio exposto,

considerando a necessidade humana básica (NHB) de “comer e beber” de Virgínia Henderson¹ e o conceito de evidência, conforme o modelo da Prática Baseada na Evidência de June H. Larrabee.² A análise teórico-conceitual apresentada segue o método de análise conceitual de Walker e Avant.³

Segundo o International Council of Nurses,⁴ a enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração com os indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, em todos os ambientes. Além disso, os enfermeiros exercem a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidar das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. Como outras funções essenciais do enfermeiro, podemos definir a promoção de um ambiente seguro, a participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos utentes e sistemas de saúde, bem como a educação.⁵

Alimentar em fim de vida compreende inúmeros desafios decorrentes da degradação do estado de saúde da pessoa. Este cuidar no final de vida, especificamente alterações do comer e beber, compreende intervenções autónomas e interdependentes, entre as quais a tomada de decisão, na qual os enfermeiros referem dificuldades. Os meios artificiais de suporte nutricional compreendem, mais vulgarmente, o uso de via parental e entérica, na ausência do funcionamento dos meios fisiológicos normais, e são recorrentemente utilizados nesta etapa final de vida. Todavia, também nesta fase, discutimos a suspensão ou o término da alimentação.⁶

Materiais e Métodos

Através da análise do episódio descrito, registámos a importância de uma avaliação teórico-conceitual do conceito de alimentação em articulação com o episódio mencionado, seguindo a aplicação do modelo da Prática Baseada na Evidência, desenvolvido por June H. Larrabee.² Baseámos a nossa análise na importância do desenvolvimento do cuidar nesta área específica de intervenção do enfermeiro. Esta opção fundamenta-se na relevância da evidência para o desenvolvimento da prática, essencial para os ganhos em saúde que se concretizam com a humanização do cuidar, o desenvolvimento formativo e a consequente afirmação do enfermeiro como promotor dos cuidados, elemento da equipa interdisciplinar e comunicador junto do utente e família.

Neste documento, optámos pelo uso da norma Vancouver na referência bibliográfica.

Análise teórico-conceitual

Por enfermeiro entende-se um profissional a quem se reconhece “[...] competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos

e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”⁷

Por conceito entende-se um tópico ou área de interesse, sendo recomendável a escolha de um conceito que esteja ligado à área de experiência profissional e que tenha despertado atenção e preocupação na pessoa. Os atributos do conceito são palavras ou expressões que aparecem repetidamente na literatura e mostram a essência do conceito, constituindo características que o expressam, as quais atuam como elementos para diagnósticos diferenciais, ou seja, para diferenciar as várias referências ao conceito e distinguir as expressões que não correspondem.⁸ A identificação dos elementos do conceito na literatura é efetuada com a utilização da técnica de análise de conteúdo.⁸ Neste sentido, a alimentação, no seguimento da avaliação da NHB de “comer e beber”, de Virgínia Henderson, foi considerada enquanto conceito e selecionada enquanto elemento central em situações complexas de prestação de cuidados, nomeadamente a utentes com necessidades paliativas, como apresentado num episódio da D.^a L, utente em fase terminal, com perda de via oral, com quem se intervém para abordar junto da cuidadora informal a suspensão de alimentação nesta etapa de vida (Apêndice I).

Recorre-se ao método de Walker e Avant³ cujo uso se privilegia por considerarmos que permite a análise teórica do conceito e a sua estruturação à área de interesse pretendida, neste caso no cuidar em fim de vida. Em *primeira etapa*, com a seleção do conceito – alimentação – e, em *segunda etapa*, com a definição dos objetivos da aplicação deste método, os quais se centram em clarificar o conceito de alimentação e esclarecer a consideração do mesmo nos cuidados em fim de vida. A identificação da aplicação do presente conceito partiu da revisão de artigos científicos, livros e dicionários. Em pesquisa realizada nas plataformas EBSCO e B-ON utilizámos como descritores de pesquisa, considerando as orientações PRISMA:⁹ “feeding” AND “care” AND “end of life”. Face à pesquisa realizada, pudemos verificar que a alimentação compreende o “ato ou efeito de alimentar”, está relacionada com “géneros alimentícios” e “sustento”,¹⁰ é definida enquanto ação, *alimentar*, por “dar comida ou bebida a alguém”.¹¹ é, também conceito de simbolismo, superior ao mero aspeto biológico, pelo peso que configura na sociedade.¹² A alimentação é uma constante no crescimento do ser humano, desde o seu nascimento até ao fim de vida, ainda que sob diferentes tipos de ação. De facto, a alimentação é meio de ligação

familiar, motivo de união e elemento de sobrevivência.⁶ Pode-se considerar o ato de alimentar como a transmissão de vida ao outro.¹² Neste sentido, a alimentação é um conceito com peso cultural, social, psicológico, além do aspeto biológico que surge em primeira relação.^{6,12-14}

A alimentação compreende, por isso, uma intervenção muito relevante quando abordamos os cuidados em fim de vida. É associada a diminuição da qualidade de vida e à proximidade da morte da pessoa, que deixa de se alimentar em igual quantidade ou frequência. Efetivamente, este é, por vezes, o último elemento de controlo da pessoa e/ou família/cuidador. É pela alimentação que o familiar cuida, é pela alimentação que uma esposa demonstra o seu amor, é na alimentação que encontramos elemento de tranquilidade, porque se associa a continuidade da vida à alimentação. Em simultâneo, verifica-se no enfermeiro o evitamento na abordagem destas questões e o envolvimento em procedimentos fúteis como, por vezes, os meios artificiais de suporte nutricional, quando já não servem qualquer propósito, em exemplo, a sonda nasogástrica (SNG). A esse comportamento de evitamento e inadequada participação associa-se a falta de formação e, sucessivamente, ausência de segurança intelectual para desenvolvimento da ação.⁶

No seguimento da identificação deste problema e da revisão de literatura, avaliou-se a necessidade de desenvolvimento de investigação e de evidência na prática. Seguimos a teórica de enfermagem June H. Larrabee² que, segundo o seu modelo de Prática Baseada na Evidência, descreve um guia de intervenção para os enfermeiros através de um processo sistemático de mudança para uma prática baseada na evidência. O modelo foi desenvolvido partindo da identificação de fontes em pesquisa nas bases de dados Medline, CINAHL e revisões sistemáticas da literatura disponíveis na Internet. Os tópicos de revisão foram “evidence-based medicine and nursing, research utilization, and change process”.² Tal como outras fontes, foram também incluídas a experiência clínica e a informação relativa à melhoria da qualidade.

Resultados

Percebe-se que os enfermeiros necessitam de mais competências e recursos para avaliar, sintetizar e difundir as melhores evidências na prática. Compreende-se que estas competências e recursos advêm da efetiva análise de conceitos, pelo

que o método de Walter e Avant³ representa, na nossa perspectiva, uma importante base de partida no sentido de fundamentar a prática em evidência, tal como defendido por Larrabee, promovendo a responsabilização dos enfermeiros pelos resultados conseguidos junto dos seus utentes. A colaboração entre investigadores e enfermeiros na prestação de cuidados, intra e interdisciplinares, aumentará a divulgação de inovações na prática baseada em evidência, assim como o aumento na investigação e na acessibilidade dos resultados das investigações abrirão caminho para a mudança de paradigma da tradicional prática baseada na intuição para a prática baseada na evidência. Apesar de terem emergido vários modelos para guiar os enfermeiros na utilização da investigação, continuam a ser reportadas dificuldades na sintetização da evidência empírica e na integração de mudanças baseadas em evidência científica na prática de cuidados. Este modelo de Larrabee é baseado em revisões de literatura relacionadas com a prática baseada em evidência, na utilização da investigação, em linguagem sistematizada e na *Change Theory*. Através deste modelo, os enfermeiros são guiados pelo processo de desenvolvimento e integração da mudança para a prática baseada na evidência, essencial na intervenção junto dos alvos de cuidados, como pode ser percebido à luz do episódio descrito: a ausência de conhecimento científico sobre a sustentação da decisão de suspensão da alimentação – benefício/prejuízo, gestão hídrica e nutricional e fisiologia – comprometeria a intervenção do enfermeiro junto da irmã da D.^a L, cujo objetivo seria o de conseguir a colaboração da mesma na perceção e concordância com os cuidados a implementar (Apêndice III). O modelo suporta esta mudança através da combinação de dados quantitativos e qualitativos, experiência/perícia clínica e evidência contextual.²

No novo ambiente de saúde, os profissionais não podem continuar a confiar unicamente na experiência clínica, racionalidade fisiopatológica e processos baseados na sua opinião pessoal.² Nas últimas três décadas tem havido um aumento exponencial do número de estudos de investigação clínica, particularmente estudos que utilizam metodologias como ensaios clínicos randomizados, meta-análise e estudo de *patient outcomes*, o que é a base para a mudança de paradigma da tradição e prática baseada na intuição de profissionais de saúde para o novo paradigma da prática baseada em evidência. Os investigadores têm procurado diminuir as lacunas entre a investigação e a utilização da investigação

na prática de cuidados.² O modelo orienta os profissionais através de todo o processo de mudança para a prática baseada em evidência, começando com a avaliação da necessidade da mudança e terminando com a integração de um protocolo baseado em evidência (Apêndice III).

Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas, devem saber como obter, interpretar e integrar a evidência através da investigação com os dados e a avaliação dos doentes. Este modelo é aqui apresentado com o intuito de promover a mudança para a prática de enfermagem baseada na evidência. Sabe-se que o enfermeiro especialista tem a primazia de liderar, colaborar e promover as intervenções sustentadas em conhecimento, e supervisionar e formar os contextos e, deste modo, contribuir para a melhoria da saúde/resultados dos utentes. Alertamos que essa melhoria só poderá ser mensurável quando utilizarem sistematicamente uma linguagem padronizada, a devida definição de conceitos e translação dos mesmos para os respetivos contextos, conseguindo a definição de diagnósticos, intervenções e resultados.^{2,5,15}

Conclusão

Após a apresentação desta análise teórica, acompanhada de uma reflexão crítica, desejamos ressaltar que a discussão da prática baseada na evidência não pode esgotar-se na elaboração destes trabalhos. Reiteramos a necessidade de novas reflexões e atualizações da revisão de literatura, uma vez que a todo o momento se produzem novas evidências que justificam mudanças na prática de cuidados dos enfermeiros. Procurámos a clarificação de conceitos úteis quanto à alimentação em fim de vida e cuidados de enfermagem inerentes às pessoas que necessitam de cuidados paliativos, uma vez que a organização do conhecimento sobre tais conceitos poderá contribuir para a sua adequada utilização e melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem. Entendemos que a análise conceptual é indissociável da evolução e divulgação do conhecimento em enfermagem.

Apesar de a alimentação não ser um conceito exclusivamente concernente à enfermagem, é possível afirmar que os enfermeiros que prestam cuidados paliativos, durante a prestação de cuidados detêm a responsabilidade de supervisionar, apoiar e muitas vezes satisfazer as necessidades dos doentes relativas à capacidade de se alimentarem, autonomamente ou com auxílio do enfermeiro.

Analisámos a alimentação em fim de vida com recurso ao método de análise conceptual de Walker e Avant, conceito que emergiu na análise de um caso prático. A síntese que apresentamos permite a crítica às observações registadas e refletidas, dentro de uma experiência da prática de cuidados.

Em limitação deste artigo é importante identificar que, apesar do conceito ter sido identificado na prática de cuidados, a sua utilização é subordinada ao contexto de cuidados em que se insere.

Podemos afirmar que o sucesso da alimentação em fim de vida depende em grande medida da qualidade dos cuidados de enfermagem. Se ao enfermeiro cabe a responsabilidade de suprir as necessidades das pessoas alvos de cuidados, podemos afirmar que a alimentação enquanto sustento biológico, bem como relativa ao ato de uma pessoa se alimentar (capacidade para), é fator preponderante relativo ao bem-estar da pessoa. O método de Walker e Avant permite-nos um olhar aprofundado sobre a alimentação em fim de vida enquanto indicador de evolução do estado de saúde da pessoa alvo de cuidados.

Recomenda-se para o futuro a necessidade de divulgação do conhecimento, intra e interdisciplinarmente, uma vez que torna possível a definição e diferenciação do conceito para a enfermagem, circunscrevendo a sua intervenção exclusiva, bem como a fundamentação e metodologia científica.

Serve a presente produção para desenvolvermos a capacidade de utilização de modelos teóricos e conceptuais, com o intuito de fundamentarmos as intervenções autónomas do enfermeiro em relação a outras disciplinas científicas.

Referências

1. Tomey A, Alligood M. Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5.ª ed. Loures: Lusociência, 2004.
2. Rosswurm M, Larrabee JH. A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Nurs Scholar*. 1999;31(4):317-322. Doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x
3. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):285-93. Doi.org/10.1590/S0103-21002005000300009
4. International Council of Nurses. ICN Policy Statement. *Nurses and Primary Health Care*. 2.ª ed. Suíça: ICN; 2007.
5. Vieira M. *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência*. 2.ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009.
6. Alves P. Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*. 2013;17(1):17-30.
7. REPE, Art. 4.º, n.º2, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

8. Fernandes MGM, Nobrega MML, Garcia TR, Macedo-Costa KNF. Análise conceitual: considerações metodológicas. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1150-6. doi.org/10.1590/S0034-71672011000600024
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264-269. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
10. "alimentação", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/alimenta%C3%A7%C3%A3o> [consultado em 21-12-2016].
11. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE versão 2.0: Classificação internacional para a prática de enfermagem. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015.
12. Pinto F. A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.
13. Antoun S, Merad M, Gabolde M. Artificial nutrition at the end of life: is it justified? *European Palliat Care.* 2006;13(5):194-197.
14. Nowarska A. To feed or not to feed? Clinical aspects of withholding and withdrawing food and fluids at the end of life. *Advances Palliat Med.* 2011;10(1):3-9.
15. Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011.

Apêndices

Apêndice I – Descrição e análise de um episódio de cuidados vivenciado na prática de enfermagem

Contexto: Serviço de Medicina, acompanhamento de familiar por Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

Utente de 63 anos (D.^a L), caucasiana, do sexo feminino, encontra-se internada em serviço de Medicina, após episódio de dispneia.

Verificado diagnóstico clínico de neoplasia do pulmão, com metastização óssea. Utente seguida por EIHSCP em consulta externa, acompanhada por irmã, principal cuidadora informal. Previamente, autónoma nas suas atividades de vida diárias.

D.^a L, no presente, em fase terminal, já sem reação a estímulos verbais ou dolorosos, em agravamento de doença oncológica. Sintomaticamente controlada, sem estertor e com redução de polipneia. Sob oxigenoterapia; cumprida gestão de terapêutica com efeito no padrão respiratório de utente. Sem via oral mantida. Irmã de utente manteve presença junto de D.^a L, em visita, com conhecimento sobre a situação de saúde e prognóstico.

Em última segunda-feira, a irmã de D.^a L foi acompanhada em visita à irmã por enfermeira de EIHSCP, considerando a preocupação da equipa em abordar a suspensão de alimentação junto desta. A irmã mantinha uma preocupação com a alimentação de D.^a L, já expressa aquando de consulta externa – com referência à diminuta ingestão de D.^a L, a qual foi sempre esclarecida, desenvolvendo em consulta a importância de aceitar a vontade de D.^a L quanto ao comer, seguindo as suas preferências e fracionando os momentos de alimentação.

No internamento, a enfermeira explica a irmã de D.^a L que no atual momento, a suspensão de alimentação decorre do agravamento da saúde de D.^a L e da preocupação pelo seu conforto. Esta familiar não compreende e questiona a ausência de uma SNG para alimentação, compreendendo que a utente não se conseguirá alimentar via oral e afirmando que D.^a L irá morrer mais rápido, pois ninguém subsiste sem beber ou comer.

Enfermeira valoriza a preocupação desta irmã e recorda o cuidado que, como cuidadora sempre teve com D.^a L, esclarecendo depois que o organismo da irmã não consegue mobilizar os nutrientes ou líquidos de modo adequado, pelo que a colocação de uma SNG causaria maior desconforto e consequente prejuízo, do que benefício, enquanto meio artificial de suporte nutricional. Renovada a informação de que, atualmente, a SNG seria um procedimento desnecessário no conforto e qualidade de vida da sua irmã, podendo até criar complicações gástricas, considerando que o organismo de D.^a L não iria absorver o aporte nutricional prestado.

Esta familiar chora, consolando-se num abraço à enfermeira. É validado e criado espaço para a expressão emocional. Esta irmã agradece o apoio, diz que lhe custa não poder alimentar a irmã, mas que entende que não a estão a magoar.

Apoia-se familiar e releva-se que poderá manter o cuidado à irmã, continuando a falar com a mesma e a estar presente, como sempre esteve.

Utente acompanhada após episódio de urgência paliativa. Cuidadora informal: irmã de utente.

Identificação de situação de saúde.

Acompanhamento de familiar.

Problema principal em consulta – alimentação; prestadas explicações por enfermeira: alimentação de acordo com as preferências da utente e fracionados os momentos de alimentação.

Problema principal atual – alimentação (suspensão de alimentação) - valoriza-se o cuidado desta irmã; prestadas explicações por enfermeira: função de SNG, o fim destinado na sua colocação não adequado à fase de fim de vida atual de D.^a L. Enfermeira procura compreender se esta irmã mantém a associação de cuidar da irmã à alimentação, o que se confirma.

Validada a expressão emocional neste momento.

Garante-se o apoio a familiar e orienta-se a manutenção do cuidar por esta irmã na presença junto de D.^a L.

Apêndice II – Análise teórico-conceitual - alimentação, segundo método de análise conceptual de Walter e Avant (8 passos)

Método de análise conceptual de Walter e Avant	
Seleção do conceito	Alimentação
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> – Clarificar o conceito de alimentação; – Esclarecer a consideração do conceito de alimentação no cuidar em fim de vida.
Utilização	Revisão da literatura com recurso a artigos científicos, livros e dicionários, e utilização da base de dados EBSCO e B-ON.
Atributos	A alimentação é sustento, todavia remete para o ato de se alimentar; cumpre um papel biológico de sobrevivência, como também cultural, com diferentes crenças a ela associadas, social, com a união da família no momento da refeição e psicológico, considerando o bem-estar e controlo a ela associadas; a ela se refere também o termo nutrição e o de “comer e beber”, tendo em conta a NHB com o mesmo nome. ⁶
Caso Modelo	Descrito no Apêndice I.
Caso Contrário	<p>Utente em situação terminal cujo desejo é o de manter a sua alimentação, apesar de sintomática com intolerância a alimentação sólida, com náuseas e/ou vômitos. Utente acompanhada por familiar preocupado que a utente se continue a alimentar apesar dos sintomas referidos.</p> <p>Utente quer alimentar-se, familiar considera que é prejudicial.</p> <p>EIHSCP acompanha este utente gerindo terapêutica para prevenção de sintomas e possibilidade de manter a vontade da pessoa. Junto do familiar, aborda-se a importância de garantir o conforto da pessoa e a sua qualidade de vida, a qual deverá ser definida pela pessoa, de modo que, se os sintomas puderem ser controlados e não forem considerados nocivos para a utente, então poderá assumir-se a alimentação nesta etapa final de vida.</p>
Antecedentes / Consequências	Os antecedentes da alimentação remetem-nos para, considerando o cuidar em fim de vida, alterações de deglutição, xerostomia, mucosite, disfagia a líquidos ou sólidos, polifagia, náuseas, vômitos, até à consequência de suspensão de alimentação.
Referências empíricas	<p>São referências empíricas as associadas aos atributos mencionados; a alimentação surge em diferentes dimensões identificadas e emerge como referência ao bem-estar da pessoa e ao desenvolvimento da sua situação de saúde-doença; a alimentação e a sua manutenção são associadas a saúde.</p> <p>Enquadra-se, igualmente, numa NHB importante. Esta NHB de “comer e beber” é vital para o estado nutricional da pessoa, comprometido por alterações fisiológicas decorrentes da evolução de doença.</p> <p>Renova-se a indicação de que o bem-estar da pessoa sobre a capacidade de suprimir as suas necessidades nutricionais é indicador de evolução para a própria pessoa e respetiva família e, por vezes, último elemento de controlo para este binómio.</p>

Apêndice III – Modelo para a Prática Baseada na Evidência – alimentação (June H. Larrabee)

