

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**LÍVIA MARIA ALMEIDA DE ARAÚJO**

**SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS À NUTRIÇÃO DE  
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão da  
literatura**

Cuité/PB

2018

LÍVIA MARIA ALMEIDA DE ARAÚJO

SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS À NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM  
CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientador(a): Prof. Msc. Ana Paula de Mendonça Falcone.

Cuité/PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

A663s Araújo, Lívia Maria Almeida de.

Sinais e sintomas relacionados à nutrição de pacientes em cuidados paliativos: uma revisão da literatura. / Lívia Maria Almeida de Araújo. - Cuité: CES, 2018.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Ana Paula de Mendonça Falcone.

1. Cuidados paliativos. 2. Sinais e sintomas. 3. Nutrição. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 612.3

LÍVIA MARIA ALMEIDA DE ARAÚJO

SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS À NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM  
CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Msc. Ana Paula de Mendonça Falcone  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientadora

---

Nut. Msc. Lavinne Machado Vasconcelos  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
Examinadora

---

Prof. Msc. Michelly Pires Queiroz  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinadora

Cuité/PB

2018

Dedico esse trabalho, resultado do meu esforço e dedicação, a todos aqueles que me ajudaram e apoiaram.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por estar presente em todos os momentos da minha vida, por ter me dado a fé e a coragem necessária para seguir. Obrigada Pai pelos dias em que precisei passar pela dor para aprender o valor da espera e da oração, por ter me feito enxergar que nunca estive só e mais do que isso, obrigada por ter me mostrado que sou sua filha amada.

Aos meus pais **Maria de Lourdes Almeida de Araújo** e **Juarez Ventura de Araújo**, por sempre me apoiarem nos estudos, pelo seu amor incondicional e por serem à base de tudo o que sou e conquistei até aqui.

Aos meus irmãos e amigos **Laís Almeida de Araújo** e **Jhonnatha Leví Almeida de Araújo**, pelos momentos compartilhados e pelo incentivo em todos os momentos da minha vida.

As minhas tias **Jaide, Linda, Leninha** e **Neide**, e a minha avó **Maria José Silva Almeida**, que mesmo diante das dificuldades não mediram esforços para me ajudar, por todo carinho, por acreditarem e investirem em mim.

A Universidade Federal de Campina Grande por ter possibilitado minha formação nessa área.

A minha orientadora **Ana Paula de Mendonça Falcone**, pela paciência, pelas orientações, por não desistir de mim e por ter me oferecido esse tema tão pertinente.

A banca examinadora, **Lavinne Machado Vasconcelos** e **Michelly Pires Queiroz**, por aceitarem fazer parte desse trabalho e contribuírem para o enriquecimento do mesmo.

Aos demais professores do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado.

As nutricionistas do Hospital Universitário Alcides Carneiro, e mais uma vez a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Cuité **Lavinne Machado Vasconcelos**, por terem me proporcionado uma experiência única, possibilitando um contato próximo com a realidade da profissão, pelo carinho e compreensão ao me receberem, pelos momentos indescritíveis que me fizeram evoluir como pessoa e como futura profissional da saúde.

Agradeço aos meus colegas da turma 2012.2, e aos colegas que fiz nos outros semestres, em especial a **Márcia Heloísa, Rita de Kássia, Samara Albuquerque, Jaielson Yandro e Aliny Soares.**

Aos funcionários da Universidade Federal de Campina Grande.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para a realização desse sono, seja de forma direta ou indireta.

Muito obrigada!

“Dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários”

C. S. Lewis.



## RESUMO

ARAÚJO, L. M. A. **Sinais e sintomas relacionados à nutrição de pacientes em Cuidados Paliativos: uma revisão da literatura.** 2018. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

Os Cuidados Paliativos (CP) são definidos como sendo ações ativas e integrais que são prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, agindo no controle, prevenção e alívio da dor e do sofrimento. O nutricionista deve atuar em equipe para assegurar e alcançar os objetivos relacionados à alimentação, proporcionando uma melhor qualidade de vida e conforto aos pacientes em CP, pois os mesmos podem apresentar sinais e sintomas com intensidades variadas que podem interferir na sua nutrição. Diante disso, esse estudo objetivou caracterizar os principais sinais e sintomas relacionados à nutrição nos pacientes em CP por meio de uma revisão integrativa, de caráter descritivo. Primeiramente foi realizada uma análise qualitativa, a fim de abarcar estudos relevantes relacionados ao tema, nas bases de dados, baseados nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Posteriormente foi realizada uma análise quantitativa, a fim de contabilizar a quantidade de pacientes nos estudos incluídos, proporcionando, dessa forma, o agrupamento e cálculo da prevalência dos principais sinais e sintomas relacionados à nutrição nos CP. Os principais sinais e sintomas relacionados à nutrição encontrados nos estudos analisados foram: anorexia (63,41%), xerostomia (47,84%), constipação (41,76%), disgeusia (28,95%), disfagia (28,67%), náuseas (27,06%), vômitos (24,47%) e diarreia (18,41%). Esses sinais e sintomas foram atribuídos principalmente a progressão da doença, ser causa do efeito colateral dos diversos tipos de tratamentos do câncer, que adicionam desconforto e alterações nutricionais ao paciente; pelas medicações administradas e complicações inerentes à nutrição artificial (TNE e NP). Estudos dessa natureza sugerem a importância de pesquisas a respeito das prevalências desses e de outros sinais e sintomas em pacientes nos CP, para o desenvolvimento de estratégias nutricionais mais efetivas. Assim, a nutrição não será apenas o fornecimento de energia, mas parte do tratamento dos CP, em que o nutricionista exerce um papel técnico de grande valia, na determinação e prescrição da dieta desses pacientes, orientando e motivando o paciente, zelando pelo seu bem-estar, reforçando o papel da nutrição no compromisso do cuidado dos indivíduos. Entretanto, não foi possível, pelo desenho do estudo, avaliar o funcionamento ou

não das terapias utilizada para cada sintoma. Conclui-se que, nos CP a nutrição tem um especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, e reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos e do avançar da doença, auxiliando no controle dos sintomas e melhora do quadro clínico do paciente.

**Palavras chaves:** cuidados paliativos. sinais e sintomas. nutrição.

## ABSTRACT

ARAÚJO, L. M. A. **Signs and symptoms related to nutrition of patients in Palliative Care: a review of the literature.** 2018. 60 f. Completion of Course Work (Graduation in Nutrition) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2018.

Palliative Care (PC) is defined as active and integral actions that are provided to patients with progressive and irreversible disease, acting in the control, prevention and relief of pain and suffering. The nutritionist must act in a team to ensure and achieve the goals related to food, providing a better quality of life and comfort to patients in PC, because they may present signs and symptoms with varying intensities that may interfere with their nutrition. In view of this, this study aimed to characterize the main signs and symptoms related to nutrition in patients in CP through an integrative review, of a descriptive character. Firstly, a qualitative analysis was carried out to cover relevant studies related to the subject in the databases, based on the established inclusion and exclusion criteria. Subsequently, a quantitative analysis was performed to account for the number of patients included in the included studies, thus providing for the grouping and calculation of the prevalence of the main signs and symptoms related to nutrition in PC. The main signs and symptoms related to nutrition were: anorexia (63,41%), xerostomia (47,84%), constipation (41,76%), dysgeusia (28,95%), dysphagia (28,67%), nausea (27,06%), vomiting (24,47%) and diarrhea (18,41%). These signs and symptoms were mainly attributed by the progression of the disease, cause the side effect of the various types of cancer treatments, which add discomfort and nutritional changes to the patient; administered medications and complications inherent to artificial nutrition (NET and PN). Studies of this nature suggest the importance of researches on prevalence and other signs and symptoms in patients in CP, for the development of more effective nutritional strategies. Thus, nutrition will not only be the energy supply, but part of the PC treatment, in which the nutritionist plays a very valuable technical role in determining and prescribing the diet of these patients, guiding and motivating the patient, taking care of his or her well to strengthen the role of nutrition in the commitment to care of individuals. However, it was not possible, by the study design, to evaluate the functioning or not of the therapies used for each symptom. It is concluded that, in PC, nutrition has a special preventive role, allowing means and feeding

pathways, and reducing the adverse effects caused by treatments and disease progression, helping to control symptoms and improve the patient's clinical condition.

**Keywords:** palliative care. signs and symptoms. nutrition.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Condutas sobre TN para pacientes em CP nas três fases da doença .....	23
<b>Quadro 2</b> – Modelo do quadro comparativo 1 .....	34
<b>Quadro 3</b> – Modelo do quadro comparativo 2 .....	34
<b>Figura 1</b> – Fluxograma da seleção dos artigos .....	35
<b>Gráfico 1</b> – Prevalência dos principais sinais e sintomas relacionados à nutrição em pacientes nos CP .....	36
<b>Quadro 4</b> – Papel do nutricionista no atendimento ambulatorial nos CP .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Avaliação Nutricional
AQEL	Assessment of Quality of Life at the End of Life
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CP	Cuidados Paliativos
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
GT	Gastrostomia
INCA	Instituto Nacional de Câncer
JTM	Jejunostomia
KPS	Karnofsky Performance Status
NP	Nutrição Parenteral
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACA	Palliative Care Assessment
PIDI	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar
PS	Performance Status
QUAL-E	Quality of Life at the End of Life
SNE	Sonda Nasoenteral
SNO	Suplementos Nutricionais Oraís
TGI	Trato Gastrointestinal
TN	Terapia Nutricional
TNE	Terapia Nutricional Enteral
VO	Via Oral

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS .....	19
3.2 TERAPIA NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	21
<b>3.2.1 Alimentação e suplementação nutricional oral</b> .....	25
<b>3.2.2 Terapia Nutricional Enteral</b> .....	26
<b>3.2.3 Nutrição Parenteral</b> .....	28
3.3 CONTROLE DOS SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	32
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	33
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	33
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
5.1 ANOREXIA .....	36
5.2 CONSTIPAÇÃO.....	38
5.3 DIARRÉIA .....	40
5.4 DISFAGIA.....	41
5.5 DISGEUSIA .....	42
5.6 NÁUSEAS E VÔMITOS .....	44
5.7 XEROSTOMIA .....	45
5.8 PAPEL DO NUTRICIONISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	48

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52



## 1 INTRODUÇÃO

A partir do século XX, com o avançar da medicina, o poder da intervenção médica cresceu significativamente. Atrelado a isso, o envelhecimento populacional aumentou a expectativa de vida e a prevalência das doenças crônicas e progressivas, contribuindo assim para o aumento do número de doentes fora das possibilidades terapêuticas de cura. Diante disso, surgiu a necessidade da existência de Cuidados Paliativos, uma vez que se fez necessário assegurar uma boa morte a esses pacientes (ALVES et al., 2015; MORITZ et al., 2008; PINHO-REIS, 2012; YAMASHITA, 2014).

Cuidado Paliativo (CP) é definido, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), como ações ativas e integrais que são prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, agindo no controle, prevenção e alívio da dor e do sofrimento (MORITZ et al., 2008).

O termo paliativo deriva do vocabulário latino *pallium*, que significa manta ou cobertor, simbolizando a ideia principal desta filosofia de cuidados: proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, cuidar quando a cura de determinada doença já não é mais possível. Baseia-se em mais do que controlar sintomas, considerando assim não apenas a doença, mas o cuidado do indivíduo com enfoque multidimensional, dentre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Já o cuidado é caracterizado como o fenômeno resultante do processo dinâmico de cuidar, e requer a capacidade de modificar o próprio comportamento frente às necessidades do outro. Cuidar é considerado mais do que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo para com o outro (BOFF, 2017; PROCHET et al., 2012).

Nessa área, os profissionais de saúde podem atuar em diversas esferas, desde o domicílio do paciente até a sua internação hospitalar. Sendo assim, para assegurar uma melhor qualidade de vida e conforto aos pacientes em CP e alcançar os objetivos relacionados à alimentação, o nutricionista deve atuar em equipe, que pode ser composta por: médicos assistentes treinados em medicina paliativa, médicos residentes das áreas de clínica médica, oncologia e geriatria; enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, assistentes espirituais (voluntários) previamente treinados e instrumentados para este trabalho, fisioterapeutas, odontólogos e especialistas de outras áreas do hospital para intervenções específicas; onde todas as decisões tomadas devem ser discutidas entre eles, a

família do paciente e pelo próprio paciente (FRATEZI; GUTIERREZ 2011; MACIEL, 2008; SILVA, 2009; TRUPPEL et al., 2009).

Esses pacientes, no decorrer da doença, podem apresentar sinais e sintomas de intensidades variadas, dessa maneira, o conhecimento dos mesmos pode levar a medidas de intervenções no controle que sejam mais eficazes, não esperando o paciente ser considerado “terminal” pelos profissionais de saúde para adotá-las. Os princípios desse controle, em CP, baseiam-se em: avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que um doente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica mista, monitorizar os sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêuticas, cuidar dos detalhes e estar disponível (NETO, 2006; QUEIROZ et al., 2013).

Nesse contexto surge a seguinte pergunta: quais são os sinais e sintomas relacionados à nutrição comumente apresentados pelos pacientes em CP? Tal questionamento configurou o ponto de partida para o desenvolvimento dessa revisão, considerando que para um controle eficaz, torna-se necessária a compreensão dos sinais e sintomas e seus eventos na nutrição do paciente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar os principais sinais e sintomas relacionados à nutrição nos pacientes em CP.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Encontrar a prevalência dos sinais e sintomas dos estudos analisados;
- ✓ Elencar as causas inerentes aos sinais e sintomas nos pacientes em CP;
- ✓ Relatar o papel e a importância do nutricionista nos CP.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

A primeira definição de CP foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, o definindo como:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (MATSUTOMO, 2012, p. 25).

Segundo a atual definição, a qual foi revisada e atualizada pela OMS em 2002:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002, p. 84).

É importante observar que, o conceito inicial de CP referia-se a pacientes oncológicos no fim da vida e, com o passar dos anos, foi tornando-se instrumento de apoio para todos aqueles com doenças crônicas progressivas que ameaçam a vida. Dessa forma, a abordagem paliativa pode e deve ser introduzida em todos os estágios da doença, desde a descoberta do diagnóstico e tratamento, até sua progressão e término da vida (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

O termo CP é utilizado, em conjunto ou alternativamente, a denominação *hospice*, palavra originada do latim e que significa asilo, abrigo, refúgio; geralmente para definir uma casa ou local onde são atendidos os pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura. Esses pacientes podem ser atendidos em internação hospitalar ou em residências terapêuticas, em ambulatório ou em domicílio (MATSUTOMO; MANNA, 2008).

Alguns princípios fundamentais dos CP, destacados por Pessini (2005), são: o alívio da dor e a moderação dos sintomas angustiantes, o que levará em conta o diagnóstico correto e a história de vida detalhada do paciente, objetivando compreender e gerir complicações; a visão de que a morte é um processo natural, que não poderá ser apressado nem abreviado; a garantia de uma melhor qualidade de vida ao paciente, pois quando o processo da doença for conduzido para um fim natural, o doente deverá receber conforto físico, emocional e espiritual, que poderá ser introduzidos em fases precoces da doença, em conjunto com terapias que pretendem prolongar a vida; a prestação de assistência a família do paciente para auxiliar a lidar com a doença e com o luto, mesmo antes do momento da morte do doente.

Todos esses cuidados, no entanto, exigem uma abordagem em equipe, por parte dos profissionais de saúde, juntamente com os pacientes, familiares e/ou cuidador não profissionais.

No âmbito da assistência domiciliar, a família desenvolve um papel importante tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente. Essa é uma modalidade de atenção em expansão que vem sendo adotada pelos sistemas de saúde, visando à redução da demanda do atendimento hospitalar, contribuindo na diminuição tanto das complicações decorrentes de longas internações hospitalares quanto os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados, proporcionando um elevado grau de humanização. Esse cuidado exige articulação de conhecimentos técnicos dos profissionais e uma atitude de compaixão-empatia para com o outro, sem a perda da qualidade do atendimento (QUEIROZ et al., 2013; SAKURADA; TAQUEMORI, 2008).

Entretanto, essa assistência pode acarretar elevados custos pela necessidade da manutenção da rotina diária, principalmente se for por um período prolongado de tempo, tornando a decisão sobre esse tipo de cuidado complexa, exigindo transformações de ordem prática, como adaptação da casa, estabelecimento de rotinas e definição de cuidadores. O cuidador, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, é aquele que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”, podendo ser um trabalho remunerado ou não (BRASIL, 2008, p.8; QUEIROZ et al., 2013).

No âmbito ambulatorial, são atendidos pacientes encaminhados de outros setores ou especialidades clínicas e cirúrgicas, através de encaminhamentos ou pedidos de consulta. É composto por uma equipe multiprofissional, cada um responsável por decisões na sua área de atuação, onde juntamente o com paciente, seus familiares e/ou cuidadores definem sobre como será o plano de cuidados do paciente. Devido ao maior contato durante o atendimento dentro da evolução de uma doença ativa e progressiva, em relação ao tempo de internação ou em terapia intensiva, confere à equipe um vínculo de relacionamento com pacientes, familiares e/ou cuidadores, principalmente no que diz respeito à informação (CHIBA, 2008).

Já os internamentos têm diferentes finalidades, apesar de que alguns tenham aspecto curativo, a maioria se refere à reinternações com agudização ou exacerbação da doença de base, quando há necessidade de cuidados mais específicos para a manutenção da vida, ou na dependência total do doente na qual os familiares não dispõem de tempo necessário para cuidar adequadamente, além do fator emocional das famílias pelo fato de não conseguirem

suportar e assistir o sofrimento de um ente querido. Esses cuidados em internações, podem ser direcionados a diferentes necessidades, desde pacientes em fase final da vida que precisam de necessidades especiais, com internação média de 14 dias ou pacientes com doença crônica avançada, fases avançadas de demências com alto grau de incapacidade e perfis de recuperação neurológica, com internação média de 2 a 3 meses (COSTA; ANTUNES, 2012; KRUSE et al., 2007; MACIEL, 2012).

A atenção nutricional nos CP em hospitais tem como foco de suas condutas o controle de sinais e sintomas, associado pela busca da manutenção/recuperação do estado nutricional, além da constante preocupação em relação ao conforto, bem-estar e prazer através da alimentação (MASSON, 2016).

### 3.2 TERAPIA NUTRICIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Quando se fala em Terapia Nutricional (TN) em CP, diz-se respeito ao oferecimento de alimentação por via oral (VO), Terapia Nutricional Enteral (TNE) ou Nutrição Parenteral (NP), bem como ao efeito que essas terapias podem fazer na qualidade de vida do paciente (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

O objetivo da TN em CP vai variar conforme a evolução da doença. Nos estágios iniciais, quando o paciente encontra-se em tratamento, o objetivo é garantir que ele receba nutrientes em quantidades suficientes para restaurar ou manter seu estado nutricional. Em estágios terminais, o alimento continua sendo ofertado, mas o objetivo agora está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento, não como uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; CORRÊA; SHIBUYA, 2007; INCA, 2009; SILVA FILHO et al., 2010).

Assim, a TN para o paciente diagnosticado com uma doença crônica, em que a morte não está iminente, deve incluir triagem nutricional para determinar o risco de depleção, bem como providenciar estratégias para cada mudança futura. Já em oncologia, deve considerar variáveis relacionadas ao tumor, ao impacto que o mesmo causa no metabolismo e às características individuais do paciente. Nas demências, diante do comprometimento da autonomia do paciente, ou seja, sua incapacidade de tomar decisões, o foco deve ser no cuidado da pessoa como um todo, com a devida orientação da equipe multiprofissional para a família, definindo assim, o objetivo do tratamento. Já em pacientes com doença avançada, segundo a American Dietetic Association (ADA), a nutrição deve oferecer: conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade e aumento da auto-estima e independência, além de permitir maior integridade e comunicação com seus familiares

(ADA,1992; BURLÁ; AZEVEDO, 2012; CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; MACHRY et al., 2011).

Tratando-se de pacientes terminais, devem ser considerados oito passos para a tomada de uma decisão sobre a TN do paciente, sendo eles: condição clínica, sintomas, expectativa de vida, estado nutricional, condições e aceitação de alimentação VO, estado psicológico, integridade do trato gastrointestinal (TGI) e necessidade de serviços especiais para oferecimento da dieta. Em seguida, aconselha-se o início do tratamento e reavaliar seus resultados periodicamente, levando em consideração os sintomas que afetem a nutrição do paciente; aceitação da dieta VO; expectativa de vida; desidratação e grau de desnutrição energético-proteica; além da funcionalidade do TGI (FERNANDES, 2012).

Diante desses casos, a avaliação nutricional (AN) precede a indicação da TN e, em CP, deve ser realizada, mesmo que com diferentes instrumentos, em cada fase da doença já que não existe um padrão-ouro; tendo como objetivo coletar informações que irão auxiliar no planejamento dietético, devendo estar voltada para o alívio dos sintomas, bem estar e conforto do paciente, família e/ou seu cuidador. A meta é evitar que a desnutrição se instale e torne-se um co-fator importante na disfunção funcional e na morbimortalidade, devendo ocorrer o ajuste da oferta de nutrientes em quantidade e qualidade das exigências do hipermetabolismo nessas circunstâncias. Uma desvantagem da AN é se o paciente apresentar retenção hídrica e edema, disfarçando a detecção da perda muscular, que pode contribuir para a evolução da incapacidade funcional em pacientes sob CP (CABRAL; CORREIA, 2006; CORRÊA; SHIBUYA, 2007; FRUCHTENICHT et al., 2015; HUHMAN; CUNNINGHAN, 2005; VASCONCELOS; TIRAPEGUI, 2002 apud FUJINO; NOGUEIRA, 2007).

Existe também o dilema, entre diversos profissionais da saúde, em relação ao emprego da dieta por TNE e/ou NP aos pacientes sob CP, diferentemente da alimentação por VO. Isso ocorre uma vez que existe a obrigação ética e deontológica em fornecer alimentação e hidratação para esses pacientes, que, de acordo com o novo Código de Ética Médica, tem o direito de aceitar ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, os tratamentos aos quais será submetido, devendo ser considerado pelo médico sua vontade, ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (GONÇALVES, 2011; LOYOLLA et al., 2011).

Quando indicada, a TN deve ser iniciada em pacientes com risco nutricional ou presença de desnutrição, devendo estes apresentar: Performance Status (PS) igual ou menor do que 3 e Karnofsky Performance Status (KPS) igual ou maior do que 30%, pois são bons parâmetros para o valor prognóstico da doença. É essencial, independente de qualquer conduta dietoterápica, respeitar a vontade do indivíduo. Assim, antes de indicar a TN é

necessário considerar os potenciais riscos e benefícios e o desejo do paciente e da família (CORRÊA; SHIBUYA, 2007).

Em situações em que se decide por suspensão ou não introdução de suporte nutricional e hidratação artificial, a equipe deve atuar junto aos pacientes e familiares para esclarecimentos, já que a maior parte dos sintomas desconfortáveis pode ser controlada e que essas intervenções estão associadas a uma morte confortável (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012).

Abaixo encontra-se o quadro (**Quadro 1**) com o resumo das condutas consensuadas sobre TN para pacientes em CP nas três fases da doença:

**Quadro 1** – Condutas sobre TN para pacientes em CP nas três fases da doença.

Questão	Doença Avançada	Doença Terminal	Cuidados ao Fim da Vida
Quais os objetivos da TN no paciente adulto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar privação nutricional;</li> <li>- Prevenir ou minimizar déficits nutricionais;</li> <li>- Reduzir complicações da desnutrição;</li> <li>- Controlar sintomas/evitar desidratação;</li> <li>- Confortar emocionalmente/melhorar a autoestima;</li> <li>- Melhorar capacidade funcional/melhorar a qualidade de vida (QV).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover conforto</li> <li>- Aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente e seu cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer cuidado nutricional de suporte, promovendo conforto, alívio dos sintomas e melhora da QV do paciente.</li> </ul>
Que critérios devem ser utilizados para indicar TN?	Todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição.	Todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição, devendo o paciente apresentar PS = ou < 3 e KPS = ou > 30%. Respeitar sempre a vontade do paciente e do seu cuidador.	Não há indicação, porém deve-se considerar os consensos entre o paciente, familiares e equipe multidisciplinar.
Quais as contra indicações para a TN?	<p><b>TNE via oral:</b> quando ingestão calórica for maior do que 75% das recomendações; ↓ nível de consciência; quando promove desconforto; recusa do paciente.</p> <p><b>TNE via sonda:</b> quando ingestão calórica VO for maior do que 75% das recomendações; quando promove desconforto; recusa do paciente.</p> <p><b>TNP:</b> TGI funcionante.</p>	<p><b>TNE via oral:</b> quando não é possível ou quando há recusa.</p> <p><b>TNE via sonda:</b> quando há recusa do paciente; quando o KPS é &lt; 30% e o PS é &gt; 3.</p> <p><b>TNP:</b> por não oferecer benefícios no estágio terminal da doença.</p>	Instabilidade hemodinâmica, em caso de morte iminente, porém deve haver sempre um consenso entre a família e equipe multidisciplinar.



Questão	Doença Avançada	Doença Terminal	Cuidados ao Fim da Vida
Quais os critérios de indicação da via a ser utilizada?	<p><b>TNE:</b> TGI total ou parcialmente funcionante.</p> <p>• <b>TNE via oral:</b> os complementos enterais devem ser a primeira opção, quando a ingestão alimentar for &lt; 75% das recomendações em até 5 dias, sem expectativa de melhora da ingestão.</p> <p>• <b>TNE via sonda:</b> impossibilidade de utilização da via oral, ingestão alimentar insuficiente (ingestão oral &lt; 60% das recomendações) em até 5 dias consecutivos, sem expectativa de melhora da ingestão.</p> <p><b>TNP:</b> impossibilidade total ou parcial de uso do TGI.</p>	<p><b>TNE:</b> TGI total ou Parcialmente funcionante.</p> <p>• <b>TNE via oral:</b> os complementos enterais devem ser a primeira opção, quando a ingestão alimentar for &lt;75% das recomendações em até 5 dias, sem expectativa de melhora da ingestão.</p> <p>• <b>TNE via sonda:</b> impossibilidade de utilização da via oral, ingestão alimentar insuficiente (ingestão oral &lt;60% das recomendações) em até 5 dias consecutivos, sem expectativa de melhora da ingestão.</p> <p><b>TNP:</b> não é uma via de escolha para o paciente com câncer terminal.</p>	Não há indicação, porém deve-se considerar os consensos entre o paciente, familiares e equipe multidisciplinar
Que parâmetros devem ser utilizados para monitorar a resposta à TN?	Conforme os parâmetros consensuados por ASPEN 1998 e 2002.	Conforme os parâmetros consensuados por ASPEN 1998 e 2002. Considerar: bem-estar físico e mental do paciente/ QV e satisfação do paciente e seus cuidadores	Conforme os parâmetros consensuados por ASPEN 1998 e 2002. Considerar: bem-estar físico e mental do paciente/QV e satisfação do paciente e seus cuidadores.
Que dados devem ser registrados da TN?	Todos os dados coletados da monitorização da TN devem ser registrados em formulário específico do SND e EMTN e anexados ao prontuário.	Todos os dados coletados da monitorização da TN devem ser registrados em formulário específico do SND e EMTN e anexados ao prontuário.	Todos os dados coletados da monitorização da TN devem ser registrados em formulário específico do SND e EMTN e anexados ao prontuário.
Quando suspender a TN?	Na vigência de instabilidade hemodinâmica.	Na vigência de instabilidade hemodinâmica.	Na vigência de instabilidade hemodinâmica.
Como programar o desmame?	<p><b>TNE:</b> quando a ingestão oral permanecer <math>\geq 60\%</math> do GET por 3 dias consecutivos.</p> <p><b>TNP:</b> quando possível a utilização do TGI.</p>	Ingestão via oral > 70% em 3 dias consecutivos.	Ingestão via oral > 70% em 3 dias consecutivos.

Fonte: INCA, 2009.

### 3.2.1 Alimentação e suplementação nutricional oral

A alimentação possui diferentes significados, pois depende do indivíduo, dos hábitos alimentares, da procedência e da religião. Dentre outros fatores, a alimentação pode envolver afeto, carinho e vida, acima do atendimento das necessidades energéticas em CP (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; FERNÁNDEZ-ROLDÁN, 2005).

Nesse sentido, alimentação e nutrição são processos complementares implícitos um no outro. A nutrição é caracterizada pela ingestão de alimentos, e a alimentação é o ato voluntário de retirar do meio ambiente os alimentos necessários para suprir as necessidades do organismo, abrangendo todas as etapas, desde a escolha do alimento até a sua absorção no intestino. Como ciência, a nutrição é o estudo dos alimentos e nutrientes que contribuem para o crescimento e a sobrevivência dos seres vivos, enquanto o alimento fornece as calorias e os nutrientes necessários em quantidade e qualidade adequadas para manutenção da vida e redução do risco do surgimento de doenças (BEAUMAN et al, 2005; PRADO et al, 2011).

Nos CP, na medida do possível, a alimentação VO será sempre preferencial, desde que o TGI esteja íntegro e o paciente apresente condições clínicas para realizá-la. Nesses casos, a nutrição não consegue prolongar a vida desses pacientes, mas proporciona uma melhora na qualidade de vida dos mesmos até o momento da sua morte. A realização das últimas vontades, em pacientes terminais, permite a sensação de controle sobre o processo evolutivo da sua doença, pois o fato de um paciente inapetente ser obrigado a alimentar-se pode causar outros sintomas desagradáveis como náuseas e dores abdominais (ACREMAN, 2009; CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Entretanto, numa condição de impossibilidades, o alimento acaba sendo mais notado pela sua ausência ou pelas dificuldades na sua ingestão do que pela sua presença e o prazer proporcionados, sendo indicada a utilização de suplementos nutricionais orais (SNO), já que, devido essa inapetência, podem ocorrer outras complicações e influenciar diretamente no estado nutricional do paciente (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; SILVA et al., 2009).

Sendo assim, a utilização de SNO é indicada para aqueles pacientes que são incapazes de atingir suas necessidades nutricionais através da alimentação por VO, visto que, as necessidades de nutrientes são aumentadas em função da alta atividade catabólica da doença, sempre sob a orientação de um nutricionista e com acompanhamento regular (MACHRY, 2011).

### 3.2.2 Terapia Nutricional Enteral

Nos casos em que a ingestão alimentar do paciente é menor do que 60% e sem previsão de evolução, recomenda-se a TNE dentro dos três primeiros dias (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

A TNE é definida, segundo a Resolução RCD nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, de 6/7/00, como sendo:

(...) alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada por uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (ANVISA, 2000 apud FUJINO; NOGUEIRA, 2007, v.14, p.220)

Essa alimentação realizada através de tubos constitui nutrição artificial em dois aspectos: em primeiro lugar, utiliza alimentos industrializados para certos fins terapêuticos médicos em uma combinação definida e forma de preparação e, em segundo lugar, utiliza rotas de acesso específicas ao trato gastrointestinal. Tanto o tipo como a via de acesso selecionada para a TNE tem seus próprios benefícios e riscos específicos, além de outras condições que podem interferir na oferta nutricional prescrita devido a procedimentos, intolerâncias, distensão abdominal, entre outras; sendo a mais utilizada por sondas, mesmo quando a absorção é parcial. Dependendo da localização, a TNE deverá apresentar características específicas de osmolaridade, Ph e conteúdo dos diferentes nutrientes indispensáveis ao paciente (DRUML et al., 2016; FUJINO; NOGUEIRA, 2007; O'LEARY-KELLEY et al., 2005; REID, 2006).

As vias de acesso podem estar dispostas no estômago, duodeno ou jejuno, conforme estado clínico do doente e as alterações orgânicas e funcionais que se pretenda corrigir. Alguns fatores devem ser observados nessa decisão: duração prevista da TNE, grau ou risco de aspiração ou deslocação da sonda, anatomia e nível funcional do tubo digestivo, verificando a presença ou ausência de digestão e absorção normais; planejamento de intervenção cirúrgica e viscosidade e volume da fórmula (MAHAN, 2013; WHELAN et al., 2006).

Como o intestino é um órgão metabolicamente ativo e extremamente afetado pela diminuição ou interrupção da ingestão alimentar e conseqüente presença de nutrientes no espaço intraluminal, o jejum pode induz uma mudança significativa na massa da mucosa intestinal e induz atrofia das vilosidades, apoptose de células epiteliais e alteração da

permeabilidade da mucosa, além de propiciar translocação bacteriana e perda de barreira. Já a presença dos nutrientes é o maior estímulo para a manutenção da função e integridade da mucosa intestinal (FUJINO; NOGUEIRA, 2007; MAHAN, 2013).

Algumas vantagens desse tipo de nutrição é justamente a preservação da integridade da mucosa do trato gastrointestinal, diminuição da translocação bacteriana, atenuação da resposta inflamatória de fase aguda mediada por citocinas, diminuição dos riscos de infecções e na redução do risco de desenvolvimento de falência orgânica múltipla (FUJINO; NOGUEIRA, 2007).

Esse tipo de nutrição pode ser administrada, tanto em hospitais como no domicílio do paciente, podendo ser aplicada pelos cuidadores e/ou familiares, desde que contribua para uma melhor qualidade de vida e expectativa de sobrevida considerável, não sendo considerada uma via de escolha indicada para pacientes com câncer terminal (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; INCA, 2009).

As complicações podem ser de natureza mecânica, gastrointestinais, infecciosas e metabólicas. As complicações mecânicas podem ocorrer por falta de irrigação com água antes e após a administração de medicamentos, precipitação da dieta, dobras e acotovelamentos da sonda, sendo elas: a obstrução da sonda pelo uso de medicamentos e da TNE, erosão nasal e necrose, abscesso septonasal, sinusite aguda, rouquidão, otite, faringite, esofagite, ulceração esofágica, estenose e fístula traqueoesofágica. As complicações infecciosas que podem ocorrer são: gastroenterites por contaminação microbiana na preparação, nos utensílios e na administração. Já as complicações gastrointestinais mais frequentes são: diarreia, que pode ser originada por medicações com sorbitol na sua formulação, antibióticos e outros medicamentos; colite pseudomembranosa, ingestão inadequada de fibras, alto conteúdo de gordura e hiperosmolaridade da fórmula e contaminação bacteriana; vômitos, empachamento, distensão abdominal, entre outras. E as metabólicas: hiperidratação/desidratação, hiper/hipoglicemia, anormalidades de eletrólitos e alterações da função hepática (CASTRÃO; FREITAS; ZABAN, 2009; CERVO et al., 2014; FUJINO; NOGUEIRA, 2007; KULICK; DEEN, 2011).

Em pacientes oncológicos sob CP, os profissionais que vivenciam o questionamento sobre a TNE, devem considerar cada caso clínico como um caso individual, considerando paciente e cuidador com suas características particulares, suas necessidades físicas, emocionais, espirituais, entre outras. É fundamental que haja interação entre a equipe multidisciplinar, o paciente e o cuidador, buscando sempre a melhor alternativa, pois em alguns casos pode não ser benéfico e só prolongar o sofrimento (LOYOLLA et al., 2011).

### 3.2.3 Nutrição Parenteral

Sabe-se que nutrição e a hidratação são essenciais para sobrevivência de todo ser humano, e enquanto se deseja e é possível ingerir alimentos para cobrir as necessidades nutricionais e ingerir líquidos adequadamente, não há necessidade de intervenção. Entretanto, quando não se faz possível ou se a ingestão de nutrientes e líquidos é insuficiente, surgem complicações (DRUML, 2016).

A NP tornou-se parte integrante dos CP, em câncer principalmente, permitindo maior sobrevivência em casos terminais sem acesso gastrointestinal, presença de fístulas intestinais, vômitos intratáveis, trato gastrointestinal não funcional, impossibilidade de alimentação por via oral, e que assim ocasionaria a morte, não necessariamente devido a doença maligna. Esse tipo de nutrição diz respeito à provisão de nutrientes diretamente na corrente sanguínea por via endovenosa, e só recomendada quando o TGI não está funcionando, ou quando não houver a possibilidade de utilizar qualquer parte do TGI e este precisar de repouso (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; DRUML et al., 2016; MAHAN, 2013; SANDERS; ANDERSON; BARDHAN, 2004).

A preocupação das equipes multiprofissionais é com relação aos efeitos colaterais desse tipo de nutrição, já os pacientes, familiares e/ou cuidadores, segundo Koretz (2007), preocupam-se com o “morrer de fome”, confundindo o morrer em um estado de desnutrição e morrer como consequência direta da privação de nutrientes; os pacientes com câncer se encaixam na primeira categoria.

Alguns estudos randomizados em pacientes com câncer avançado, não tem demonstrado melhoria no estado nutricional ou na sobrevida desses pacientes, além de serem associados com o aumento de complicações pelo acesso venoso central (como alterações metabólicas, como hiperglicemia, risco de infecção de cateteres e elevado custo financeiro) e sofrimento conforme evolução da doença, o que precisa ser ponderado pelos profissionais, para que não se torne uma medida fútil (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; SILVA FILHO et al., 2010).

## 3.3 CONTROLE DOS SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para avaliação do agrupamento de sinais e sintomas, Miaskowski e colaboradores (2004) relatam duas formas, que variam de acordo com a questão principal e o objetivo da pesquisa. Primeiramente é importante determinar quais sintomas que relacionam uns com os outros para encontrar vias etiológicas comuns. Depois identificar os grupos de pacientes com

sintomas parecidos. Assim, podem ser entendidos os agrupamento dos sintomas, auxiliando em um manejo mais eficaz, garantindo a qualidade de vida desses pacientes.

O conhecimento da prevalência de sinais e sintomas é importante para a prática clínica em CP, pois através desses dados a equipe multiprofissional pode identificar precocemente problemas e planejar cuidados para pacientes, além de educar o pessoal clínico, avaliar as necessidades, planejar cuidados e serviços para aumentar a qualidade de vida dos pacientes, família e/ou cuidadores. Além disso, pode ser útil para evitar a polifarmácia em pacientes sob uso de muitas medicações (YAMASHITA, 2014).

Em pacientes com doenças avançadas, fora da possibilidade de cura, a prevalência de sintomas dolorosos é alta, envolvendo assim a atenção para o controle da dor e de outros sintomas focando na melhoria da qualidade de vida do paciente e da família. O controle dos sintomas relacionados à alimentação é realizado de acordo com as queixas apresentadas pelo paciente, mediante conduta nutricional adequada. Baseiam-se nos dados obtidos através da realização de uma anamnese alimentar detalhada onde leva em consideração a via de alimentação, comorbidades associadas, intolerâncias alimentares, consistência e volume da dieta (CABRAL; CORREIA, 2006; SILVA FILHO et al., 2010; TERRA, 2013).

Os principais sintomas no final da vida, segundo Terra (2013), são: fadiga, fraqueza, perda de energia, dor, anorexia, dispnéia, constipação, náuseas e vômitos, tosse, confusão mental, tristeza, depressão, ansiedade, agitação, insônia, disfagia, hemorragia, incontinência urinária, emagrecimento, diarreia, feridas (úlceras por pressão) e choro fácil. As restrições alimentares devem ser feitas somente na presença de sintomas e se a ingestão não estiver alterada (CABRAL; CORREIA, 2006).

Para a garantia do aumento da qualidade de vida e dos bons cuidados desses pacientes sob CP, são utilizadas escalas para avaliações dos sintomas principalmente em casos de avaliação sintomática de pacientes com doença crônica avançada. Essas escalas devem ser breves, confiáveis e fáceis de aplicação (BARROS PINTO, 2008; LOPES FERREIRA).

Qualidade de vida se define como sendo:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com características do ambiente (VIEIRA; FORTES, 2015, p. 47).

A realização de uma avaliação da qualidade de vida dos pacientes é um aspecto importante do cotidiano nos CP, pois permite avaliar, além dos sintomas, a perspectiva do

paciente em relação à sua vida, mas pouco se sabe sobre o processo de tomada de decisões nesses pacientes, sobre tudo quanto à sua autonomia. Em um estudo realizado por Wittmann-Vieira e Goldim (2012), com o objetivo de avaliar o processo de tomada de decisão e a qualidade de vida de pacientes adultos, oncológicos, internados em unidades de CP; teve como resultado que o oferecimento desse novo tipo de cuidado no qual o paciente participa ativamente no processo de tomada de decisões possibilita que eles tenham um viver adequado no pouco de vida que ainda lhes restam. Assim, esse estudo pode oferecer subsídio para novas pesquisas em CP para aprofundamento do tema e também realização de outros estudos comparativos. (MATOS; PULSCHEN, 2015).

Os instrumentos aplicados pelos profissionais no mundo que são utilizados para avaliar a melhoria da qualidade de vida antes da morte de pacientes em CP, além do controle dos sintomas, o apoio e a satisfação da família, assim como as percepções do doente acerca do tratamento e do significado da vida, foram citados no estudo de LOPES FERREIRA e BARROS PINTO (2008), resumidos abaixo:

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) é um questionário desenhado para monitorizar a avaliação de nove dos sintomas mais frequentes em doentes oncológicos sob cuidados terminais. Estes sintomas são a dor, o cansaço, a náusea, a depressão, a ansiedade, a tontura, a falta de apetite, a sensação de bem-estar, a dispnéia e outros;
- Palliative Care Assessment (PACA) é um questionário concebido para avaliar a efetividade de uma equipe hospitalar de CP. Composto por 12 perguntas sobre três aspectos: controle dos sintomas, discernimento dos doentes e familiares acerca do diagnóstico e do prognóstico, e posicionamento do paciente;
- Assessment of Quality of Life at the End of Life (AQEL) é um questionário desenhado para doentes terminais qualquer que seja o tipo de neoplasia. Possui duas versões para serem preenchidas pelos doentes e pelos familiares, contendo 19 perguntas que cobrem os domínios físico, psicológico, social, existencial e de cuidados médicos, para além de uma dimensão global;
- Quality of Life at the End of Life (QUAL-E) é uma medida criada para apoiar a avaliação da qualidade e da efetividade das intervenções destinadas a melhorar a qualidade no fim da vida. Contêm 21 perguntas que abarcam dimensões relacionadas com o tempo de vida, o impacto dos sintomas, o relacionamento com os profissionais de saúde e a preparação para o fim da vida.

Um manejo inadequado não só produz mais sofrimento como pode contribuir para a progressão da própria doença, levando em consideração que os pacientes em CP não são representados por um grupo bem definido, tendo em vista que podem estar em diferentes fases da doença, sendo necessário adaptar-se ao momento de cada paciente, podendo ser modificado ao longo de sua trajetória (KAASA; LOGE, 2007).



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo utiliza a pesquisa bibliográfica como ferramenta metodológica.

Inicialmente foi realizada uma revisão literária integrativa, de caráter descritivo e análise qualitativa, a fim de abarcar estudos relevantes relacionados ao tema. Posteriormente, foi feita uma análise quantitativa, a fim de contabilizar a quantidade de pacientes estudados nos artigos, proporcionando, dessa forma, o agrupamento e cálculo dos principais sinais e sintomas relacionados à nutrição em pacientes nos CP.

Segundo Mendes (2008), na revisão literária integrativa inclui-se a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. A revisão integrativa é uma alternativa para revisar rigorosamente e combinando estudos com metodologias diferentes, a fim de integrar resultados referentes ao tema. Tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas e ampliando as possibilidades de análise da literatura (DE SOUSA, DA SILVA, DE CARVALHO, 2010).

A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos. Por sua vez, a pesquisa quantitativa consiste na quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (DIEHL, 2004).

De modo geral, a pesquisa quantitativa é passível de ser medida em escala numérica, já a qualitativa não (ROSENTAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

Foram levantados e compilados dados de artigos científicos indexados nas seguintes bases de dados: Periódicos Capes, Google Acadêmico, MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – do inglês Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)

e SciELO (The Scientific Electronic Library Online), bem como a utilização de manuais, monografias, dissertações e teses das diversas áreas da saúde e relacionadas à temática.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Durante a realização da pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para seleção e análise dos estudos, visando à organização e sistematização do mesmo.

Dentro os critérios de inclusão estão: estudos publicados entre os períodos de 2007 à 2017, encontrados a partir dos descritores independentemente do idioma, compilados aos descritores, artigos originais e de revisão, online na íntegra, além de manuais, dissertações, teses e monografias, contendo a temática estudada, independente de faixa etária ou sexo dos pacientes em CP, que descrevessem a intensidade e o percentual de sinais e sintomas relacionados à nutrição que afetam os pacientes em CP.

Os critérios de exclusão foram todos os demais tipos de publicação (editoriais, comentários, reflexão, e relato de experiência), artigos que não apresentavam algum dos descritores, além de trabalhos realizados fora do período estabelecido por esse estudo, artigos que não contivessem os sintomas em percentuais dos pacientes em CP e os demais estudos que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A busca e a coleta dos dados foram realizadas no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2018, já a análise de dados e discussão dos resultados ocorreu nos meses de fevereiro a março de 2018.

Inicialmente foi realizada uma consulta nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), a fim de localizar estudos que tivessem os seguintes descritores de pesquisa: 1) CUIDADOS PALIATIVOS; 2) TERAPIA NUTRICIONAL; 3) ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL; 4) TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL; 5) NUTRIÇÃO PARENTERAL; 6) NUTRICIONISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS; 7) SINAIS E SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS, utilizados de forma isolada ou associada.

Os dados foram obtidos a partir do acesso a cada um dos artigos e simultaneamente, foram elaborados, como um instrumento de coleta, dois quadros comparativos, o primeiro (**Quadro 2**) com os respectivos campos: título do trabalho, objetivos, metodologia, resultados e conclusões/considerações finais, de todos os trabalhos com a finalidade de comparar e percorrer os resultados. O segundo quadro (**Quadro 3**) foi montado de forma mais específica, utilizando apenas os artigos que fizeram parte da contagem dos sinais e sintomas relacionados

à nutrição em CP, para delimitação das repercussões do desfecho clínico dos pacientes em CP, constando dados como: título do trabalho, quantidade de pacientes estudados, prevalência dos sinais e sintomas e os fatores que possivelmente contribuíram.

Logo após, foi calculado a prevalência do percentual dos sinais e sintomas relacionados à nutrição em pacientes nos CP.

**Quadro 2** – Modelo do quadro comparativo 1.

<b>Título do trabalho</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusão/considerações finais</b>
---------------------------	------------------	--------------------	-------------------	---------------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

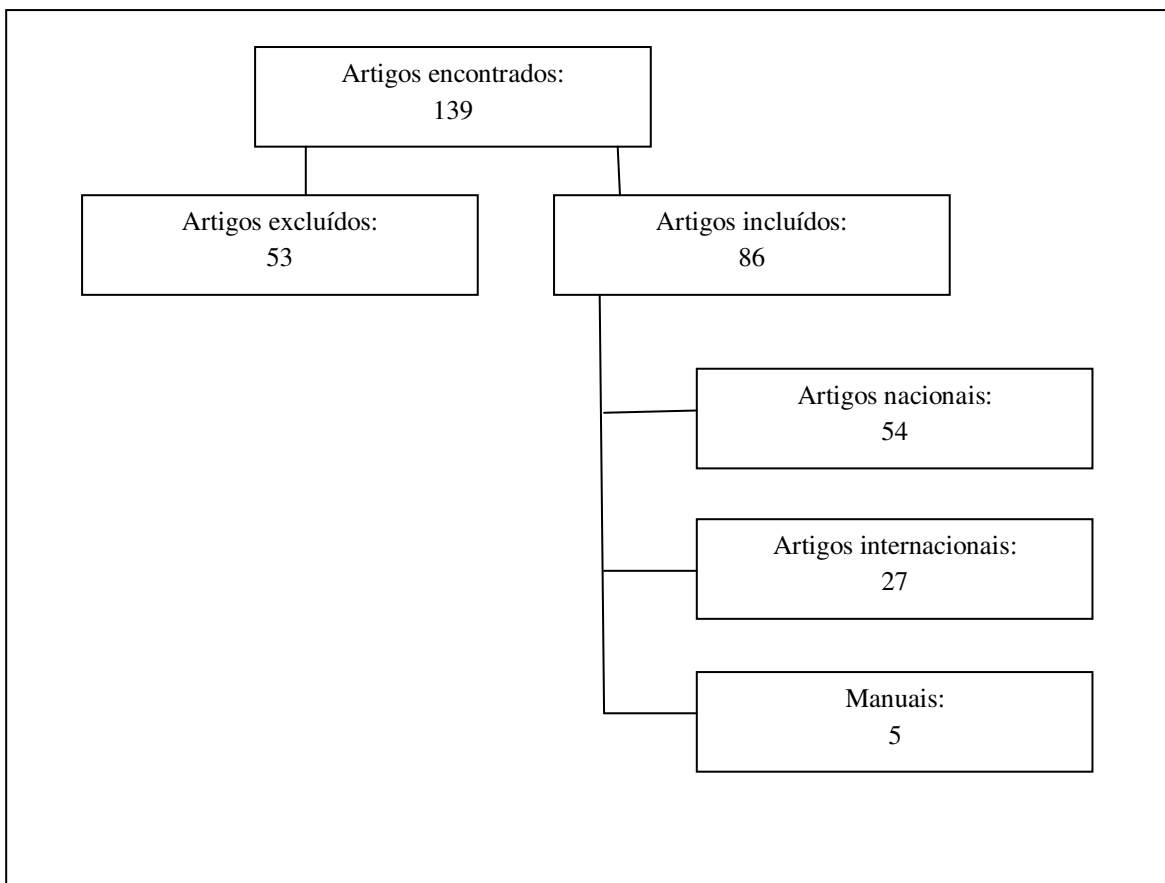
**Quadro 3** – Modelo do quadro comparativo 2.

<b>Título do trabalho</b>	<b>Quantidade de pacientes estudados</b>	<b>Prevalência dos sinais e sintomas</b>	<b>Fatores que possivelmente contribuíram</b>
---------------------------	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o fluxograma da seleção dos dados (**Figura 1**) foram encontrados 139 artigos por meio dos descritores anteriormente citados, os quais foram avaliados através da leitura de todos os títulos e resumos. Desses, 86 artigos respeitaram os critérios de inclusão e foram selecionados, sendo excluídos 53 por não atenderem os critérios previamente propostos. Em seguida, foi realizada uma análise detalhada dos artigos selecionados para construção do quadro.



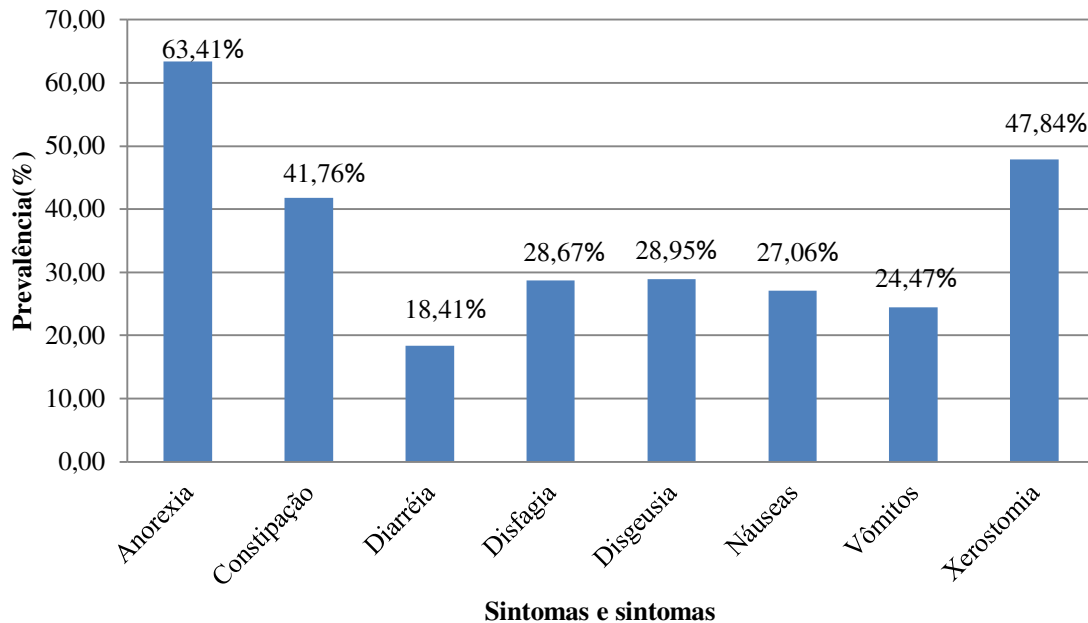
FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos artigos

Na análise dos artigos selecionados, foi contabilizada a quantidade dos pacientes em cada estudo, correspondendo, dessa maneira, a 4.052 pacientes e como principais sinais e sintomas relacionados à nutrição (**Gráfico 1**) dos estudos analisados obteve-se: anorexia, constipação, diarreia, disfagia, disgeusia, náuseas, vômitos e xerostomia.

Desse modo, para um melhor entendimento a respeito desses sinais e sintomas, optou-se por dividi-los em categorias para melhor explanação.

**Gráfico 1** – Prevalência dos principais sinais e sintomas relacionados à nutrição em pacientes nos CP.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

### 5.1 ANOREXIA

A ocorrência de anorexia nos CP é multifatorial e, segundo o INCA (2009), o tratamento antineoplásico influencia negativamente no estado nutricional dos pacientes com câncer, tanto durante a fase de tratamento quanto depois disso, podendo evoluir para desnutrição moderada ou grave, chegando até ser causa de morte de cerca de 20% dos pacientes em decorrência do estado nutricional e não da doença maligna. Já em causas relacionadas à doença, como náuseas, esvaziamento gástrico lento, irritação da boca ou da garganta, sepse, dor, fadiga, desidratação, constipação, hipercalcemia, hiponatremia, insuficiência renal ou hepática; levam ao comprometimento do estado nutricional pela diminuição da ingestão diária de nutrientes. Outras causas ainda podem estar relacionadas a circunstâncias do estado emocional – ansiedade, depressão (ARAÚJO; DUVAL; SILVEIRA, 2012; PÉREZ, 2006).

A anorexia foi a maior prevalência encontrada nessa revisão, correspondendo a 63,41%, corroborando com os estudos realizados por Fripp, Facchini e Silva (2012); Masson (2016) e o de Tai e colaboradores (2016), nos quais foram encontrados percentuais de 63,8%, 60% e 64,4%, respectivamente.

Fripp, Facchini e Silva (2012) em seu estudo, com o objetivo de descrever as características de um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos em CP de um hospital universitário, observaram que, nos pacientes em regime de internação domiciliar, a anorexia também foi o motivo mais frequente, geralmente associada à síndrome anorexia/caquexia. Ao realizarem uma análise estratificada, o percentual foi ainda mais alto, correspondendo a 80% de pacientes com câncer de esôfago, seguido de câncer cabeça e pescoço (71%), pulmão (70%) e mama (68%).

Masson (2016) também observou que os pacientes domiciliares possuíam um declínio maior do estado nutricional quando comparado com os pacientes internados. Seu estudo foi realizado com pacientes domiciliares e ambulatoriais sob CP atendidos em um hospital de alta complexidade, e os sinais e sintomas relatados durante as consultas, possuíam forte influência no estado nutricional. A alta incidência desses sinais e sintomas influenciava diretamente o consumo alimentar desses pacientes, porém alguns sintomas necessitam de outro profissional da saúde para serem controlados, a exemplo da dor. Dentre os sinais e sintomas com condutas nutricionais diretas, obtiveram destaque a xerostomia, a constipação, a náusea, a alteração do paladar (digeusia), a disfagia, entre outros, assim como no encontrado nessa revisão.

Entretanto, no estudo de Tai e colaboradores (2016), com pacientes internados em uma unidade de CP de um hospital universitário em Taiwan, tendo por objetivo avaliar a gravidade dos sintomas de pacientes com câncer avançado, obteve percentual de anorexia semelhante (64,4%). Foi observado que a anorexia em oncologia é um dos problemas mais comuns em pacientes com câncer do TGI, podendo ser atribuído a ascite refratária ou massas intra-abdominais, com associação da presença de vômitos.

Já Azank et al. (2009); Pohlmann (2013) e Tsai et al. (2010), obtiveram percentuais mais elevados, de em média 85%, chegando a resultados de 100%, como no encontrado por Duval et al. (2010). Segundo Marín Caro et al. (2007), 64% dos pacientes oncológicos são desnutridos, sendo que em pacientes sob CP esse número sobe para 81%.

As complicações relacionadas a anorexia podem ocorrer pela progressão da doença e pela localização do tumor, em casos de pacientes com câncer. Sabe-se que tumores localizados nas regiões da cabeça, pescoço, pulmão, esôfago, estômago, cólon, reto, fígado e pâncreas possuem maior influência sobre o estado nutricional do paciente, principalmente os cânceres do TGI, justamente por estarem localizados em órgãos responsáveis pela nutrição (ingestão, absorção e utilização de nutrientes) quando comparados a outros tipos de câncer. A perda da massa e da função muscular leva à deterioração tanto do estado nutricional como na funcionalidade de órgãos e sistemas, gerando condições para que a doença progrida,

aumentando o risco de complicações e reduzindo a eficiência do tratamento. Outra complicação é a evolução da anorexia para síndrome da caquexia do câncer, caracterizada por uma perda involuntária de mais de 10% do peso pré-mórbido em seis meses, associada à perda de proteína muscular, visceral e de tecido gorduroso, considerada como um prognóstico ruim (AIRES, 2008; BUONO; AZEVEDO; NUNES, 2017; LOYOLLA et al., 2011; MACHRY et al., 2011; WAITZBERG, 2006).

Diante disso, o nutricionista, através dos seus conhecimentos, pode desenvolver estratégias nutricionais a fim de prevenir ou melhorar essa condição, como por exemplo: fracionar a alimentação em cerca de seis refeições por dia; consumir alimentos de elevado teor calórico e protéico; em casos de diabetes melitus é recomendado preparações e alimentos *diet*; considerar o uso de suplementos alimentares; aumentar a ingestão hídrica; elaborar pratos decorados e atraentes; não consumir líquidos junto às refeições. Em casos mais graves, considerar a iniciação de TNE e/ou NP, sempre em consenso com o pacientes e a família (ARAÚJO; DUVAL; SILVEIRA, 2012; CORRÊA; SHIBUYA, 2007).

## 5.2 CONSTIPAÇÃO

A constipação é considerada causa comum de morbidade nos pacientes em CP, comprometendo atividades da vida diária, ingestão nutricional e socialização, sendo resultante de evacuação inadequada em frequência e volume, apresentando consistência das fezes duras e ressecadas, além de desconforto. Sua causa pode estar relacionada ao uso de medicações para controle da dor, especialmente os opióides; em pacientes que permanecem acamados durante considerável parte do dia, os quais comumente apresentam baixa ingestão alimentar e hídrica; dieta pobre em fibras, fraqueza, inatividade, depressão, compressão tumoral intestinal, dependendo do tipo de tumor; danos neurológicos, que alteram a motilidade intestinal; falta de privacidade e desconforto e aos efeitos da evolução da doença. Pode estar relacionado também a outras doenças concomitantes, como: diabetes, hipotireoidismo, distúrbios hidroeletrólíticos, como hipercalemia e hipocalemia; hérnia, doença diverticular, retocele, fissura ou esternose anal, prolapso mucoso anterior, hemorróidas e colite (AGRA et al., 2013; BENARROZ; PEREIRA; SILVA, 2015; CORRÊA; SHIBUYA, 2007; HATANAKA, 2012; SILVA FILHO et al., 2010; SKYPES et al., 2001).

A prevalência encontrada relacionada à constipação na presente revisão foi de 41,76%, corroborando como os estudos de Solano (2009), com percentual de 38,7%.

Pohlmann (2013), em seu trabalho, observou que a constipação foi o sintoma mais prevalente durante a internação do paciente, equivalente a 33,3%. Dentre as 45 internações

com registro de constipação, em 33 (73,3%) estavam relacionados com a movimentação do paciente. Nos casos de acamados, a inatividade pode gerar falta de privacidade e esta também pode estar relacionada com a constipação.

Já Omlin et al (2013) em seu estudo com pacientes ambulatoriais com câncer avançado, observou que 19,2% mencionaram sofrer de constipação, resultado da ingestão alimentar prejudicada. Essas diferenças em relação ao percentual encontrado no estudo relatado pode ser devido à maneira como a constipação é avaliada em ambulatórios, não sendo documentados em gráficos para futuras comparações, podendo passar despercebido.

Nessa perspectiva, Agra e colaboradores (2013) relatam que como a constipação é um sintoma de natureza subjetiva, é importante que durante o atendimento tanto ambulatorial quanto durante a internação, seja realizada a anamnese, englobando o histórico do hábito intestinal, mudanças dietéticas, uso de medicamentos e as repercussões que a constipação pode está causando na vida do paciente.

Dessa forma é importante serem observados dois aspectos para sua definição em CP: o primeiro aspecto são os sintomas mensuráveis, tais como a percepção do paciente sobre a dificuldade de evacuar, a frequência; e o segundo são as características da defecação, relacionado com o desconforto e alterações no hábito intestinal (KYLE, 2009; LARKIN et al., 2008).

As principais complicações relacionadas à constipação nos pacientes em CP são dores abdominais ou no dorso, decorrente da distensão ou da presença de neoplasia abdominal ou retroperitoneal; distensão abdominal, náuseas e vômitos, diarreia por transbordamento, pseudo-obstrução ou obstrução intestinal, hemorróidas ou fissuras anais, retenção urinária e cefaléia. Para identificação de fecaloma, que consiste em uma grande massa de fezes endurecidas localizadas no reto e, em certos casos, no colo sigmóide, que causa uma obstrução crônica do trânsito intestinal ou outras alterações locais que dificultam a evacuação, é indicada a realização do exame de toque retal (AGRA et al., 2013; DRIVER et al., 2000 apud HATANAKA, 2008; SILVA FILHO et al., 2010).

Como forma de tratamento não farmacológico pode ser indicado a realização de manobras abdominais e o encorajamento das atividades físicas. Algumas das recomendações da terapia nutricional seriam: a conscientização dos pacientes sobre a necessidade de ingerir alimentos, estimular a ingestão de água segundo recomendações, orientar sobre o consumo de alimentos ricos em fibras e com características laxativas, considerar o uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico; considerar a utilização de módulo fibra dietética mista (INCA, 2009; SANTOS, 2016).



Em relação às fibras, um estudo clínico randomizado realizado em pacientes em pós-operatório de câncer colorretal com a utilização de fungos medicinais como fonte de fibras na dieta, verificou que, ao longo de seis meses de dieta suplementar a base de *Agaricus sylvaticus*, os pacientes apresentaram aumento do apetite e redução da constipação e outros sintomas gastrintestinais, como: flatulência, pirose, plenitude pós-prandial, náuseas, distensão e dores abdominais (FERREIRA, 2007).

### 5.3 DIARRÉIA

A diarreia se caracteriza pelo número de evacuações em mais de três vezes ao dia e perda da consistência das fezes. As principais causas de diarreia em CP podem ocorrer devido ao desbalanço da terapia laxativa, impação fecal com diarreia por transbordamento, radioterapia abdominal ou pélvica, mal absorção, tumores colônicos, tumores endócrinos raros, doenças concorrentes, infusão rápida da dieta por sonda nasointestinal (SNE) e pelos hábitos alimentares prévios dos pacientes (HATANAKA, 2012; KIRA, 2012).

Nessa revisão, no que se refere à diarreia em pacientes nos CP, foi observada prevalência de 18,41%, onde o percentual mais próximo foi o de Duval e colaboradores (2015) de 10,8% em pacientes oncológicos com caquexia em CP; diferentemente do encontrado por Cavichiolo e colaboradores (2017).

O estudo Cavichiolo e colaboradores (2017), que teve por objetivo identificar os sintomas gastrointestinais apresentados pelos pacientes oncológicos internados em CP e relacionar ao seu estado nutricional, foi observado que os pacientes moderadamente desnutridos apresentaram percentual de 25%, já os gravemente desnutridos apresentaram percentual de 75%. Concluindo-se assim que a desnutrição, perda de peso e presença sintomas gastrointestinais estão integrados.

Hanserberg e colaboradores (2008) em seu estudo procuraram associação entre a SNO e a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal avançado em CP, onde se dividiram esses pacientes em dois grupos: um com TNE e outro com a mesma intensa suplementação adicionando-se a NP. Foi observado então que, nos pacientes onde só ocorreu a TNE, o percentual de diarreia foi de 9%, enquanto no outro grupo com o adicional da NP, obteve-se percentual de 24%, concluindo que só a TNE retarda a perda de peso e reduz os efeitos colaterais, como a diarreia, relacionados à quimioterapia.

Entretanto, Pohlmann (2013) em sua pesquisa observou que, a hidratação artificial foi a via preferencial dos pacientes, levando em consideração a sua autonomia para tomada de decisões juntamente com a equipe multiprofissional. Na admissão do paciente ao hospital, as

queixas relacionadas à diarreia correspondiam ao percentual de 4,4%. Já durante a internação esse percentual evoluiu para 8,8%. A suspensão de procedimentos para evitar outros desconfortos associados foi de forma mais prevalente a retirada da TNE.

Relacionado à TNE, a presença desse sintoma na alimentação via SNE é considerada uma das complicações mais frequentes e pode ser decorrente da falta de higiene, utilização de medicamentos ou má tolerância à dieta. A presença dessa complicação, podendo ou não estar associadas a outros fatores, como a evolução da doença e/ou a utilização de fármacos, podem ser tratadas ou prevenidas pela monitorização adequada do paciente, requerendo para isto maior vigilância nos cuidados por parte dos familiares e/ou cuidadores, e da equipe de terapia nutricional qualificada (AZANK et al., 2009).

De acordo com as recomendações nutricionais, orienta-se conscientizar o paciente da necessidade de comer apesar da diarreia e para não ocorrer comprometimento nutricional, aumentar o fracionamento das refeições e reduzir o volume de forma a oferecer 6 a 8 refeições ao dia, avaliar a necessidade de restrição alimentar, considerar se há necessidade do uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico; orientar o paciente para evitar alimentos flatulentos e hiperosmolares, evitar o consumo de alimentos fritos e gordurosos; utilizar dieta pobre em fibras insolúveis, como verduras (cruas ou cozidas), frutas especialmente com casca, e adequada em fibras solúveis; ingerir isotônicos entre as refeições, em volumes proporcionais às perdas; e no caso de TNE, infundir dieta por SNE mais lentamente (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; INCA, 2009; KIRA, 2012).

#### 5.4 DISFAGIA

Disfagia tem por definição a dificuldade, ou a sensação de dificuldade, na passagem dos alimentos através da faringe ou do esôfago, podendo ocorrer no instante ou de 10 a 20 segundos após a deglutição. Sua causa pode ser uma obstrução a nível da faringe, resultando uma pressão causada por um tumor ou edema; ou a nível de esôfago, por carcionomatose ou estenose ou por nódulos de grandes dimensões. A sintomatologia torna-se pior em pacientes com doença maligna avançada, principalmente quando afeta o seguimento cabeça e pescoço, desenvolvem frequentemente a disfagia. Esse é um sintoma reconhecido como um fator significativamente associado à desnutrição e à desidratação, levando à diminuição da sobrevida (LEAL; CARVALHO, 2010; MASSON, 2016).

Relacionado a esse sintoma, foi encontrada prevalência de 28,67%, corroborando com Masson (2016) no qual foi observado percentual de 30%, e o de Silva e colaboradores (2010) com percentual de 26%.

Já Masson (2016) obteve percentual de 30% de disfagia nos pacientes sob CP em atendimento domiciliar. Esse sintoma, juntamente com falta de apetite, alterações do paladar e perda de peso; são conhecidos como preditores de pior qualidade de vida relacionada à saúde (GIESINGER et al., 2011; ROE; LESLIE; DRINNAN., 2007; SHAHMORADI; KANDIAH; PENG, 2009 apud MASSON, 2016).

Silva e colaboradores (2010), em seu estudo sobre a intervenção nutricional e o controle dos sintomas nos pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço de CP e Tratamento da Dor de um hospital, obteve percentual de 26% no primeiro atendimento ao paciente, que depois da intervenção nutricional foi para 16%, concluindo que a conduta individualizada auxiliou a melhora no sintoma e na qualidade de vida do paciente.

Entretanto outros autores encontraram percentuais mais elevados, como Tsai e colaboradores (2010) de 47,07%, Duval e colaboradores (2010) que obtiveram percentuais de 50,8% e Marin e colaboradores (2010) com percentual de 95% em pacientes com câncer esofágico.

A recomendação nutricional quando a disfagia se intensifica, tornando a VO insegura, faz-se necessário, em muitos casos, estabelecer uma via alternativa (SNE, gastrostomia (GT) ou jejunostomia (JTM)). Em pacientes portadores de demências avançadas, a disfagia pode evoluir em associação a outras complicações como pneumonia por aspiração, perda ponderal e recusa alimentar. Nessas situações, frequentemente a opção tradicional de tratamento seria a alternativa nutricional de alimentação por SNE de modo a garantir a oferta de alimentos e assim prolongar a vida. Porém, em CP existe o questionamento se haveria algum benefício para o paciente, pois é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; FERNANDES, 2012; PINTO, 2012).

Leal e Carvalho (2010) relatam que deve ser realizada uma avaliação do estado do paciente para a decisão em relação as medidas que serão tomadas, uma vez que pode só se justificar uma alteração da dieta, alterando a sua consistência, volume, sabor e temperatura da alimentação.

## 5.5 DISGEUSIA

A digeusia é caracterizada pela alteração ou perda do paladar, podendo ser atribuída a vários fatores, como a higiene oral precária, presença de estomatite e ao efeito de medicamentos, quimioterapia ou radioterapia (FRANCK, 2012; PAIVA et al., 2010).

Foi encontrada prevalência de 28,95%, assemelhando-se aos estudos de Masson (2016), Tsai e colaboradores (2010); Silva e colaboradores (2010) e o de Omlin e colaboradores (2013); diferentemente do encontrado por Duval e colaboradores (2010) de 47,7%.

Silva e colaboradores (2010) obtiveram prevalência de 25%, relacionadas a dois momentos: no primeiro atendimento, onde foi obtido percentual de 34%, diminuindo para 16% no segundo atendimento.

No estudo de Omlin e colaboradores (2013), o grupo de pacientes da clínica de fadiga nutricional em CP, a alteração do sabor, associada com a alteração do cheiro, foi a mais frequente correspondendo ao percentual de 27%. Esse é um sintoma considerado silencioso, que pode ser um dos mais frequentes, mas como nem sempre são traduzidos pelo paciente ou avaliados pela equipe, podem não ser avaliados.

Schirmer, Ferrari e Trindade (2012) observaram em seu estudo, que teve por objetivo avaliar a evolução da mucosite oral em pacientes oncológicos atendidos pelo serviço de CP, após a intervenção e orientação médica e nutricional, além de analisar de que forma a mucosite interfere na ingestão alimentar dos pacientes; que a disgeusia foi a segunda maior queixa, correspondendo a 60,8% no primeiro atendimento. Esta queixa ocorreu principalmente em função da utilização de medicamentos como antidepressivos tricíclicos, além da administração de quimioterapia e radioterapia, dependendo da localização do tumor. Assim, foram realizadas intervenções nutricionais quanto ao tipo de alimentação nesse período de reabilitação, juntamente com intervenções médicas, onde conseguiu reduzir esse percentual para 8,6%.

As complicações são resultado da quimioterapia ou radioterapia, onde pelo fato das papilas gustativas serem expostas à irradiação sofrem atrofia, levando o paciente à dificuldade tanto na percepção do paladar quanto a temperatura dos alimentos. Pode ocorrer o aumento da viscosidade do fluxo salivar, formando uma barreira mecânica de saliva espessa, o que dificulta o contato físico entre a saliva e os alimentos. Já a quimioterapia promove citotoxicidade direta às papilas, influenciando diretamente na ingestão alimentar do paciente e em seu estado nutricional (DUVAL et al., 2010; PAIVA et al., 2010).

O manejo não farmacológico da disgeusia inclui investigar e tratar a causa base, como também a manutenção da higiene oral adequada, pelo menos três vezes ao dia, ou mais, se necessário; hidratar a cavidade oral antes das refeições; utilizar pastilhas ou goma de mascar sem açúcar ou spray bucal aromatizante (tem efeito momentâneo) (FRANCK, 2012).

## 5.6 NÁUSEAS E VÔMITOS

A náusea é um sintoma presente em várias condições clínicas, definida como uma sensação desconfortável na região abdominal, que, dependendo de sua intensidade, leva a uma vontade urgente de vomitar, acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, entre outros; enquanto o vômito é a expulsão de conteúdo gástrico através do esôfago e da boca. São sintomas que comprometem o estado nutricional em cerca de 75% dos pacientes em CP, o que implica aumento da morbimortalidade e diminuição das chances de sobrevida. Estima-se que 40% a 70% dos pacientes com quadros avançados de neoplasia apresentam um ou mais sintomas digestivos como náusea e vômitos, onde na maioria das situações tem uma etiologia múltipla (CHIBA, 2008; SANTOS, 2016; SANTOS et al., 2004).

Referente a náuseas e vômitos, foi encontrada prevalência de 27,06% e 24,47%, respectivamente. Tratando-se de vômitos, essa prevalência corrobora com os estudos de Durval e colaboradores (2015); Hasenberg e colaboradores (2010); Tsai et al. (2011) e o de Pohlmann (2013). Já com relação a náuseas, Masson (2016) encontrou prevalência parecida, correspondendo a 26%.

A presença de náuseas e vômitos em pacientes com tumores gastrointestinais sob CP pode ser causada pelo desconforto abdominal gerado em consequência do avançar da doença, podendo influenciar na diminuição ou perda do apetite e no bem-estar desse paciente, assim como nos pacientes com tumores pulmonares, que além da mudança do apetite e saciedade, ocasiona falta de ar. Tratamentos oncológicos produzem sintomatologia que inclui náuseas e vômitos associados a redução da quantidade de alimentos ingeridos pelo paciente, o que pode alterar o seu estado nutricional. Assim, as orientações nutricionais tornam-se parte do tratamento paliativo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e oferecer boas condições clínicas aos pacientes (MARCHY et al., 2011; YAMASHITA, 2014).

Em contrapartida, é possível também verificar que esses dois sintomas decrescem ao longo do percurso da doença, como foi visto no estudo de Teunissen e colaboradores (2007), onde em uma ou duas semanas antes da morte a prevalência encontrada foi de 17% e 13%.

A abordagem ideal da náusea e do vômito inclui reavaliação periódica do sintoma através da atribuição do valor de zero a dez deste sintoma e de outros associados como pirose, boca seca, dor, perda do apetite, fadiga, etc. A investigação da frequência, duração, intensidade, aspecto, volume, fatores causadores ou agravantes, desconforto físico, social, emocional, financeiro, efetividade e satisfação em relação ao tratamento proposto são muito

importantes. A avaliação contínua e sistemática possibilita o acompanhamento da evolução do quadro, sendo fundamental seu registro (MACIEL; BETTEGA, 2012; SANTOS, 2016).

A recomendação nutricional nos pacientes sob CP são: consumir alimentos e preparações de maior aceitação, evitando aquelas com odores muito fortes e temperados; consumo de sucos, água de coco ou chá em quantidades toleráveis e várias vezes ao dia; não ingerir alimentos caso os vômitos sejam frequentes e persistentes; avaliar se é necessário a NP e/ou hidratação endovenosa para evitar desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos (CORRÊA; SHIBUYA, 2007).

Além dessas, o INCA (2009) aconselha conscientizar o paciente da necessidade da ingestão alimentar; aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição; optar por alimentos secos; dar preferência a alimentos de consistência branda; além de orientar o paciente a evitar alimentos gordurosos e frituras, o mesmo serve para alimentos e preparações doces; evitar jejuns prolongados; mastigar ou chupar gelo 40 minutos antes das refeições; evitar temperaturas extremas; manter a cabeceira elevada (45°) durante e após as refeições (no caso de pacientes acamados); realizar as refeições em locais arejados.

Não podemos nos esquecer também que a hipótese de sedação paliativa pode ser considerada nos casos em que todas as medidas terapêuticas possíveis foram empregadas e, mesmo assim, os pacientes continuam a apresentar náuseas e vômitos, afetando seu bem-estar. A sedação paliativa, aqui, pode ser mantida até que o sintoma seja superado ou até o falecimento do paciente, no caso de pacientes terminais (CHIBA, 2008).

## 5.7 XEROSTOMIA

Esse sintoma é caracterizado como “a sensação subjetiva de boca seca e é normalmente acompanhado pela redução da secreção salivar, mas pode também resultar de alterações na composição da saliva secretada”. As causas são várias e estão relacionadas a fatores como: desidratação, que é frequente nos doentes com doença oncológica em estágio avançado; a utilização de medicação, estando já identificados vários medicamentos indutores de vários graus de xerostomia; lesões nas glândulas salivares provocada pela radioterapia, utilizada como estratégia terapêutica nas pessoas com neoplasias da cavidade oral ou da orofaringe; e candidíase (FRANCK, 2012; SERRANO, 2009).

Foi a segunda maior prevalência encontrada na presente revisão, correspondendo a 47,84%, corroborando com o estudo de Tsai et al. (2010), com percentual de 48,48%. Entretanto, Sousa (2012) apresentou menor prevalência dos quatro momentos analisados, de 18,75%.

Schrimer, Ferrari e Trindade (2012), observaram em seu estudo com pacientes com mucosite oral sob CP, que a xerostomia foi o que apresentou maior incidência no primeiro atendimento, correspondendo a 86,9%, sendo reduzido após intervenção nutricional e médica para 34,7%. Esta manifestação pode ser decorrente do próprio tumor, hidratação inadequada do paciente, tratamento médico com determinados medicamentos e radioterapia aplicada em região de cabeça e pescoço.

Em associação podem surgir complicações como comprometimento da deglutição, infecções, cáries e úlceras, provocando um desconforto acrescido, necessitando de cuidados à boca, podendo ser considerados complexos, incluindo aspectos como uma boa higiene oral, prevenção e tratamento de infecções e uma revisão sobre os fármacos, evitando aqueles que podem ter maior influência no aparecimento da xerostomia (DAVIES, BROADLEY; BEIGHT, 2001; GONÇALVES, 2011 apud SOUSA, 2012; SERRANO, 2009).

A xerostomia também foi um dos sintomas mais relatados no estudo de Duval e colaboradores (2010), cerca de 84,6%, no qual descreveu a ocorrência de caquexia nos pacientes internados em um PIDI oncológico do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas que necessitavam de cuidados especiais ou paliativos durante o tratamento, independente da fase de evolução da doença.

As principais recomendações alimentares para pacientes com esse sintoma são: dependendo da tolerância, chupar frutas cítricas, para estimular a salivação; ingerir líquidos em pequenos volumes e várias vezes ao dia, inclusive durante as refeições, para facilitar a deglutição e a mastigação; consumir alimentos e preparações mais úmidas, com caldos, molhos, cremes e/ou maionese; evitar alimentos muito condimentados, que exijam excessiva mastigação e secos; e oferecer alimentos de maior preferência pelo paciente (CORRÊA; SHIBUYA, 2007).

## 5.8 PAPEL DO NUTRICIONISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Inevitavelmente, a jornada do paciente em CP é marcada por uma série de perdas gradativas, além das intercorrências relacionadas à doença base e sintomas relacionados aos tratamentos. Dessa forma, o profissional da saúde deve estar atento aos sinais e sintomas demonstrados pelos pacientes, sendo necessário conhecer o paciente e a evolução de sua doença, os tratamentos realizados e os medicamentos em uso, bem como a presença de outros sintomas, já que doentes com doenças crônicas, progressivas e incuráveis apresentam múltiplos sintomas que variam de pessoa para pessoa, e que em fases mais avançadas da doença e quando não há capacidade de comunicar são os que mais sofrem caso não seja

realizada uma avaliação minuciosa (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; COSTA; ANTUNES, 2012; SANTOS, 2016).

Nos CP, a nutrição torna-se uma ferramenta importante nos cuidados paliativos contribuindo na promoção do bem-estar e qualidade de vida dos pacientes, levando em conta e conhecendo todos os sintomas, apesar de raramente atingir o propósito de recuperação e garantia do estado nutricional, já que a presença de sintomas descontrolados constitui uma das principais queixas de qualquer doente. Essa qualidade de vida pode ser definida pelo conceito mais amplo de saúde, desempenho pessoal, conforto, estado emocional e econômico, ou seja, uma situação social satisfatória, através de recursos necessários para satisfazer desejos pessoais e promover a auto-realização (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; COSTA; ANTUNES, 2012; KUCZYNSKI; ASSUMPCÃO JR., 2013).

Dessa forma, a nutrição não é somente o fornecimento de energia, mas parte do tratamento, em que o nutricionista exerce um papel técnico de grande valia, onde a sua sensibilidade e criatividade farão a diferença durante a avaliação e o aconselhamento nutricional. Enfatizando sempre o respeito ao paciente, devendo considerar os recursos terapêuticos para o controle de sintomas, valorizando os alimentos preferenciais, a adequação da dieta e o desejo do próprio paciente por alimentos (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

O nutricionista é fundamental na determinação e prescrição da dieta de pacientes em CP, e cabe a esse profissional orientar e motivar o paciente, zelando por seu bem-estar, reforçando o papel da nutrição no compromisso do cuidado dos indivíduos. No estudo de Marchi e Geraba (2016) que teve por objetivo avaliar o conhecimento de pacientes oncológicos terminais e seus acompanhantes sobre o cuidado nutricional nos CP, foi verificado que a maioria dos pesquisados não recebeu orientações ou informações sobre os cuidados nutricionais paliativos, fato que colaborou com a diminuição da satisfação do paciente/acompanhante em relação a alimentação ofertada, apesar da maioria sentir-se capaz de escolher a dieta ofertada. Normalmente pacientes com TNE recebem mais orientações sobre a dieta do que pacientes que se alimentam via oral, visto ser a mesma, uma via de alimentação diferente do habitual, mas o nutricionista deve oferecer recursos e esclarecimentos aos pacientes e seus familiares sobre toda e qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, respeitando a ética profissional e sobre todas as coisas, a vontade do indivíduo ou de seu responsável (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; LOYOLLA et al., 2011).

Durante a internação dos pacientes em CP, o nutricionista tem a responsabilidade de identificar as necessidades de hidratação e nutrição de cada paciente, e registrar toda a sua



conduta no prontuário do paciente. Entretanto, quando não existe uma padronização das documentações em muitos serviços, apenas itens relevantes como a dor são registrados, resultando em uma documentação incompleta e inconsistente (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; FERNANDES, 2012).

No estudo realizado por Duval e colaboradores (2010) com o objetivo de verificar a ocorrência de caquexia neoplásica em pacientes atendidos por um programa de internação domiciliar multiprofissional sob CP, em que uma nutricionista realizava a visita domiciliar uma vez por semana aos pacientes, foi verificado que no grupo de pacientes estudados, intervenções nutricionais e/ou medicamentosas com objetivo de aliviar os sintomas podem ter efeito na redução da ocorrência de caquexia.

Schirmer, Ferrari e Trindade (2012), estudaram a evolução da mucosite oral em pacientes ambulatoriais oncológicos atendidos pelo serviço de CP, após a intervenção e orientação médica e nutricional, além de analisar de que forma a mucosite interfere na ingestão alimentar dos pacientes, e obtiveram que, as orientações ao paciente quanto ao tipo de alimentação nesse período de reabilitação foi muito importante para não agravar ainda mais o processo inflamatório. Observou-se ainda, melhora importante na consistência da dieta utilizada, durante os dois atendimentos, associada à redução do grau de mucosite e da dor, com ausência de dor na segunda avaliação, possibilitando ao paciente ingerir maior variabilidade e quantidade de alimentos, seguindo uma dieta adequada.

Observa-se assim que, no atendimento ambulatorial em CP, a orientação nutricional é uma ferramenta muito útil para ajudar o paciente a fazer escolhas alimentares mais adequadas, levando em consideração as fases da doença (**Quadro 4**), exercendo papel fundamental no controle do avançar da doença, onde esses pacientes podem apresentar múltiplos sinais e sintomas com intensidades que variam de moderada a severa. Devem ser abordados não somente os sintomas, mas os aspectos socioeconômicos para melhor tratar o indivíduo como um todo. Por essa razão, a presença do nutricionista na equipe interdisciplinar ambulatorial poderá contribuir na proposta terapêutica e na melhor qualidade de vida dos pacientes em CP (BENARROZ; PEREIRA; SILVA, 2015; LOYOLLA et al., 2011; YAMASHITA, 2014; SILVA et al., 2010).

**Quadro 4 – Papel do nutricionista no atendimento ambulatorial nos CP.**

Questão	Doença Avançada	Doença Terminal	Cuidados ao Fim da vida
Como deve ser o acompanhamento da nutrição?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer atendimento individualizado, através de uma equipe interdisciplinar treinada em CP e com foco na QV;</li> <li>- Proporcionar conforto emocional, aliviar sintomas e sofrimento;</li> <li>- Promover alimentação e hidratação adequadas;</li> <li>- Disponibilizar atendimento telefônico e domiciliar;</li> <li>- Fornecer de insumos para hidratação e dieta enteral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar conforto emocional, aliviar sintomas;</li> <li>- Promover prazer;</li> <li>- Manter e preservar a alimentação e a hidratação;</li> <li>- Promover qualidade de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer atendimento individualizado, através de uma equipe interdisciplinar treinada em CP e com foco na QV;</li> <li>- Proporcionar conforto emocional, aliviar sintomas e sofrimento;</li> <li>- Promover alimentação e hidratação adequadas;</li> <li>- Disponibilizar atendimento telefônico e domiciliar;</li> <li>- Manter o fornecimento de insumos para hidratação e dieta enteral.</li> </ul>
Com que frequência esse paciente deve ser acompanhado pela nutrição?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatório: conforme necessidade individual, não ultrapassando o período de 30 dias, podendo ser realizado através do cuidador, caso o paciente não possa comparecer;</li> <li>- Visita domiciliar: conforme necessidade individual, não ultrapassando o período de 20 dias.</li> </ul>	<p>A frequência do acompanhamento da nutrição ao paciente terminal deve ser quinzenal, junto com a equipe multiprofissional em visita domiciliar. Para os pacientes acompanhados no ambulatório, deve ser conforme necessidade individual, não ultrapassando o período de 20 dias, podendo ser acompanhamento ambulatorial através do cuidador, em caso do paciente não poder comparecer.</p>	<p>Visita domiciliar: conforme necessidade individual</p>
Quais são os dados que devem ser registrados durante o acompanhamento da nutrição?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese alimentar: hábitos alimentares, apetite, ingestão alimentar e hídrica (tipo, frequência e quantidade consumida), aversão/intolerância, preferências;</li> <li>- Peso atual e altura (se aferidos);</li> <li>- Sinais e sintomas apresentados: anorexia, disgeusia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, odinofagia, disfagia, dispepsia, dor, infecção, xerostomia, desidratação, queda do nível de consciência, edema, ascite, dispnéia e depressão, comorbidades, alterações</li> </ul>	<p>Todos os dados coletados na avaliação nutricional do paciente, nas diferentes fases do cuidado paliativo, devem ser registrados no prontuário e/ou formulário próprio do serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese alimentar: apetite, aceitação alimentar, preferências (tipo, frequência, quantidade e consistência) e aversão/intolerância;</li> <li>- Sinais e sintomas apresentados (anorexia, disgeusia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, odinofagia, disfagia, dispepsia, dor, xerostomia, queda do nível de consciência, dispnéia e depressão).</li> </ul>

	de exames laboratoriais, PS ou KPS.		
--	--	--	--

Fonte: INCA, 2009.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais sinais e sintomas, encontrados na presente revisão, relacionados à nutrição nos pacientes em CP foram, em ordem decrescente: anorexia (63,41%), xerostomia (47,84%), constipação (41,76%), disgeusia (28,95%), disfagia (28,67%), náuseas (27,06%), vômitos (24,47%) e diarreia (18,41%).

Esses sinais e sintomas foram atribuídos principalmente pela progressão da doença, podendo ser causados também como efeito colateral dos diversos tipos de tratamentos do câncer, que adicionam desconforto e alterações nutricionais ao paciente; pelas medicações administradas e complicações inerentes à nutrição artificial (TNE e NP). Entretanto, não foi possível, pelo desenho do estudo, avaliar o funcionamento ou não das terapias nutricionais utilizadas para cada sintoma.

Estudos dessa natureza sugerem a importância de pesquisas a respeito das prevalências desses e de outros sinais e sintomas em pacientes nos CP, para o desenvolvimento de estratégias nutricionais mais efetivas, levando em consideração a doença e o seu estágio, uma vez que esses são considerados sintomas de grande impacto nutricional e podem contribuir, direta ou indiretamente, para agravamento da condição clínica e ser causa de mortalidade. Um controle adequado garante uma melhora na qualidade de vida desses pacientes, proporcionando conforto e alívio dos sintomas, evitando-se a aceleração ou o retardamento da perda de autonomia do mesmo.

O nutricionista desempenha um papel muito importante no que diz respeito aos objetivos da nutrição em CP, realizando todo acompanhamento durante o tratamento, na determinação e prescrição da dieta, avaliando suas necessidades não só nutricionais, mas como um todo, orientando e motivando o paciente, zelando pelo seu bem-estar, reforçando o papel da nutrição no compromisso do cuidado dos indivíduos, e dando suporte aos familiares e/ou cuidadores.

Por fim, conclui-se que, nos CP a nutrição tem um especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, e reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos e do avançar da doença, auxiliando no controle dos sintomas e melhora do quadro clínico do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ACREMAN, S. Nutrition in palliative care. **British Journal of Community Nursing**, v. 14, n. 10, p. 427-431, 2009.
- AGRA, G. et al. Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opioides. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 472-8, 2013.
- AIRES, E. M. Síndrome da Caquexia/Anorexia. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 484-498, 2008.
- ALVES, R. F. et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 165-176, maio/ago. 2015.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION - ADA. Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 92, n. 8, p. 996-1002, 1992.
- ARAÚJO, E. S.; DUVAL, P. A.; SILVEIRA, D. H. Sintomas relacionados à diminuição de ingestão alimentar em pacientes com neoplasia do aparelho digestório atendidos por um programa de internação domiciliar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 639-646, 2012.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 121-129, jan./mar. 2012.
- AZANK, A. T. et al. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de "Home Care". **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 4, p. 11-18, 2009.
- BEAUMAN, C. et al. The principles, definition and dimensions of the new nutrition science. **Public Health Nutrition**, v. 8, n. 6a, p. 695-698, 2005.
- BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-1882, set. 2009.
- BENARROZ, M. O.; PEREIRA, K.; SILVA, C. H. D. Dietoterapia como estratégia de tratamento da constipação intestinal em cuidados paliativos. **Salud(i)Ciencia**, v.21, p. 505-510, 2015.
- BERNARDO, E. S. **Pacientes oncológicos em cuidados paliativos: correlação entre qualidade de vida e funcionalidade**. 2012.64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano – Compaixão Pela Terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

BRASIL. **Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 8, 2008.

BUONO, H. C. D.; AZEVEDO, B. M.; NUNES, C. S. A importância do nutricionista no tratamento de pacientes oncológicos. **Revista Saúde em Foco**, n. 9, p. 291-299, 2017.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L. Cuidados paliativos nas demências. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 474-482, 2012.

CABRAL, E. L. B.; CORREIA, M. J. T. D. Princípios nutricionais na abordagem do câncer avançado. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu, p. 329-333, 2006.

CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 483-489, 2012.

CASTRO, J. M. F.; FRANGELLA, V. S.; HAMADA, M. T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 1, p. 55-59, 2017.

CASTRÃO, D. L. L.; FREITAS, M. M.; ZABAN, A. L. R. S. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos-uma revisão de literatura. **Comunicação em Ciências da Saúde**, p. 65-74, 2009.

CAVICHIOLO, M. O. et al. Estado nutricional e sintomas gastrointestinais de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Braspen Journal**, v. 32, n. 1, p. 25-29, 2017.

CERVO, A. S. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 53-59, 2014.

CHEUNG, W. Y.; LE, L. W.; ZIMMERMANN, C. Symptom clusters in patients with advanced cancers. **Supportive Care in Cancer**, v. 17, n. 9, p. 1223-1230, 2009.

CHIBA, T. Ambulatório. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 115-119, 2008.

\_\_\_\_\_. Náusea e vômito. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 424-426, 2008.

CORRÊA, P. H.; SHIBUYA, E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 317-323, 2007.

COSTA, M. A. C. M.; ANTUNES, M. T. C. Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 7, p. 63-72, jul. 2012.

DAVIES, A. N.; BROADLEY, K.; BEIGHTON, D. Xerostomia in patients with advanced cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 22, n. 4, p. 820-825, 2001.

DE SOUZA, M. T.; DA SILVA, M. D.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, Pt 1, p. 102-106, 2010.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DRIVER, L. C.; BRUERA, E. **The M.D. Anderson palliative care handbook**. Estados Unidos: Publisher, 2000.

DRUML, C. et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**, v.35, n. 3, p. 545-56, 2016.

DUVAL, P. A. et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um programa de internação domiciliar interdisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 207-212, 2010.

DUVAL, P. A. et al. Prevalência de caquexia neoplásica e fatores associados na internação domiciliar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 3, p. 261-267, 2015.

FERNANDES, E. A. O papel do nutricionista na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 345-352, 2012.

FERNÁNDEZ-ROLDÁN, A. C. Nutrición en el paciente terminal: Punto de vista ético. **Nutrición Hospitalaria**, v. 20, n. 2, p. 88-92, 2005.

FERREIRA, K. A. S. L. Controle da constipação relacionada ao uso de opióides. **Revista Dor É Coisa Séria**, v. 3, n. 3, p. 19-28, 2007.

FRANCK, E. M. Cuidados com a cavidade oral em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 293-305, 2012.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 69-78, 2012.

FRUCHTENICHT, A. V. G. et al. Avaliação do risco nutricional em pacientes oncológicos graves: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 3, p. 274-283, 2015.

FUJINO, V.; NOGUEIRA, L. A. B. N. S. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 220-226, out./dez. 2007.

GIESINGER, J. M. et al. Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 8, p. 904-912, 2011.

GONÇALVES, J. F. **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Coisas de ler, 2011.

HASENBERG, T. et al. Retracted: Early supplementation of parenteral nutrition is capable of improving quality of life, chemotherapy-related toxicity and body composition in patients with advanced colorectal carcinoma undergoing palliative treatment: results from a prospective, randomized clinical trial. **Colorectal Disease**, v. 12, n. 10, p. 190-199, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1463-1318.2009.02111.x/full>>. Acesso em: janeiro de 2018.

HATANAKA, V. M. A. Constipação e diarreia. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 427-444, 2008.

\_\_\_\_\_. Obstipção e diarreia. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 334-339, 2012.

HUHMANN, M. B.; CUNNINGHAM, R. S. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. **The Lancet Oncology**, v. 6, n. 5, p. 334-343, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

KAASA, S.; LOGE, J. H. Quality-of-life assessment in palliative care. **The Lancet Oncology**, v. 3, n. 3, p. 175-182, 2002.

KIRA, C. M. Tabela de controle de outros sintomas não dor. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 585-592, 2012.

KORETZ, R. L. Should patients with cancer be offered nutritional support: does the benefit outweigh the burden? **European journal of gastroenterology & hepatology**, v. 19, n. 5, p. 379-382, 2007.

KRUSE, M. H. L. et al. Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.



- KUCZYNSKI, E. ; ASSUMPÇÃO JR, F. B. Qualidade de vida em oncologia. In: LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYEYASU, H. **Oncologia para a Graduação**. São Paulo: Lemar, p. 284-291, 2013.
- KULICK, D.; DEEN, D. Specialized nutrition support. **Am Fam Physician**, v. 83, n. 2, p. 173-183, 2011.
- KYLE, G. Methylalntrexone: a subcutaneous treatment for opioid-induced constipation in palliative care patients. **International journal of palliative nursing**, v. 15, n. 11, p. 533-540, 2009.
- LARKIN, P. J. et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. **Palliative Medicine**, v. 22, n. 7, p. 796-807, 2008.
- LEAL, F.; CARVALHO, L. Disfagia. In: BARBOSA, A.; NETO, I. **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.
- LOPES FERREIRA, P.; BARROS PINTO, A. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. In: **Acta Médica Portuguesa**. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, p. 111-124, 2008.
- LOYOLLA, V. C. L. et al. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma análise da bioética. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 16, n. 1, p. 47-59, 2011.
- MACHRY, R. V. et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 296-301, jul./set. 2011.
- MACIEL, M. G. S. Enfermaria. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p.108-114, 2008.
- \_\_\_\_\_. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p.94-112, 2012.
- \_\_\_\_\_.; BETTEGA, R. Náusea e vômito. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 168-175, 2012.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2013.
- MARCHI, S. S.; GEBARA, T. Terapia nutricional paliativa na oncologia: percepções do paciente e seus familiares. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, p. 57-72, 2016.
- MARIN, F. A. et al. Grade of esophageal cancer and nutritional status impact on postsurgery outcomes. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 47, n. 4, p. 348-353, 2010.

MARÍN CARO, M. M.; LAVIANO, A.; PICHARD, C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. **Clinical Nutrition**, v. 26, n. 3, p. 289-301, 2007.

MASSON, A.C. **Caracterização da atenção nutricional em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade**. 2016. 28 f. Monografia de Conclusão (Especialização em Nutrição) - Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, Ribeirão Preto, 2016.

MATOS, G. D. R.; PULSCHEN, A. C. Qualidade de vida de pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 2, p. 123-129, 2015.

MATSUTOMO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 23-30, 2012.

\_\_\_\_\_.; MANNA, M. C. B. Hospedaria. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 102-107, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIASKOWSKI, C.; DODD, M.; LEE, K. Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. **JNCI Monographs**, v. 2004, n. 32, p. 17-21, 2004.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

NETO, I. G. Modelos de controlo de sintomas. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, p. 43-48, 2006.

O'LEARY-KELLEY, C. M. et al. Nutritional adequacy in patients receiving mechanical ventilation who are fed enterally. **American Journal of Critical Care**, v. 14, n. 3, p. 222-231, 2005.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 212-217, 2010.

OMLIN, A. et al. Nutrition impact symptoms in advanced cancer patients: frequency and specific interventions, a case-control study. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v. 4, n. 1, p. 55-61, 2013.

PAIVA, M. D. E. B. et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 1, p. 48-55, jan./mar. 2010.

PÉREZ, A. J. S. Alimentación del paciente de cáncer en fase avanzada y terminal: consideraciones éticas y recomendaciones prácticas. **Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Ciudad de La Habana, Cuba, 2006.**

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, v. 7, n. 41, p. 107-112, 2005.

PINHO-REIS, C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Nutricias**, Porto, n.15, p. 24-27, 2012.

PINTO, A. C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, p. 358-360, 2012.

POHLMANN, J. B. **Nutrição de pacientes em cuidados paliativos: uma reflexão bioética. 2013.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PRADO, S. D. et al. Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 927-938, 2011.

PROCHET, T. C. et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 96-102, 2012.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013.

RADBRUCH, L.; DOWNING, J. Princípios dos Cuidados Paliativos. In: **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR (IASP), p. 44-56, 2010.

REID, C. Frequency of under-and overfeeding in mechanically ventilated ICU patients: causes and possible consequences. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 19, n. 1, p. 13-22, 2006

ROE, J. W. G.; LESLIE, P.; DRINNAN, M. J. Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. **Palliative Medicine**, v. 21, n. 7, p. 567-574, 2007.

ROSENTAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001

SAKURADA, C. K.; TAQUEMORI, L. Y. Assistência domiciliar. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: CREMESP, p. 120-126, 2008.

SANDERS, D. S.; ANDERSON, A. J.; BARDHAN, K. D. Percutaneous endoscopic gastrostomy: an effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia. **Clinical Medicine**, v. 4, n. 3, p. 235-241, 2004.

SANTOS, C. A. et al. Influência do gênero e do tipo de tratamento nos parâmetros nutricionais de idosos em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 143-150, 2014

SANTOS, M, J. Controle de sintomas em Cuidados Paliativos. In: **Enfermagem em cuidados paliativos**. Florianópolis : Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina : Letra Editorial, p. 34-41, 2016.

SCHIRMER, E. M.; FERRARI, A.; TRINDADE, L. C. T. Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 141-146, 2012.

SERRANO, M. F. M. C. **Cuidar a boca em cuidados paliativos: contributo para a promoção da dignidade humana**. 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

SHAHMORADI, N.; KANDIAH, M.; PENG, L. S. Impact of nutritional status on the quality of life of advanced cancer patients in hospice home care. **Asian Pacific Journal Cancer Prevention**, v. 10, n. 6, p. 1003-1009, 2009.

SILVA, D. A. et al. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2009.

SILVA, M. J. F. N. **Cuidados paliativos: caracterização assistencial e identificação de necessidades num serviço de medicina interna**. 2011. 103 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Porto, 2011.

SILVA, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Dor**, v. 11, n. 4, p. 282-288, 2010.

SILVA FILHO, S. R. B. et al. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 2, p. 126-133, 2010.

SKYPES, N.P. Constipation and diarrhea. In: DOYLE, D.; HANKS, G.W.; MAC DONALD, N. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Oxford: University Press; p. 513-26, 2001.

SOLANO, J. P. C. **Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos: avaliação de necessidades em cuidados paliativos**. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUSA, A. D. A. **Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo**. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Universidade do Porto, Porto, 2012.

TAI, S-Y et al. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 1, p. 32-39, 2016.

TERRA, N. L. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da SORBI**, v. 1, n. 1, p. 12-14, 2013.

TEUNISSEN, S. C. C. M. et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **Journal of pain and symptom management**, v. 34, n. 1, p. 94-104, 2007.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, 2009.

TSAI, J-S. et al. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2010.

VASCONCELOS, M. I. L.; TIRAPÉGUI, J. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 38, n. 1, p. 23-32, 2002.

VIEIRA, A. R; FORTES, R. C. Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 45-56, 2015.

WAITZBERG, D. L.; ALVES, C. C.; TONINHA, R. S. M. M. Incidência da desnutrição em câncer. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu, p. 334-352, 2004.

WHELAN, K. et al. Formula delivery in patients receiving enteral tube feeding on general hospital wards: the impact of nasogastric extubation and diarrhea. **Nutrition**, v. 22, n. 10, p. 1025-1031, 2006.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 334-339, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **National cancer control programmers: policies and managerial**. Geneva: WHO, p.84, 2002.

YAMASHITA, C. C. **Avaliação de pacientes com câncer avançado e seus cuidadores: agrupamento de sintomas, qualidade de vida e sobrecarga**. 2014. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2014.