

Importância da atuação do nutricionista em cuidados paliativos

Importance the nutritionist's performance in palliative care

Lauriane Marques¹, Vivian Cristina Vernilho Salerno¹, Juliana Chioda Ribeiro Dias²

1. Graduandas em Nutrição. Centro Universitário UNIFAFIBE. Bebedouro/SP.

Email: lauriane.marques@hotmail.com; vivi.vernilho@hotmail.com

2. Doutora em Alimentos e Nutrição. Centro Universitário UNIFAFIBE. Bebedouro/SP.

Email.: julianacrdias@yahoo.com.br

Resumo

Os cuidados paliativos (CP) são ações multidisciplinares que têm como principal objetivo proporcionar o alívio dos sintomas, da dor e prevenir o sofrimento do paciente e de seus familiares que se encontram em angústia devido a doença incurável. O objetivo deste trabalho foi discutir sobre a importância da atuação do profissional nutricionista em CP. Foi realizado uma revisão bibliográfica contemplando artigos, livros e manuais, publicados no período de 2008 a 2020, com base no banco de dados Google Acadêmico e em sites de importância na área. Foram encontrados 26 artigos, três manuais e um livro e, após a leitura dos mesmos foram selecionados 14 artigos, dois manuais e o livro para apresentação dos resultados. Verificou-se que o profissional nutricionista faz parte da equipe multidisciplinar em CP e seu papel é realizar intervenção e avaliação nutricional, com um olhar especial à anamnese nutricional, para identificar as queixas apresentadas pelo paciente, as comorbidades associadas, intolerâncias alimentares, consistência e volume da dieta aceita. O planejamento dietético nestes casos deve estar voltado para o alívio dos sintomas, bem estar e conforto do paciente. Portanto, verificou-se neste trabalho que o profissional nutricionista executa um papel primordial entre os membros da equipe de CP, contribuindo com a amenização dos sintomas e consequentemente melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: cuidados paliativos, nutrição, alimentação, avaliação nutricional, oncologia, multidisciplinar, ética.

Abstract

Palliative care (PC) are multidisciplinary actions whose main objective is to provide relief from symptoms, pain and prevent the suffering of patients and their families who are in distress due to an incurable disease. The aim of this study was to discuss the importance of the performance of a nutritionist in PC. A bibliographic review was carried out, including articles, books and manuals, published in the period from 2008 to 2020, based on the Google Scholar database and on important sites in the area. 26 articles were found, three manuals and a book and, after reading them, 14 articles, two manuals and the book were presented to present the results. It was found that the professional nutritionist is part of the multidisciplinary team in PC and its role is to perform intervention and nutritional assessment, with a special look at nutritional anamnesis, to identify the complaints presented by the patient, the associated comorbidities, food intolerances, consistency and volume of the accepted diet. Dietary planning in these cases should be focused on symptom relief, well-being and patient comfort. Therefore, it was found in this work that the professional nutritionist plays a primary role among the members of the PC team, contributing to the easing of symptoms and consequently improving the quality of life of these patients.

Keywords: palliative care, nutrition, food, nutritional assessment, oncology, multidisciplinar, ethic.

Introdução

Cuidados Paliativos (CP) são ações multidisciplinares que têm o objetivo de oferecer ao paciente e sua família melhor qualidade de vida quando a doença não encontra-se em estágio curativo, ou seja, quando não há mais possibilidade de se oferecer o controle ou a cura. Preconiza-se em CP o controle de sintomas, prevenção do sofrimento e alívio da dor, considerando e priorizando sempre os problemas psicossociais e espirituais (ARANTES, 2008; PINTO, 2012).

Os CP são essenciais quando o prognóstico da doença evolui de forma irreversível e o paciente encontra-se na fase final de sua vida, pois oferecem suporte tanto a ele quanto à sua família, para que enfrentem a morte como algo natural (MACIEL, 2008). E quando a incurabilidade se torna uma realidade torna-se necessária a intervenção de uma equipe de profissionais treinados, qualificados, experientes e com boa comunicação para, de forma afetiva, orientar ao paciente a progressão da doença e juntos proporcionar o alívio dos sintomas e do sofrimento (MACIEL, 2008).

Segundo Matsumoto (2012), o paciente possui o direito de ter todas as informações a respeito de sua situação clínica e deve ter autonomia para tomar decisões a respeito de seu tratamento nesta fase. É comum que pacientes em CP apresentem inapetência (ausência de apetite), disgeusia (diminuição do paladar), xerostomia (boca seca), pirose (queimação gástrica), náusea, vômito, disfagia (dificuldade de engolir), diarreia, obstipação, entre outros

sintomas que, se não forem tratados desde o início, podem piorar a qualidade de vida e o conforto a serem oferecidos ao paciente neste período.

A assistência nutricional a ser prestada ao paciente em CP pode contribuir com o alívio destes e outros sintomas além de controlar o estado nutricional e proporcionar qualidade de vida ao paciente, associando-se a um maior tempo de sobrevivência (SILVA et al., 2010) e, neste contexto, o objetivo deste trabalho é discutir sobre a importância da atuação do profissional nutricionista em cuidados paliativos.

Métodos

O estudo consiste em uma revisão de literatura com busca em bases de dados como Google Acadêmico, Scielo, Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Conselho Regional e Federal de Nutricionistas, livros e manuais da área publicados em língua portuguesa no período de 2008 a 2020. Foram usados os seguintes descritores para a pesquisa: cuidados paliativos, oncologia, intervenção nutricional, nutrição e cuidado paliativo.

Revisão de literatura

Conceitos e princípios

A discussão sobre CP iniciou-se na Inglaterra na década de 60 e posteriormente seguiu para o Canadá e Estados Unidos. Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2020) trata-se de um tipo de cuidado

que nos dias de hoje ainda não é suficientemente divulgado e acessível a todos aqueles que deles se beneficiariam, pois faltam respostas por parte dos serviços de saúde para as particularidades e as assistências já prestadas ainda são escassas por falta de serviços e profissionais qualificados.

Os CPs se tornam ativos quando não mais existe resposta ao tratamento ou cura para uma determinada doença e, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) revisada em 2002, são definidos como “abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (ARANTES, 2008). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2020) associa a esta definição o objetivo de propiciar a máxima qualidade de vida possível aos doentes e seus familiares a partir da oferta de cuidados rigorosos que unam ciência e humanismo e que, ao mesmo tempo, sejam criativos em suas intervenções. A prioridade destes cuidados é a dignidade do doente, que se

encontra vulnerável e limitado. Seu foco é promover a aceitação da morte como uma etapa natural da vida, considerando que esta deva ser vivida intensamente até o seu fim.

CP normalmente são prestados por uma equipe multiprofissional, geralmente composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. Estes devem ser profissionais capacitados para prestarem um atendimento harmonioso, unidos por uma mesma causa: promover ao paciente e sua família uma melhor qualidade de vida até o fim da vida com foco não para doença em si e sim ao doente, pois este poderá estar ativo, consciente e orientado (ARANTES, 2008). Desta forma, são um grande desafio para as equipes multidisciplinares, pois a doença segue um fluxo que nem sempre é o esperado pelos profissionais que, em sua maioria, estão aptos somente para trabalhar com estratégias curativas (ARANTES, 2008; PINTO, 2012).

Segundo Neto (2009) e Pinto (2012) os CPs não são baseados em protocolos e sim em princípios que estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 1 – Princípios em Cuidados Paliativos segundo Neto (2009) e Pinto (2012).

Princípio	Descrição	Características
1	Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis	Consideram-se aqui os sintomas apresentados pelo paciente, onde o foco é minimizar o mesmo, dentro dos conhecimentos científicos e específicos, onde é prescrito medicamentos e utilizado abordagens psicossociais e espirituais
2	Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida	Coloca-se em ênfase a vida que ainda pode ser vivida sem banalizar a morte, preservando a vida, ajudando o paciente compreender sua doença, discutir com ele claramente a finitude desta, tomando juntos, decisões importantes para

		viver melhor, com qualidade e dignidade o tempo que lhe resta
3	Não acelerar e nem adiar a morte	O foco é retardar a progressão da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente. São ações reabilitadoras respeitando os limites da doença, tentando evitar possíveis desconfortos e deixar acontecer o processo natural da doença de forma acolhedora e respeitosa
4	Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente	A doença que ameaça a continuidade da vida traz series de perdas, onde o paciente e seus familiares são obrigados a conviver, estas trazem angústias, depressão e desesperança, interferindo claramente na progressão rápida da doença, com mais intensidade. É um aspecto que a equipe deve estar preparada para abordar, pois o psicológico e o espiritual são aspectos fundamentais para o sucesso dos cuidados
5	Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte	Considerar o paciente em todos seus aspectos, e assim, ajudá-lo a enfrentar qualquer dificuldade, sempre lhe proporcionando qualidade de vida e fazendo com que este viva ativamente
6	Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto	Prestar toda assistência não somente ao paciente, mas também aos seus familiares que necessitam de amparo neste momento, sem contar da importância destes ao ajudarem a relatar mais sobre o paciente, como suas dores, angústias, dentre outras situações
7	Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluído acompanhamento no luto	A importância da equipe multiprofissional ao cuidar do paciente (sendo este o sujeito da ação), e juntamente também de seus familiares que o acompanham é essencial, e consequentemente, o amparo as famílias no momento de luto após a perda do ente querido se torna necessário
8	Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença	Auxiliar o paciente em tudo que for necessário, como por exemplo, no controle de sintomas indesejáveis, respeitar seus desejos, a convivência com os familiares, respeitando sempre a autonomia do paciente, fazendo com que este tenha uma melhor qualidade de vida e aumentando seu tempo de sobrevida
9	Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes	A partir do diagnóstico da doença, começar a propiciar o tratamento adequado e não privar o paciente de todos os recursos que podem ser utilizados, desde que sejam levados em conta seus benefícios e malefícios de sua utilização

Ética e cuidados paliativos

A morte é um acontecimento que não controlamos, que não podemos vencer e é algo extremamente desconhecido. As pessoas, ao longo de sua vida, não são preparadas para

enfrentar a morte, apesar de ser algo previsível.

Porém, embora o ciclo natural da vida seja nascer, crescer e morrer, deve-se ressaltar que em CP não há somente idosos, mas também as pessoas mais jovens e até crianças. E a falta de

conhecimento sobre como lidar com o fim da vida, principalmente sabendo que ela pode ser interrompida precocemente ou antes que sua forma natural aconteça, torna a vida de um paciente, da família e da equipe multidisciplinar, ainda mais apavorante (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Para que uma equipe multidisciplinar dê suporte a estes pacientes e seus familiares é preciso compreender as reações e comportamentos que estes poderão apresentar diante da terminalidade da vida. Segundo Kubler-Ross (2014) os pacientes em CP e seus familiares passam por desestruturas psicológicas que apresentam cinco estágios característicos apresentados no quadro abaixo.

Quadro 2: Modelo de sofrimento proposto por Kubler-Ross (2014).

Estágio	Características
Negação e Isolamento	Ocorre na descoberta da doença, onde os pacientes e seus familiares, são informados e orientados quanto o diagnóstico, porém ainda é tudo muito novo e não conseguem compreender muito bem. É um mecanismo de defesa diante da morte. A fase de negação na maioria dos casos, não persiste por muito tempo, irá depender da forma que irão lidar com essa dor.
Raiva	Este estágio está muito relacionado à falta de controle da própria vida. Nesta fase o paciente faz exigências, fica revoltado, quer atenção a todo momento, faz críticas, se sente incompreendido e desrespeitado. Momento que o paciente interrompe sua rotina, devido sua doença. Se revolta contra Deus, transformando momentos de angústia em raiva.
Barganha	Neste estágio geralmente fazem promessas a Deus, fazem acordos para que seja curado, acreditam que se respeitarem e serem obedientes serão recompensados com a cura. O paciente apresenta-se sereno, reflexível e dócil.
Depressão	Paciente em estágio terminal e já tem consciência de sua debilidade física, aceitando a doença. É possível, diante do quadro clínico, perceber o desânimo, o desinteresse, a tristeza e choro frequente do paciente. É preciso deixá-lo à vontade, junto de seus familiares, pois ele está prestes a perder tudo e todos que amam.
Aceitação	Neste estágio o paciente, na maioria das vezes, apresenta-se mais tranquilo, porém permanece em silêncio, não é comunicativo. É o momento onde se torna ainda mais necessário o amparo dos familiares. É preciso conhecer o processo de adoecer e morrer, orientar a importância do cuidado paliativo, para que isto ocorra de forma digna e com uma melhor qualidade de vida. Diante disso o paciente se sentirá amparado e saberá que não foi esquecido, mesmo sabendo que não há mais nada que poderá ser feito por ele, minimizando assim seu sofrimento.

A conduta mais correta diante do diagnóstico do fim da vida está relacionada diretamente com a dignidade do paciente e é preciso respeitar suas decisões. É o momento de refletir de forma crítica, com o paciente, seus

familiares e a equipe multidisciplinar, a conduta a ser tomada, o tratamento que será realizado durante os cuidados paliativos e isso envolve a bioética (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Diante do cenário de CP, em todas as decisões norteadoras a serem prestadas ao paciente deve-se levar em conta os princípios da bioética como beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, a fim de que o paciente seja respeitado e receba um tratamento de qualidade (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009). O princípio da beneficência significa agir em benefício do indivíduo. Já o princípio da autonomia diz respeito ao direito do indivíduo na escolha de suas decisões, sendo este o princípio de maior importância quando se trata de bioética. O princípio da não-maleficência se trata do dever de não causar nenhum mal as pessoas e, por último, o princípio de justiça relata os direitos inerentes ao ser humano, inclusive o direito a saúde com dignidade (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Ainda dentro da bioética em CP discutem-se a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia. A eutanásia é uma ação médica onde destina-se a abreviação da vida, promovendo o óbito dos pacientes em estado grave, em sofrimento devido a doença incurável. São situações onde a morte progressiva está prevista, porém, pela legislação brasileira, é uma infração ética e ilegal que só poderá ser realizada se for voluntária, ou seja se for da vontade e desejo do próprio paciente. A distanásia é o prolongamento exagerado da vida do paciente portador da doença incurável. É uma condição que gera dor, sofrimento e agonia, que adia o processo de morrer e prolonga o sofrimento do paciente. Na

distanásia pouco importa a condição de vida do paciente, pois o tratamento está diretamente focado nas tecnologias. É uma condição considerada desumana, pois acarreta a morte dolorosa e sofrida (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

O grande objetivo do CP é o acompanhamento do paciente já limitado, mantendo sua dignidade e aliviando seu sofrimento e dor no fim da vida. Desta forma, se enquadra na prática da ortotanásia, que significa um processo em que não se acelera e nem retarda o processo de morte do indivíduo, mas que lhe oferece todas as medidas necessárias para que este tenha em seu processo de falecimento dignidade e qualidade de vida. Portanto, esta prática não coloca o paciente em realizações de tratamento que causem mais dor ou sofrimento, mas sim, apenas medidas de alívio de sintomas, respeitando-se o processo natural da morte (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

A equipe de saúde e o paciente em cuidados paliativos

Os CPs contam com vários profissionais da saúde que em conjunto estão aptos, cada um com seus saberes, a prestar os cuidados necessários ao paciente e seus familiares. É essencial que entre eles haja comunicação, prevalecendo a interdisciplinaridade, ou seja, cada um colaborando com sua área de atuação, gerando um conhecimento e enriquecimento mútuo (ARANTES, 2008; PINTO, 2012). A

seguir, serão apresentadas as funções dos integrantes da equipe multiprofissional em CP.

O médico em uma equipe de CP deve tirar o foco da doença, e passar a pensar no paciente em suas dimensões biológicas, psicológicas, familiar, social e espiritual, a fim de proporcionar alívio dos sintomas e garantir uma qualidade de vida até os últimos dias de vida do mesmo. Sendo responsável por realizar diagnósticos clínicos e passar as devidas informações ao paciente e familiares, pois as famílias esperam saber deste o diagnóstico, a proposta terapêutica e o prognóstico da doença (PINTO, 2012). Já o enfermeiro, além de ser o profissional que está mais presente com o paciente prestando assistência destaca-se pela atenção a ser dada aos sinais e sintomas apresentados por ele (ARANTES, 2008).

O atendimento do psicólogo também é fundamental em CP. Seu papel é de escuta ao paciente, buscando entender e elaborar as situações que estão interligadas ao adoecimento. Além disso, este profissional também pode ajudar os familiares a como lidar com a situação e a equipe de CP, através de grupos de reflexão ou direcionamento de comportamentos. Conhecer o paciente, a família e cuidadores em todos os aspectos também é papel do profissional assistente social, que pode auxiliar também nos requisitos necessários para garantia de uma morte digna (PINTO, 2012).

A partir de uma avaliação do estado e da necessidade de cada paciente, um fisioterapeuta pode oferecer um tratamento adequado

utilizando recursos, técnicas e exercícios, aliviando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Orientações como mudanças de decúbitos para evitar úlceras de pressão, manutenção da capacidade de locomoção, da capacidade funcional e massoterapia podem ser opções. Para o alívio de sintomas como odinofagia, disfagia, alterações de comunicação e para manter a deglutição segura e de preferência por via oral, o fonoaudiólogo pode auxiliar o paciente (PINTO, 2012).

Após o diagnóstico os pacientes em CP mudam completamente sua rotina de vida, que fica voltada somente aos tratamentos e consultas, fazendo com que as atividades do cotidiano sejam interrompidas. Isso pode trazer certa frustração ao paciente, o que pode até piorar o processo de adoecimento, devido suas limitações. O terapeuta ocupacional tem, portanto, um papel fundamental de promover atividades, sejam elas artísticas, de lazer, de autocuidado, trazendo aos pacientes as atividades que são significativas em sua vida, estimulando a criatividade, promovendo estímulos sensoriais e cognitivos, garantindo o conforto, através de leitura, músicas, afinal é importante que a vida não perca seus significados até o último momento (PINTO, 2012).

O nutricionista deve oferecer por meio da alimentação conforto e alívio dos sintomas decorrentes da doença ou do tratamento empregado ao paciente em CP. Deve ainda avaliar a melhor forma de administração da

dieta, sempre que possível priorizando a via oral, e evitando medidas que tragam desconforto desnecessário ao paciente. Também deve respeitar quando este opta por não se alimentar mais, respeitando-se seu direito de autonomia (PINTO, 2012).

Além da atenção de profissionais da saúde destacam-se ainda o papel de assistentes espirituais ou como também são conhecidos de Capelão Eucumênico e musicoterapeutas. As crenças religiosas estão diretamente relacionadas no processo de promover qualidade de vida, pois os pacientes se sentem acompanhados por Deus, onde a fé proporciona um bem-estar e a paz de não se sentirem sozinhos até os últimos dias de suas vidas. Quando há um relacionamento pessoal com Deus, onde é possível conhecer seu amor, sua misericórdia e sua graça, a vida não acaba com a morte. Os assistentes espirituais promovem o alívio da dor, de sintomas estressantes, onde é trabalhado o enfrentamento da morte como um processo natural, oferecem um cuidado integral, sendo um atendimento individual diariamente, onde eles irão ouvir, irão fazer reflexões e irão confrontar os desafios do propósito da vida, promovendo o perdão, o acerto de contas, os desejos finais, a cura espiritual e emocional (PINTO, 2012). E a musicoterapia tem mostrado grandes efeitos positivos em CP, vem sendo utilizada para necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais. Promovendo um bem-estar, aliviando a ansiedade, as dores e os sintomas, através da música. É feita uma seleção com o paciente,

familiares e amigos, de músicas que foram significativas durante toda a vida, possibilitando fortalecer relações, comunicações, trazendo conforto e distração, melhorando a qualidade de vida do paciente (LAHAM; AMOROSINO, 2012).

Aspectos nutricionais do cuidado paliativo

A alimentação desempenha papéis importantes na vida do indivíduo e vai além de ser apenas o alimento para suprir as necessidades, pois envolve questões emocionais, simbólicas, culturais, sociais, religiosas e espirituais. O sentido da alimentação para as famílias de pacientes em CP se torna algo muito importante, pois é uma maneira de demonstrar afeto e cuidado por aquele ente querido, sendo muitas vezes entendida pela família que, na recusa em se alimentar, o paciente está precipitando sua própria morte. Porém, sabe-se que pacientes em CP, com o avanço da doença acabam tendo problemas em sua alimentação devido a intercorrências como perda do paladar, dificuldades de deglutição e absorção, até a própria capacidade de se alimentar sozinho. Situações como estas ou mesmo a recusa do paciente em se alimentar geram consequências como a perda de peso e desnutrição (PINHO-REIS, 2012).

É importante deixar claro aos familiares que quando seus entes queridos estão em fase final da vida se torna comum o hábito de recusa alimentar e que deve-se respeitar o desejo do mesmo e tentar lhe oferecer apenas conforto e

qualidade de vida nos últimos dias ou horas que lhes restam, ofertando se pequenas porções de alimentos e que seja de sua preferência ou até mesmo uma palavra amiga e um gesto acolhedor (PINTO, 2012).

Porém, a recusa alimentar somada à evolução da doença e a sintomas como disfagia, odinofagia, digeusia e hipogeusia, estomatite, náuseas, vômitos, dispneia, alterações no odor e paladar entre outros levam frequentemente o paciente em CP à uma situação de desnutrição grave chamada de caquexia, que é considerada uma síndrome que cursa com a perda de peso, com associação de outros fatores como a anorexia que consiste na redução do aporte calórico em decorrência da perda/diminuição do apetite (PINTO, 2012). Desta forma, em CP, é fundamental a utilização de recursos que previnam e ou minimizam estes sintomas, para proporcionar ao paciente conforto e bem-estar. Estes devem ser os objetivos da abordagem dietoterápica no paciente em CP (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2017). Segundo Sampaio, Mattos e Vettori (2017) e Hospital de Câncer de Barretos (2017) as seguintes condutas nutricionais podem ser tomadas para amenizar sintomas e consequentemente que ajudar na melhora da ingestão alimentar pelo paciente em CP:

- **Anorexia/hiporexia e saciedade precoce:** aumentar o fracionamento das refeições e diminuir o volume (de seis a oito refeições ao dia). Acrescentar no cardápio preparações calóricas, coloridas e nutritivas. Aumentar a densidade calórica das refeições (utilizando

alimentos com alta densidade energética, suplementos e/ou módulos de nutrientes). Modificar a consistência da dieta conforme aceitação do paciente; quando necessário.

- **Náuseas/vômitos:** dar preferência a alimentos secos. Aumentar o fracionamento das refeições. Evitar jejum desnecessário por longos períodos. Evitar preparações muito condimentadas, muito quentes ou muito frias. Evitar ingestão de líquidos durante as refeições.

- **Alterações do paladar:** evitar alimentos muito quentes ou muito gelados. Utilizar talheres de plástico, caso os talheres de metal estejam interferindo ainda mais no sabor dos alimentos. Enxaguar a boca antes das refeições. Utilizar temperos como manjeriço, alecrim, orégano e hortelã. Utilizar suplementos que possam aumentar o aporte nutricional. Utilizar suco de limão e laranja.

- **Xerostomia:** modificar a consistência da dieta conforme aceitação do paciente. Incluir no cardápio alimentos umedecidos e macios. Utilizar gotas de limão nas saladas e bebidas. Oferecer líquidos nas refeições, visando facilitar a mastigação e a deglutição. Servir caldos e molhos, sorvetes à base de frutas, ou água de coco. Evitar sal e condimentos em excesso. Mastigar ou chupar gelo feito de água, água de coco, ou suco de frutas. Utilizar ervas aromáticas como tempero nas preparações.

- **Digeusia:** oferecer alimentos da preferência do paciente. Utilizar temperos e condimentos nas preparações. Incluir no cardápio alimentos com sabores mais marcantes. Aumentar o fracionamento.

- **Mucosite:** adaptar a consistência da dieta de acordo com a tolerância do paciente. Evitar alimentos secos, duros e picantes, vegetais crus ou fibrosos. Consumir alimentos mais macios e pastosos. Evitar excesso de condimentos, bebidas e alimento ácidos, temperos abrasivos. Utilizar alimentos à temperatura ambiente ou fria. Diminuir o sal das preparações.

- **Odinofagia:** modificar a consistência da dieta conforme aceitação e a intensidade da dor. Dar preferência a preparações pastosas. Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição (6 a 8 refeições ao dia). Evitar alimentos secos e duros. Utilizar alimentos em temperatura ambiente. Evitar alimentos ácidos que possam irritar a mucosa.

- **Disfagia:** modificar a consistência da dieta conforme a aceitação e de acordo com orientações do fonoaudiólogo. Na vigência de disfagia para líquidos, indicar o uso de espessantes alimentar. Na vigência de disfagia para sólidos, orientar o paciente a ingerir volumes pequenos de líquidos nas refeições, visando facilitar a mastigação e deglutição. Evitar alimentos secos e de dupla consistência (por exemplo: sopa com pedaços de carnes ou legumes). Oferecer alimentos umedecidos, conforme a tolerância.

- **Diarreia:** aumentar o fracionamento das refeições e reduzir o volume. Evitar alimentos flatulentos (couve-flor, couve, feijão, pepino, rabanete, brócolis, entre outros). Restringir (e liberar conforme tolerância) lactose, cafeína, sacarose e glúten. Ingerir líquidos em maior quantidade para não desidratar. Evitar

alimentos laxativos (verduras, cereais integrais, laranja, mamão, ameixa, abacate, queijos gordurosos). Consumir alimentos como maçã, pêra, banana maçã ou prata, goiaba, limão, maracujá, melancia. Fazer preparações com amido de milho, creme de arroz ou arrozina. Considerar o uso de prebióticos e probióticos. Ingerir líquidos isotônicos entre as refeições, em volumes proporcionais às perdas.

- **Constipação intestinal:** oferecer alimentos laxantes ricos em fibras (mamão, ameixa, abacate, leite, cereais integrais, laranja, mamão). Estimular a ingestão hídrica. Aumentar o consumo de verduras e legumes crus. Aumentar atividade física (se possível). Se necessário, utilizar módulo de fibras para atingir a necessidade diária. Evitar alimentos obstipantes (maçã, pera, banana maçã, goiaba, maracujá, melancia).

Além das alternativas citadas acima, no ambiente hospitalar vem sendo utilizadas técnicas gastronômicas que agreguem sabor, aroma, textura e aparência agradáveis com o intuito de estimular o apetite dos pacientes. Além disso, junto as técnicas gastronômicas, cresce o interesse e a prática do *Comfort food*, que traduzido para o português significa comida confortável. Segundo Gimenes- Minasse (2016) *Comfort food* designa toda comida escolhida e consumida com o intuito de proporcionar alívio emocional ou sensação de prazer em situações de fragilidade (como estresse ou melancolia), sendo associada muitas vezes a períodos significativos da vida do indivíduo (como a infância) e/ou à convivência em grupos

considerados significativos por ele (como a família). O emprego deste conceito faz com que ao consumir determinado alimento ou até mesmo bebida os indivíduos consigam se recordar de momentos agradáveis ao qual já vivenciaram, trazendo sensações únicas. Quando Lima, Lamounier e Teixeira (2018) perguntaram aos pacientes em CP qual era o prato/comida que trazia boas lembranças e qual era o sentimento ao se consumir tais preparações as palavras mais mencionadas foram: saudade, amor, alegria, nostalgia, prazer, família, conforto, boas lembranças e aconchego, mostrando este vínculo de memória entre a alimentação e os momentos (TALDIVO, SANTOS, 2016).

Costa e Soares (2016) realizaram um estudo onde entrevistaram pacientes em CP e seus devidos cuidadores para compreender os sentidos e significados da alimentação e nutrição. Encontram que a ideia central e mais frequente, relatada por todos os pacientes e por 78% dos cuidadores foi que “se não comer, não pode viver”. Estes dados demonstram que, para o público avaliado, o sentido de se alimentar é viver. Como o alimento é o instrumento de trabalho do nutricionista, pode-se dizer que sua atuação se torna imprescindível para auxiliar o paciente e seu cuidador a entenderem os motivos da recusa em se alimentar e na tomada de decisões quanto à alimentação. Além disso, o nutricionista participa da seleção de qual via de administração da dieta será a melhor para utilização para que não cause mais sofrimentos ao paciente, respeitando sempre a autonomia do

mesmo (COSTA; SOARES, 2016; PINHO-REIS, 2012).

Papel do nutricionista nos cuidados paliativos

Os nutricionistas colaboram com rotinas de intervenção e avaliação nutricional, aconselhamento nutricional, flexibilização de rotina alimentar, reforçam o diálogo entre pacientes, familiares e a própria equipe com assuntos relacionados à alimentação e nutrição (PINTO; CAMPOS, 2016). O profissional nutricionista é capaz de ajudar em uma evolução favorável do paciente e ainda irá se deparar com muitas discussões e interrogações quanto à conduta dietoterápica, por isso se torna essencial a comunicação não somente com a equipe, mas com os familiares e o próprio paciente das medidas que podem ser tomadas (PINHO-REIS, 2012).

Se torna de extrema valiosidade a avaliação funcional de pacientes em CP, pois esta avaliação permite com que seja estabelecida uma previsão de prognóstico da terminalidade, portanto, existe uma escala que foi adaptada para os CP, conhecida como “*Palliative Performance Scale*” – PPS, que possui 11 tipos de “performance” que variam de 0 a 100 em intervalos 10, devendo ser aplicado aos pacientes diariamente para ajuda na observação da evolução do paciente em decorso da terminalidade, este instrumento avalia o nível de deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e o nível de consciência, se encontra ainda mais benéfico quando associado a sintomas como delírium,

edema e baixa ingestão alimentar (PINTO, 2012).

O primeiro passo para tomada decisões quanto à conduta nutricional a ser prescrita, seja ela via oral, enteral ou parenteral é a avaliação do estado nutricional do paciente. Esta avaliação é realizada a partir de dados antropométricos (peso, altura, pregas, porcentagem de perda de peso), bioquímicos (consulta de dados laboratoriais), clínicos (presença de sinais de carência ou excesso nutricional) e dietéticos (sobre o consumo de alimentos preferências/ intolerâncias alimentares), para posterior obtenção de diagnóstico nutricional e indicação nutricional individualizada (PINHO- REIS, 2012).

Existem alguns instrumentos que auxiliam na determinação do diagnóstico do estado nutricional do paciente de uma maneira mais simplificada, temos como exemplo a Avaliação Subjetiva Global (ASG), Mini Avaliação nutricional (MAN) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) (CARVALHO, et al, 2016).

A ASG é um instrumento de fácil aplicação, método não invasivo e de baixo custo, que permite ao profissional a identificação do casos ou do risco de desnutrição, através de perguntas como: se houve perda de peso nos últimos seis meses, ingestão alimentar em relação ao habitual, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional, exame físico e uma avaliação subjetiva. Já a MAN, é mais destinadas a

pacientes idosos, considera-se neste instrumento questões como a ocorrência de mudanças de peso ou dos níveis de proteína sérica, tendo correlação com morbidade e mortalidade, é de fácil e rápida aplicação. E por último a ASG-PPP que consiste em duas etapas de avaliação, sendo a primeira parte relacionada a perguntas como perda de peso, alteração alimentar, sintomas e alteração da capacidade funcional, e a segunda parte, avalia fatores associados ao diagnóstico, e engloba a avaliação do estado físico, para cada pergunta avaliada existe um escore de 0 a 4 para determinação do estado nutricional, quanto maior este resultado, em consequência, maior se torna o risco de desnutrição em que o paciente se encontre (CARVALHO et al., 2016).

Ressalva-se que a via oral deve ser sempre priorizada por ser a mais fisiológica e desde que o trato gastrointestinal (TGI) do paciente esteja funcionando regularmente. Caso a via oral não seja suficiente para suprir as necessidades nutricionais os suplementos podem ser utilizados, assim como a nutrição enteral ou parenteral em conjunto ou de forma exclusiva, devendo-se considerar questões como: a aceitação da via oral, funcionalidade do TGI, expectativa de vida, desidratação e grau de desnutrição energético-proteica. A nutrição enteral é utilizada quando as necessidades nutricionais na estão sendo atendidas pela via oral, deve-se avaliar o tempo de sobrevivência do paciente, se seu TGI se encontra em perfeita funcionalidade para utilização de tal suporte nutricional. A nutrição parenteral é utilizada em

casos onde o TGI do paciente não está funcional e nem capaz de usufruir de nutrição enteral, sendo esta terapia nutricional a menos utilizada por ser menos fisiológica e possuir custos mais elevados (PINTO, 2012; PINHO-REIS, 2012).

Considerações finais

A equipe de CP objetiva humanizar a relação profissional de saúde, paciente e familiares desde o início do diagnóstico e promover dignidade de vida diante de sua terminalidade. Verificou-se neste trabalho que o profissional nutricionista executa um papel primordial entre os membros da equipe de CP, modificando a dieta a ser oferecida para redução de diversos efeitos colaterais e sintomas provocados pelo tratamento e pela doença, contribuindo assim para a melhora da qualidade de vida destes pacientes. Destaca-se com este estudo a necessidade de formação de profissionais de saúde na área e de mais estudos que demonstrem a contribuição do profissional nutricionista em uma equipe de CP.

Referências

ARANTES, A. C. L. Q. et al. Definição e Princípios. In: MACIEL, M. G. S. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 15-32.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. O que são Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>. Acesso em: 01.Março.2020.

BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.1875-1882, 2009.

CARVALHO, A. P. P. F. et al. **Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado**. Goiânia: Gráfica UFG, 2016, volume 2, p. 1-171.

COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.62, n.3, p.215-224, 2016.

GIMENES-MINASSE, M. H. S. G. Comfort food: sobre conceitos e principais características. **Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade**, São Paulo, v.4, n.2, p.92-102, 2016.

LAHAM, C. F.; AMOROSINO, C. Musicoterapia e cuidados paliativos: uma revisão teórica. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano. 15, n.13, p.39-52, 2012.

LIMA, V. A. B.; LAMOUNIER, M. A. T.; TEIXEIRA, N. C. Comfortfood: Alimentação emocional e os benefícios de uma doce lembrança. **Revista Pensar Gastronomia**, Belo Horizonte, v.4, n.2, p.1-19, 2018.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Manual de apoio - Nutrição Clínica**. Hospital do Câncer de Barretos: Fundação Pio XII, 2017, p.1-92.

NAVARRO, A. M. et al. Alimentação e nutrição em Cuidados Paliativos. In: SAMPAIO MATTOS, C. H. P.; VETTORI, J. C. **Atualidades em alimentação e nutrição hospitalar**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.321-332.

NETO, O, A. et al. Cuidados Paliativos: princípios gerais. In: MACIEL, M. G.S. **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A.N. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista bioética**. Brasília, v.22, n.3, p.550-60, 2014.

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

PINTO, A. C. et al. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: MACIEL, M. G. S. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.31-41.

PINTO, A. C. et al. Caquexia e anorexia. In: PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.213-223.

PINTO, A. C. et al. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: MATSUMOTO, D. Y. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.23-30.

PINTO, A. C. et al. O papel do nutricionista na equipe. In: FERNANDES, E. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.345-352.

PINTO, I. F.; CAMPOS, C. J. G. Os nutricionistas e os

cuidados paliativos. **ACTA Portuguesa de nutrição**, Porto, v.7, p.40-43, 2016.

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

TALDIVO, B. P.; SANTOS, M. C. T. Gastronomia Hospitalar. **Revista Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, v.13, n.1, p.1-8, 2016.

Recebido em 29 de janeiro de 2021

Aceito em 17 de abril de 2021