

# A INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM FIM DE VIDA: UMA DECISÃO PARTILHADA

Soares D<sup>I</sup>, Domingues C<sup>II</sup>, Garcia R<sup>IV</sup>, Dourado M<sup>LI,III</sup>

## Resumo

*Introdução: A prevalência das doenças crónicas, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população requerem a reorganização dos sistemas de saúde. Os cuidados paliativos desenvolveram-se para doentes com patologias crónicas, avançadas e progressivas, fora das possibilidades de cura, com foco no controlo de sintomas, no conforto e na qualidade de vida. A nutrição assume um papel fulcral no dia-a-dia dos indivíduos, e em cuidados paliativos a sua importância destaca-se pelas questões clínicas e éticas, devendo ser adaptada a cada caso, de acordo com a evolução da doença, mostrando-se de evidente importância perceber qual o seu papel nesta área do cuidado ao doente.*

*Objetivos: avaliar e fazer uma reflexão crítica sobre a nutrição em cuidados paliativos e a intervenção nutricional em fim de vida.*

*Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos originais e de revisão, sobre nutrição e cuidados paliativos, em Português e Inglês de 2000 a 2016, em bases de dados reconhecidas para o efeito.*

*Discussão e conclusão: nos doentes em cuidados paliativos, a nutrição deve ser um meio para obter melhor qualidade de vida, devendo ser adaptada a cada situação particular, pelo que a definição de um plano nutricional individualizado é fundamental. Para otimizar esta intervenção, as decisões deverão ser tomadas conjuntamente pela equipa de saúde, doente e família, respeitando os desejos do doente, e os objetivos traçados, maximizando os benefícios e prevenindo as complicações.*

*Palavras-chave:*

*Suporte nutricional; Cuidados paliativos; Cuidado em fim de vida; Suspensão de tratamento.*

## Abstract

*Background: The prevalence of chronic disease, the increased life expectancy and the ageing of the populations have been changing the organization of health systems. Therefore, palliative care was designed for patients with chronic advanced disease and life threatening disease in order to control symptoms and to promote quality of life. Nutrition plays a key role in the daily life of any individual and in the Palliative Care its importance stands out by clinical and ethical issues that it raises.*

*Aim: This literature review pretends to make a critical reflection on the current knowledge about nutrition in palliative care and their physiological, social and psychological significance.*

*Material and Methods: For this, a bibliographic research has been done, through original and review articles in the database, published in Portuguese and English, between 2000 and 2016.*

*Discussion and Conclusion: In advanced disease, namely in patients in palliative care or in End-of-Life Care, nutrition must be understood as an important matter to improve quality of life being of great importance to design a personalized nutritional plan. Thus, all decisions should be taken by the healthcare team, the patient and family, in order to respect the patient's wishes and goals, maximizing its benefits and preventing the arise of complications.*

*Keywords:*

*Nutritional Support; Palliative care; End of Life Care; Withholding or withdrawing treatment.*

<sup>I</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), Coimbra, Portugal.

<sup>II</sup> Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Coimbra, Portugal.

<sup>III</sup> Coordenadora Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, FMUC, Coimbra, Portugal.

<sup>IV</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

mdourado@fmed.uc.pt

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são uma preocupação de saúde pública. Se anteriormente eram as doenças agudas, quase sempre infecciosas, as principais causas de morte, hoje, devido à melhoria do contexto socioeconômico e dos avanços da medicina, as doenças oncológicas e as doenças crônicas, degenerativas ou de outra natureza, assumem-se como as principais causas de morte<sup>1</sup>. Por serem doenças prolongadas associadas a sintomas que necessitam de monitorização e tratamento permanente, acarretam grande sofrimento e impacto socioeconômico<sup>2</sup>.

O aumento das doenças crônicas está diretamente relacionado com a alteração dos estilos de vida e com o envelhecimento das populações. Este deve-se em grande medida ao aumento da esperança de vida à nascença e à baixa natalidade, o que se repercute na necessidade de reorganizar os serviços de saúde e também na redistribuição dos recursos disponíveis<sup>3,4</sup>. Em consequência, o aparecimento de cuidados humanizados e específicos que assegurassem o alívio dos sintomas, promovendo o bem-estar e o conforto, emergiram como resposta para um número cada vez maior de doentes em situação de intenso sofrimento. Neste contexto iniciou-se em Inglaterra, na década de 60 do século XX, por iniciativa de Cicely Saunders, o movimento que conduziu ao desenvolvimento dos modernos Cuidados Paliativos (CP)<sup>5</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define CP como “uma abordagem que visa melhorar a Qualidade de Vida (QdV) dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”<sup>6,7</sup>. Associando-se ao tratamento curativo, os CP orientam esforços no sentido de suprir as necessidades individuais de cada doente, visto no seu todo como ser biológico, social, espiritual e psicológico, considerando-se um verdadeiro direito humano<sup>8,9</sup>.

Tradicionalmente, os CP aplicavam-se apenas quando a morte era iminente. Atualmente defende-se que devem ser oferecidos em fase inicial de uma doença que se prevê vir a ser progressiva e incurável, permitindo que os doentes usufruam destes cuidados por mais tempo, mas com qualidade com vantagens claras quer no controlo eficaz dos sintomas, associados à doença quer, em simultâneo, no maior conforto do doente, o que pode contribuir para acrescentar mais algum tempo à vida que resta e, assim, possibilitar concluir projetos e, deste modo, que o doente possa “concluir” a sua vida<sup>10-13</sup>.

Os doentes em estado avançado ou terminal apresentam um quadro sintomático complexo com períodos de estabilização alternados com períodos de instabilidade e agravamento. Na evolução da doença os sintomas, como a dor, a dispneia, a xerostomia e a mucosite entre outros, tornam-se progressivamente mais difíceis de tratar, controlar e ser suportados pelo doente<sup>14</sup>. Náuseas, vômitos, disgeusia, saciedade precoce e anorexia são sintomas frequentes em doentes em CP, especialmente nos que sofrem de cancro em fases avançadas, e estão quase sempre associados a alterações dos padrões alimentares impostas pela doença ou pelos tratamentos, o que acaba por condicionar a ingestão insuficiente de alimentos<sup>14-16</sup>. Assim, traçar um plano de cuidado nutricional individualizado, considerando os aspetos fisiológicos, patológicos, psicológicos e sociais do doente, e o recurso a medidas que melhorem a ingestão, deve ser parte integrante da prática assistencial<sup>17-20</sup>.

A nutrição é considerada um direito humano básico, imprescindível à vida. Além da função fisiológica, indispensável à manutenção da homeostasia, tem na sua essência um papel afetivo/emocional, social e psicológico<sup>21,22</sup>. O cuidado nutricional está diretamente associado à promoção da saúde e prevenção da doença garantindo a ingestão alimentar de acordo com as necessidades. Nos doentes em CP o cuidado nutricional pode contribuir para melhorar a QdV e prevenir os efeitos adversos associados aos tratamentos<sup>21,23</sup>. De acordo com a evolução da doença, a alimentação e o suporte nutricional em CP têm de ser adaptados às circunstâncias do momento, numa lógica de constante monitorização das necessidades. Desta forma, é de evidente importância perceber qual o papel da nutrição, nesta área do cuidado ao doente.

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão foi fazer uma reflexão crítica sobre a nutrição e a intervenção nutricional em cuidados paliativos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização desta revisão fez-se uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos em inglês e português, publicados entre os anos 2000 e 2016, com resumo disponível, na base de dados Medline (através da PubMed) e no motor de busca *Google scholar*. Utilizaram-se as palavras – chave (termos MeSH): “Palliative care”, “Nutritional Support”, “Terminal Care”, “Withholding treatment”. Consultaram-se também capítulos de livros e sítios da Internet de referência na área. Optou-se ainda pela consulta de publicações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Base de Dados sobre Portugal Contemporâneo (PORDATA), *National Cancer Institute*, *National Institute for Health and Care Excellence*, *European Palliative Care Research Collaborative* e *General Medical Council*.

A seleção dos artigos baseou-se na leitura dos seus resumos. Excluíram-se os duplicados e os artigos que não abordavam o tema, que não estavam escritos em inglês ou português, bem como publicações anteriores a 2000. Seguidamente foi feita a leitura integral dos artigos originais e de revisão selecionados.

## NUTRIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

### Importância da Alimentação para a Vida

A alimentação, no ser humano, é mais do que um meio de sobrevivência. Na cultura ocidental, a refeição é um momento de reunião e reencontro familiar, um ritual cultural de partilha e de prazer, que ultrapassa a sua função fisiológica para ser também um momento de socialização. Alguém que deixa de se alimentar é alguém que, física ou psicologicamente, não se encontra bem, que se isola do mundo, afastando-se das relações interpessoais. Por essa razão, o ato de comer e beber pode tornar-se uma fonte de ansiedade para os doentes e para a sua família. A perda de peso associada à doença pode ter como consequências problemas de autoestima, que podem levar à alteração da identidade, com o decorrer e o agravamento da doença. Se por um lado a anorexia e a perda de peso são fontes de preocupação, a própria alimentação pode ser causa de diversas perturbações, nomeadamente diarreia, náuseas e vômitos, que diminuem o bem-estar do doente<sup>23,24</sup>.

Desde a antiguidade que é perceptível que a alimentação pode ser vista como medida terapêutica. Hipócrates (460-370 a.c.) afirmou “*Que o teu alimento seja a medicina e a medicina o teu alimento*”. No entanto, a esfera sociocultural leva a que a aceitação desta realidade seja mais difícil. Em CP, muito particularmente em fim de vida, a nutrição e a hidratação, têm objetivos que vão além dos que são traçados noutros momentos da vida. Devem ser considerados medidas de cuidado médico. Continuar a considerá-los como imprescindíveis à sobrevivência e com os mesmos valores de comunhão social altera o seu objetivo, o que torna complicado separar as dimensões social e afetiva da nutrição e da hidratação do que é o seu papel enquanto medida de terapêutica médica, dificultando também que se apliquem, a si, as mesmas medidas que se aplicam a qualquer outra estratégia terapêutica<sup>25</sup>.

A intervenção nutricional (IN) em CP e em Fim de Vida tem objetivos específicos, que vão além dos traçados em qualquer outro momento. Estes devem ser definidos com base nas necessidades do doente, tendo em conta a sobrevivência expectável, a fase da doença e o ambiente sociocultural, de forma a proporcionar conforto, controlando a sintomatologia e maximizando a capacidade funcional do indivíduo<sup>26</sup>.

A nutrição em CP inclui diversas estratégias, como a alimentação por via oral e a nutrição artificial entérica ou parentérica às quais se reconhecem vantagens e desvantagens, como as apresentadas na tabela 1. A opção deve ser adequada na composição e no meio utilizado para a prover, e desta forma ir ao encontro dos gostos do doente e do seu bem-estar físico e psicológico<sup>27</sup>.

**Tabela 1 — Vantagens e Desvantagens dos Principais Tipos de Estratégias Nutricionais**

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Alimentação Oral	<p>Possibilita alimentação com toda a sua significância</p> <p>Permite noção de autonomia</p> <p>Estratégia nutricional não invasiva</p> <p>Baixo custo</p>	<p>Podem ocorrer acidentes (aspiração de alimentos; risco de pneumonia de aspiração)</p> <p>Desconforto abdominal; deglutições difíceis; disfagia; náuseas, que podem diminuir consideravelmente a qualidade de vida</p>
Suplementos Oraís	<p>Permitem noção de autonomia</p> <p>Aumentam o aporte nutritivo</p> <p>Associam-se a melhoria da qualidade de vida, podendo melhorar a performance status</p> <p>Podem ser adaptados às necessidades de cada doente</p> <p>Estratégia nutricional não invasiva</p> <p>Custo</p>	<p>Podem ser mal tolerados</p> <p>Necessário que sejam consumidos em quantidade adequada para obter o efeito desejado: melhorar o status nutricional</p> <p>Composições não uniforme: difere em fibras, vitaminas, minerais, eletrólitos, etc: obrigatoriedade de escolha adequada ao caso concreto</p> <p>Risco de reações adversas e interações medicamentosas.</p> <p>Indispensável acompanhamento por nutricionista ou dietista</p>
Nutrição Artificial	<p>Permite a nutrição de doentes com impossibilidade de alimentação oral</p> <p>Associa-se à prevenção da deterioração nutricional e à melhoria da capacidade funcional</p> <p>Predis põe a um aumento da esperança média de vida, quando numa fase não terminal</p> <p>Se tolerada, leva a melhoria da qualidade de vida quando numa fase não terminal</p> <p>Pode diminuir sensação de sede ou fome</p> <p>Pode diminuir a sensação de cansaço</p> <p>Pode diminuir a perda ponderal</p>	<p>Pode induzir falsas expectativas e interferir com aceitação do estado terminal</p> <p>Estratégia nutricional invasiva</p> <p>Aumento do tempo de internamento hospitalar</p> <p>Necessidade de análises periódicas</p> <p>Associada a complicações, nomeadamente metabólicas, mecânicas, gastrointestinais</p> <p>Possibilidade de contaminação da zona de punctura e do cateter e subsequente infeção</p> <p>Pode prolongar tempo de vida sem qualidade</p> <p>Não há evidência de que a nutrição artificial em fim de vida tenha vantagens</p>
Hidratação artificial	<p>Associa-se à prevenção da deterioração nutricional</p> <p>Oferece conforto</p> <p>Previne complicações, nomeadamente as associadas a fármacos</p>	<p>Não é consensual que previna sintomas associados à desidratação</p> <p>Associa-se a prolongamento do tempo de vida, nem sempre com qualidade</p> <p>Dolorosa e intrusiva</p> <p>Complicações relacionadas com o cateter como infeção localizada, celulite, dor e possíveis tromboflebites</p> <p>Complicações relacionadas com a própria hidratação como retenção de fluídos, ascite, edema e aumento das secreções pulmonares</p> <p>Maior produção urinária e, portanto, maior necessidade de auxílios para urinar, como algália</p> <p>Impede a produção de cetonas e outros metabolitos que agem como anestésicos naturais, diminuindo o sofrimento e o nível de consciência</p>

Adaptado e modificado de Gillespie L et al, 2014.

A tomada de decisão quanto ao início, continuação, ou suspensão do suporte nutricional considerando as vantagens para o doente, área onde a prova científica é ainda escassa, deve assentar em fatores que atendam à QdV e desejos do doente, o que envolve questões éticas e legais, como resumidamente se apresenta na tabela 2. Nesta, são apresentados alguns dos aspetos a ter em consideração durante o processo de tomada de decisão quanto ao suporte nutricional de doentes em cuidados paliativos. Os desejos e vontades do doente assim como o impacto na QdV devem ser considerados<sup>13,32</sup>.

**Tabela 2 — Tomada de decisão sobre o suporte nutricional**

<b>Aspetos a ter em consideração na tomada de decisão sobre o início de suporte nutricional</b>
Quais são os desejos do doente? (Princípio da autonomia)
A decisão é tomada com consentimento informado, no caso de o doente ser competente?
No caso de o doente ser incapaz, a decisão deve ser tomada pelo procurador de cuidados de saúde. Estão a ser respeitadas as preferências demonstradas anteriormente pelo doente?
Quais os benefícios da estratégia nutricional a ser aplicada? (Princípio da beneficência)
Quais os efeitos adversos e complicações da estratégia nutricional? (Princípio da não maleficência)
Os potenciais benefícios da estratégia a aplicar sobrepõem-se e são nitidamente superiores aos efeitos adversos, riscos e complicações?
Qual o prognóstico médico do doente e qual o impacto da estratégia nutricional no prognóstico do doente?
Qual o impacto da estratégia nutricional na qualidade de vida do doente?
Está a ser respeitada a legislação existente?
Qual o impacto económico da estratégia nutricional?
Foram explicadas ao doente, família e cuidadores, todas as questões referentes à nutrição e hidratação e foram esclarecidas todas as dúvidas?
O plano nutricional vai de encontro às necessidades e especificidades do doente?
A equipa de saúde funciona interdisciplinarmente com trabalho coordenado e objetivos comuns?

Autoria do próprio. Fontes de informação: Chow et al., 2016; Cotogni, 2016; Benarroz et al., 2009; Scolapio et al., 2002; Boelens et al., 2014.

Devem ser considerados todos os benefícios e riscos num balanço entre os objetivos traçados para o doente, a realidade clínica da sua situação e os desejos do doente e da família<sup>18,19,28</sup>. Na tabela 3 apresentam-se os principais fatores a favor e contra a suspensão do suporte nutricional. Esta decisão requer a cuidadosa ponderação sobre os benefícios e os riscos, num balanço equilibrado entre objetivos do e para o doente, os seus desejos e a realidade clínica. Para assumir esta decisão sem dúvida que a boa comunicação entre todos os envolvidos no cuidado ao doente é da maior importância<sup>28</sup>.

Tabela 3 — Fatores a favor e contra a decisão de suspender ou manter o suporte nutricional

<b>Suspensão do Suporte Nutricional</b>	
<b>Fatores a Favor da suspensão</b>	<b>Fatores Contra a suspensão</b>
– A nutrição e hidratação são vistas como terapêuticas	– Nutrição e hidratação são vistas como cuidado básico essencial
– Prolongamento do tempo de vida sem qualidade	– Efeitos adversos da suspensão do suporte nutricional
– Incapacidade de fornecer o conforto desejado	– Pode desencadear ansiedade e sofrimento no doente e sua família. O impacto psicológico e físico, resultante, diminuiu a qualidade de vida
– Existência de efeitos adversos e complicações das medidas de aplicação nutricional	– Ideia de que antecipa a morte
– Encargo financeiro associado à terapêutica nutricional	– Valores culturais e crenças do doente e família
– Futilidade terapêutica	– Sensação de abandono e desistência associadas
– A suspensão da nutrição e hidratação pode funcionar como analgésico. Morte é menos dolorosa, mais confortável e pacífica	– Alguns médicos consideram ser uma atitude eticamente reprovável
– Manter a nutrição ou hidratação artificial é interferir com o curso natural da morte	– Alguns médicos consideram que perdem a autoridade nas decisões, quando o doente pede a suspensão, exercendo o seu direito à autonomia
– A diminuição dos sintomas, sobretudo os relacionados com a hidratação (congestão pulmonar, tosse, retenção de líquidos, etc)	– Falta de formação legal e ética por parte dos profissionais de saúde – medo de repercussões
– Os sintomas associados à desidratação são facilmente controláveis	

Autoria do próprio. Fontes de informação: Piot et al., 2015; Farhangfar et al., 2014; Dev et al., 2012; Geppert et al., 2010; Oh et al., 2007; Ferber et. al, 2006.

### Abordagem Nutricional em Cuidados Paliativos

O plano nutricional é uma parte importante do cuidado ao doente paliativo, na medida em que contribui para o alívio sintomático, melhora a interação social e a QdV. É importante que toda a equipa, e não apenas nutricionistas ou/e dietistas, seja envolvida nesta tarefa, em que se pretende inicialmente avaliar o estado nutricional do doente para traçar um plano de acordo com as suas necessidades. Este plano, além de dar resposta às necessidades nutricionais, de acordo com as necessidades individuais, seguindo um plano bem estruturado, servirá também para orientar, as avaliações que sejam necessárias ao longa da evolução, servindo de suporte à tomada de decisão<sup>23,28</sup>.

Para a identificação do risco nutricional e avaliação nutricional estão disponíveis diversos instrumentos como o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) e o *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), que abrangem a cognição, avaliação da antropometria e a perceção da saúde, e que permitem a identificação de doentes desnutridos<sup>29,30</sup>. Outros como o *Nutritional Risk Index* (NRI) e o *Geriatric Nutritional Risk Index* (GNRI) abrangem parâmetros clínicos e bioquímicos, o *Patient Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA) e o *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002), que abrangem a avaliação subjetiva do doente, a história clínica e a gravidade da doença, são também instrumentos de medida a ter em conta<sup>29,30</sup>.

A avaliação nutricional deverá permitir identificar as necessidades específicas do doente. Esta avaliação se, e quando, possível deverá consistir na história clínica e exame físico completos, medidas antropométricas, dados laboratoriais e outros exames complementares necessários, dependendo do estado clínico do doente, fazendo a melhor avaliação possível<sup>31</sup>. Devem ainda ser consideradas as preferências religiosas, culturais, morais e os desejos do doente. Genericamente, desta forma, é possível elaborar um plano nutricional individualizado e adequado, não só em termos das necessidades específicas, no que se refere a necessidades calóricas, proteicas, lipídicas e hidratos de carbono, como também no que toca ao prognóstico e tempo expectável de vida. Em fases

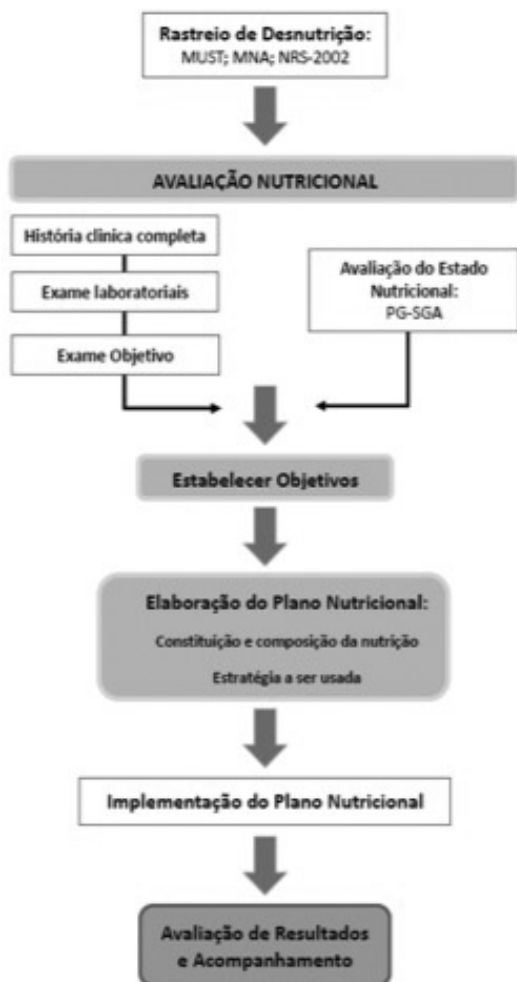


muito avançadas de doença, a degradação física, emocional e por vezes até cognitiva, pode tornar difícil ou mesmo impossível alcançar uma adequação nutricional. Nestas fases avançadas, e em fim de vida, as necessidades nutricionais devem ser estabelecidas de acordo com a aceitação ou com a tolerância do doente<sup>23,32</sup>.

O controlo sintomático e o conforto são aspetos a ter em consideração aquando do delineamento do plano nutricional. Progressivamente, têm surgido provas científicas que ajudam a determinar quais as indicações dos diferentes tipos de estratégias de IN em CP, bem como as suas vantagens, efeitos adversos e complicações. Todavia, há bastante dificuldade em realizar estudos, nomeadamente estudos controlados randomizados, pelas implicações éticas que acarretam, principalmente em indivíduos em final de vida. A avaliação dos resultados do plano traçado permite à equipa de saúde saber se são necessárias alterações e se os objetivos estão a ser cumpridos. Este acompanhamento deve manter-se durante toda a evolução da doença, de forma dinâmica, ou seja, de modo a permitir alterações e ajustes sempre que necessário<sup>28</sup>.

Assim, com base no descrito anteriormente, apresentamos na figura 1, uma proposta de avaliação com vista a traçar um plano nutricional, que poderá constituir um instrumento de apoio aos profissionais que cuidam de doentes em CP.

Figura 1 — Avaliação Nutricional. Proposta para estabelecer um plano nutricional, para doente em cuidados paliativos



MNA- Mini Nutritional Assessment; MUST- Malnutrition Universal Screening Tool; NRI- Nutritional Risk Index; GNRI- Geriatric Nutritional Risk Index; PG-SGA –Patient Generated Subjective Global Assessment; NRS-2002- Nutritional Risk Screening.

Autoria do próprio. Fontes de informação: Orrevall Y, 2015; Veríssimo M, 2014; Gillespie L et al, 2014; Raslan M et al, 2011.

De acordo com esta proposta, a avaliação do estado nutricional dos doentes em cuidados paliativos deve ser a mais completa possível e abranger não só as necessidades nutricionais específicas, mas também os aspetos pessoais, religiosos espirituais e outros, recolhidos durante a história clínica. Depois de traçados os objetivos e de implementado o plano nutricional é fundamental monitorizar e avaliar os resultados. Esta proposta poderá constituir uma boa ferramenta de ajuda aos profissionais na elaboração do plano nutricional.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A nutrição de doentes com doença em fase avançada em CP, bem como a estratégia de aplicação da mesma é motivo de grande preocupação entre os profissionais de saúde. Pela sua grande influência na QdV, o cuidado nutricional deve ser parte integrante dos CP, desde o momento do diagnóstico até ao final da vida. É importante realizar uma avaliação global do doente, no sentido de perceber qual o melhor plano a ser traçado e permitir que a equipa de saúde estabeleça objetivos nutricionais que devem ser acordados com o doente e a família. Estes objetivos devem ser revistos e analisados ao longo do processo da doença, de forma a permitir a adaptação dos mesmos à nova realidade. Dessa forma maximiza-se o potencial do cuidado nutricional principalmente no seu objetivo principal que é a QdV. À medida que a doença avança, as necessidades do doente vão-se modificando no que respeita ao tipo de estratégia nutricional a usar, composição, medidas de otimização do conforto e medidas de controlo sintomático. Neste sentido, são recomendadas algumas medidas que melhoram a ingestão oral tais como: dar pequenas quantidades de comida de cada vez, fazer pequenas refeições intercaladas, fazer as refeições na companhia de outras pessoas e torná-las o mais nutritivas possível, recorrendo por exemplo à adição de queijo ralado, molhos e batatas assim como à adição de leite em pó a bebidas e outros alimentos. Para reforçar as refeições no conteúdo em açúcares e gorduras recomenda-se a ingestão de iogurtes, leite gordo e bebidas lácteas; a adição de manteiga ou margarida, maionese, natas, creme de queijo, açúcar, marmelada e mel aos alimentos, entre outras medidas de reforço<sup>32</sup>.

O objetivo principal é o de proporcionar ao doente uma boa QdV ao mesmo tempo que se procura atingir, sempre que possível, a capacidade funcional máxima. Para isso o aconselhamento e o cuidado nutricional devem ser direcionados às particularidades do doente, respeitando a sua vontade.

Alertamos para a necessidade de serem realizados mais estudos sobre orientação nutricional em CP, uma vez que os que existem são escassos e pouco robustos. Estes estudos têm de ser facilmente replicáveis e produzir orientações que ajudem a estabelecer de forma adequada a IN específica.

A alimentação oral é sempre preferível à nutrição artificial, não só porque é mais fisiológica, mas também porque tem menos complicações associadas. Podem ser tomadas medidas para aumentar o consumo calórico, de forma a contrariar a perda de peso, ou ainda considerar a adição de suplementos nutricionais, orexígenos ou imunonutrientes<sup>33</sup>. No entanto, também nesta área são necessários mais estudos que permitam perceber a utilidade real e a aplicabilidade dos suplementos nutricionais na nutrição de doentes em CP<sup>27,34</sup>.

A nutrição artificial é uma estratégia que pode ser usada quando a alimentação oral deixa de ser possível, para repor as necessidades do doente, podendo estar associada ao aumento da QdV, em doentes em fase não terminal<sup>22,35,36</sup>. No entanto, este facto pode iludir a família e o doente, criando falsas expectativas no que se refere à recuperação e ao tempo de vida. Por estar associada a diversas complicações, e à necessidade de cuidados personalizados e especializados, pode aumentar o tempo de internamento, pelo que é necessário ponderar sobre a sua utilização.

No respeitante à nutrição artificial em fase terminal não há provas científicas que demonstrem a sua utilidade no que se refere ao aumento do tempo de vida ou mesmo à melhoria da QdV. Contudo, apesar de nesta fase se dever privilegiar a QdV do doente, através de medidas de controlo sintomático e de conforto, muitas vezes recorre-se à nutrição artificial por razões culturais ou religiosas<sup>37</sup>.

A nutrição artificial entérica e parentérica diferem bastante no que toca às suas vantagens e desvantagens. A nutrição entérica está associada a um menor risco de infeções, menor custo e maior taxa de sobrevivência. Além disso, assemelha-se mais às formas de alimentação fisiológica. Porém, apesar das vantagens, a nutrição



parentérica parece ser privilegiada em detrimento da nutrição entérica pelos doentes, devido ao desconforto que esta última pode provocar<sup>36,38-40</sup>.

Muitos são os dilemas éticos que envolvem a nutrição em CP. Iniciar, continuar, ou suspender a alimentação não é uma decisão meramente clínica, pelo impacto psicológico e sociocultural envolvido ou associado. A suspensão da nutrição é um tema de grande controvérsia clínica e ética<sup>28</sup>. Para alguns a nutrição e a hidratação são tidas como cuidado essencial, com impacto positivo no estado emocional e psicológico do doente e da família. Para outros é, frequentemente, apenas uma questão fútil que leva ao prolongamento da vida sem qualidade. A suspensão definitiva da nutrição é ainda considerada uma medida reprovável do ponto de vista ético, muitas vezes associada à falta de formação ética e legal dos profissionais de saúde<sup>41,42</sup>. Contudo, há que considerar os efeitos adversos associados à mesma, que muitas vezes prejudicam significativamente a QdV, não compensando os seus benefícios. Nestas escolhas, mais importante que os benefícios para o doente serão os desejos do mesmo. Deve ser ouvida a sua opinião, conhecer quais os seus valores e crenças e qual a sua perceção relativamente às opções apresentadas. É importante que sejam comparados os benefícios e os malefícios, sendo fundamental que as vantagens superem as desvantagens, numa aposta forte na melhoria da QdV. Assim, a decisão que vier a ser tomada sê-lo-á de acordo com os pressupostos éticos e legais e tendo em conta o impacto económico e sobretudo colocando no centro da decisão o doente e família<sup>28</sup>.

Aos profissionais de saúde exige-se responsabilidade e dedicação, sendo imprescindível que tenham formação específica em cuidados continuados e paliativos<sup>43</sup>. Uma melhor qualificação dos profissionais certamente levará a uma melhor qualidade dos serviços prestados, nomeadamente em termos da qualidade do plano nutricional traçado e das estratégias aplicadas. O profissional deve ser criativo nas medidas aplicadas e sensível quanto às preferências do doente, de forma a ajustar o plano e a encontrar estratégias que facilitem a nutrição. Mais ainda, é importante o desenvolvimento de competências facilitadoras da aceitação das medidas de cuidado por parte dos doentes, designadamente através da criação de uma forma de participação simbólica nas refeições. Estas e outras medidas ajudariam o doente e a família a lidar com todos os problemas e emoções provocadas pela suspensão da alimentação, quando tal viesse a demonstrar ser a melhor opção.

Não menos importante será a aposta na formação da população em geral, e cuidadores informais, que abordando todas as questões relacionadas com o final de vida, esclareça as conceções erradas e mitos acerca destas questões, que tanto debate público provocam.

A discussão de todas as questões que abordam o suporte nutricional – sintomas, tipos de estratégia nutricional, indicações, efeitos adversos, complicações – deve ser tida tanto com o doente como com os seus familiares ou cuidadores. Depois disso, deve ser entendido como fator primordial a melhoria do conforto e da QdV, com especial preservação da dignidade. Por fim, é preciso traçar um plano nutricional individualizado, tendo em conta a avaliação nutricional previamente realizada e os objetivos específicos para o doente.

Assim, toda a equipa de saúde deverá estar ao serviço do doente e da sua família, de forma a direcionar os esforços para os objetivos terapêuticos propostos, tendo por base o diagnóstico, prognóstico e as necessidades individualizadas de cada doente. Nestas situações todo o conhecimento e sensibilidade dos profissionais será posto à prova na luta contra o sofrimento, e na obtenção do melhor cuidado para o bem-estar do doente.

Deste modo, a intervenção nutricional em cuidados paliativos é apresentada num contexto multifatorial, pluri-disciplinar e Bioético, centrando-se no doente como um todo, considerando as suas características fisiológicas e psicológicas e o seu contexto sociológico e moral.

## REFERÊNCIAS

- 1 Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7(2):675–697.
- 2 World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO. 2014.
- 3 (PORDATA) B de DPC. População por grupo etário. [accessed 2016 Jan 2]. <http://www.pordata.pt/>
- 4 Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal. 2012.
- 5 Marques AL. História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Cuidados Paliativos*. 2014;1(1):7–12.
- 6 Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Faculdade de Medicina da Universidade Lisboa; 2010.

- 7 World Health Association. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. 2002.
- 8 Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;33(5):494–499.
- 9 World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014.
- 10 National Health and Medical Research Council. Living Well With an Advanced Chronic or Terminal Condition: How Ethics Helps. A guide for patients , family and carers. Australia: Australian Government publication. 2011.
- 11 Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Cleulaer K, Thoonsen B, Vermandere M, Warmenhoven F, Van Rijswijk E, De Lepeleire J. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative medicine*. 2013;27(3):197–208.
- 12 Waller A, Girgis A, Johnson C, Mitchell G, Yates P, Kristjanson L, Tattersall M, Lecathelinais C, Sibbritt D, Kelly B, et al. Facilitating needs based cancer care for people with a chronic disease: Evaluation of an intervention using a multi-centre interrupted time series design. *BMC palliative care*. 2010;9:2.
- 13 Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative medicine*. 2014;28(1):49–58.
- 14 Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, Caruselli A, Cartoni C, Massimo P, Masedu F, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23(11):3249–3255.
- 15 Hutton JL, Martin L, Field CJ, Wismer W V., Bruera ED, Watanabe SM, Baracos VE. Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2006;84(5):1163–1170.
- 16 Drissi M, Cwieluch O, Lechner P, Radziwill R, Vehling-Kaiser U, Hengst K, Masin M. Nutrition care in patients with cancer: A retrospective multicenter analysis of current practice - Indications for further studies? *Clinical Nutrition*. 2015;34(2):207–211.
- 17 Bazzan AJ, Newberg AB, Cho WC, Monti DA. Diet and nutrition in cancer survivorship and palliative care. Hindawi Publishing Coporation. 2013.
- 18 Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2007;63(3):427–429.
- 19 Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: Is that the right question? *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(25):6256–6259.
- 20 Caro MMM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition*. 2007;26(3):289–301.
- 21 Benarroz MDO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(9):1875–1882.
- 22 Stiles E. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*. 2013;27(20):35–42.
- 23 Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. *Nutrition*. 2015;31(4):615–616.
- 24 Amano K, Maeda I, Morita T, Tataru R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2015;0:1–4.
- 25 Slomka J. Withholding nutrition at the ed of life: Clinical and ethical issues. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2003;70(6):548–552.
- 26 Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni a., Clark J, Lundquist G, Voltz R, Ellershaw JE, van der Heide a. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Annals of Oncology*. 2011;22(7):1478–1486.
- 27 Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(9):1875–1882.
- 28 Holmes S. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*. 2011;25(1):48–56.
- 29 Veríssimo MT. Geriatria fundamental - saber e praticar. Lidel, editor. 2014. 22-88 p.
- 30 Raslan M, Gonzalez MC, Torrinas RSM, Ravacci GR, Pereira JCR, Waitzberg DL. Complementarity of Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) for predicting poor clinical outcomes in hospitalized patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2011;30(1):49–53.
- 31 Isenring EA, Banks M, Ferguson M, Bauer JD. Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents. *YJADA*. 2012;112(3):376–381.
- 32 Gillespie L, Raftery A-M. Nutrition in Palliative and end-of-life care. *Nutrition and Palliative Care*. 2014:19–20.
- 33 Senesse P, Bachmann P, Bensadoun R-J, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, Crenn P, Goldwasser F, Guérin O, Latino-Martel P, et al. Clinical nutrition guidelines of the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNEP): Summary of recommendations for adults undergoing non-surgical anticancer treatment. *Digestive and Liver Disease*. 2014;46(8):667–674.
- 34 Sloane PD, Ivey J, Helton M, Barrick AL, Cerna A. Nutritional Issues in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008;9(7):476–485.
- 35 Holmes S. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*. 2010;25(14):43–46.
- 36 Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. *Annals of palliative medicine*. 2016;5(1):42–9.
- 37 van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: Ethical issues. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*. 2014;28(2):247–253.
- 38 Chow R, Bruera E, Chiu L, Chow S, Chiu N, Lam H, McDonald R, DeAngelis C, Vuong S, Ganesh V, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Annals of palliative medicine*. 2016;5(1):30–41.

- 39 Boelens PG, Heesakkers FFBM, Luyer MDP, van Barneveld KWY, de Hingh IHJT, Nieuwenhuijzen GAP, Roos AN, Rutten HJT. Reduction of Postoperative Ileus by Early Enteral Nutrition in Patients Undergoing Major Rectal Surgery. *Annals of Surgery*. 2014;259(4):649–655.
- 40 Scolapio J, Picco M, Tarrosa V. Enteral versus parenteral nutrition: the patient's preference. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2002;26(4):248–250.
- 41 Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2010;34(1):79–88.
- 42 Farber NJ, Simpson P, Salam T, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Physicians' Decisions to Withhold and Withdraw Life-Sustaining Treatment. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(5):560.
- 43 Neuberger J. More Care Less Pathway: A Review of the Liverpool Care Pathway. 2013.