

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

MARIANA MONTEIRO MARTINS QUINTANILHA

**SUORTE NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS
PALIATIVOS**

VOLTA REDONDA - RJ

2020

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SUORTE NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS
PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição do UniFOA, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Mariana Monteiro Martins
Quintanilha.

Orientadora: Prof(a). Ms. Ivyna Spinola
Caetano Jordão.

VOLTA REDONDA - RJ

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
**SUPORTE NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS
PALIATIVOS**

Elaborado por Mariana Monteiro Martins Quintanilha, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

Aprovada em xx de Novembro de 2020

Banca Avaliadora:

.....
Professora Orientadora

Ivyna Spinola Caetano Jordão, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda

.....
Professor Avaliador

Nome, Título, Centro Universitário de Volta Redonda

.....
Professor Avaliador

Nome, Título, Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas a Deus e aos meus amados pais (Flávio e Juliana) e irmãos (Beatriz e Gabriel).

AGRADECIMENTOS

É chegado ao fim um ciclo de muitas risos, lágrimas, felicidades e dificuldades. Dessa forma, sou grata primeiramente a Deus que me deu saúde e luz guiando meu caminho. Aos meus pais e meus irmãos por serem essenciais na minha vida, por todo incentivo e principalmente pelo amor incondicional. Aos meus familiares pela força e amor. A todos os professores do UniFOA pelos ensinamentos e conhecimentos compartilhados ao longo da minha graduação. A Ivyna, minha orientadora, por toda dedicação, apoio e paciência na execução deste trabalho. Aos meus amigos de longa data por se fazerem presentes mesmo que de longe e me apoiarem em todas as horas. Aos amigos que fiz na faculdade, vocês foram parte fundamental para tornar essa caminhada mais leve e feliz. Sem vocês nada disso seria possível, por isso o meu muito obrigada.

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali. ”

Fernando Pessoa

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relevância do suporte nutricional em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Trata-se de uma revisão integrativa, que teve como base de dados: SciELO e Google Acadêmico, com artigos e livros publicados nos últimos 25 anos. O Suporte Nutricional são procedimentos terapêuticos que têm por finalidade a recuperação ou manutenção do estado nutricional, os Cuidados Paliativos são condutas que objetivam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares frente a uma doença em estágio avançado e incurável e o câncer é uma doença crônica não transmissível (DCNT), cuja característica é o crescimento celular desordenado, e corresponde a 20% da mortalidade por DCNT no Brasil. O uso do suporte nutricional em pacientes oncológicos é fundamental para o sucesso do tratamento, uma vez que o mesmo melhora ou mantém o estado nutricional, ajuda no controle dos sintomas desagradáveis. Além disso, o paciente oncológico com suporte nutricional, apresenta melhora na qualidade de vida, seja durante o tratamento da doença ou nos cuidados paliativos. O nutricionista é de suma importância na equipe multiprofissional, atuando no tratamento da doença ou nos cuidados paliativos. Então, o uso de suporte nutricional nos pacientes oncológicos é de extrema importância e relevância.

PALAVRAS CHAVE: cuidados paliativos. neoplasias. nutrição.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the relevance of the nutritional support in oncological patients under palliative care. This is an integrative review that used as data base: SciELO and Scholar Google, with articles and books published in the last 25 years. The nutritional support are therapeutics procedures that seeks the recovery or maintenance of the nutritional status, the palliative care are conducts that aims to improve the life quality of the patients and its relatives when facing a disease in an advanced stage and incurable and cancer is a chronic and non-communicable disease (NCD), whose characteristic is disordered molecular growth, and it's corresponds to 20% of the mortality by NCD in Brazil. The use of nutritional support in oncological patients is fundamental for a successful treatment, since it improves our maintains the nutritional status and it helps control de unpleasant symptoms. Furthermore, the oncological patient with nutritional support presents improvement in life quality, either during the treatment or in the palliative care. The nutritionist is of utmost importance in the multiprofessional team, acting in the treatment of the disease or in the palliative care. At last, the use of nutritional support in cancer patients is extremely important and relevant.

KEYWORDS: palliative care. neoplasms. nutritional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. MÉTODOS.....	11
3. DESENVOLVIMENTO.....	11
3.1. SUPORTE NUTRICIONAL	11
3.2. CUIDADOS PALIATIVOS	14
3.3. PACIENTE ONCOLÓGICO.....	19
3.4. SUPORTE NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2007), cuidado paliativo é uma abordagem que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de uma doença em estágio avançado e incurável, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação primorosa e do tratamento da dor e dos demais problemas, físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

A OMS pontua além disso que se deve começar o tratamento paliativo o mais rápido possível, simultaneamente ao tratamento curativo, empregando todas as forças indispensáveis para melhoria do entendimento e controle de sintomas, podendo também propiciar mais dias de vida (OMS, 2007).

Segundo Gomes e Othero (2016), é possível, desta forma, especificar como norteadores essenciais da assistência em cuidados paliativos: o paciente e a família do mesmo como unidade de cuidados, o trabalho em equipe multiprofissional, a prevenção e o controle dos sintomas, a intervenção psicológica, social e espiritual e a autonomia, a independência e a comunicação.

O Suporte Nutricional deverá possibilitar não só os meios e as vias de alimentação indispensáveis, mas também o controle dos sintomas ligados a alimentação, considerando todas as análises éticas e a definição que a alimentação assume, em cuidados paliativos, para o doente e sua família (Reis, 2012).

De acordo com mapeamento feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2018), mais de 50% dos serviços de cuidados paliativos do Brasil começaram a funcionar na década de 2010, revelando que essas atividades ainda são novas em nosso país. Além disso, foi evidenciado que a disposição é desigual, com mais de 50% dos serviços centralizados na região sudeste, e somente 13 equipes (menos de 10% do total) em toda a região norte-nordeste. Tendo em vista que o Brasil possui mais de 5 mil hospitais, sendo pelo menos metade desse número com mais de 50 leitos, a quantidade de unidades que disponibilizam uma equipe de cuidados paliativos é inferior a 10%. E foi calculado que aproximadamente 80% do número total de pacientes que necessitam utilizar essa modalidade de atenção, são do setor oncológico (Fundação do Câncer, 2014).

Um estudo produzido por Silva et al. (2010) mostrou que a evolução da doença provoca no paciente redução da ingesta alimentar devido aos efeitos colaterais ocasionados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas como o atraso no esvaziamento gástrico e diminuição do apetite ou problemas de absorção, gerando desconforto e isolamento social. Sendo assim, além do papel fisiológico, há na alimentação o social e o emocional. O progresso do apetite beneficia indiretamente a socialização, permitindo que o enfermo sente a mesa para realizar as refeições junto aos parentes e amigos. E a precoce intervenção nutricional admite que haja melhor inspeção dos sintomas, do tipo de dieta oferecida e do volume de alimentos. Com isso, a evolução positiva dos sintomas incide diretamente na capacidade funcional do paciente, que faz suas atividades cotidianas independente do cuidador, incluindo conforto e colaborando na busca pela sensação de bem-estar.

O atendimento médico e nutricional conjunto possibilita a interação entre os profissionais quanto a escolha da terapia medicamentosa e dietoterápica apropriada a cada paciente reduzindo os efeitos colaterais que possam existir das medicações. Também favorece diretamente o controle dos sintomas, possibilita a discussão quanto à conduta de cada indivíduo, ocasionando a fiscalização necessária da dor, aumento da ingestão alimentar e ajudando o paciente a viver com melhor qualidade de vida (Silva et al. 2010).

De acordo com Reis (2012), o Suporte Nutricional em Cuidado Paliativo contribui para reduzir o desconforto, abrandar a qualidade de vida e o bem-estar universal da saúde por meio de apoio emocional, comunicação empática e verificação dos sintomas relacionados à alimentação e nutrição do paciente (por exemplo: anorexia, náuseas, odinofagia, obstipação, disfagia, mucosite, xerostomia, hipogeusia, entre outros). Aspira-se, desse modo, postergar o prejuízo da autonomia e garantir uma sobrevida digna. E existem outros objetivos além do principal, que demonstram suma relevância, contudo há possibilidades de não serem iguais para todos os doentes e de sofrerem mudanças conforme a doença evolui. Esses objetivos têm por base: evitar quadros de desnutrição dispensáveis; certificar que o enfermo receba nutrição satisfatória para restabelecer e conservar o estado nutricional; diminuir o possível risco de infecção e fomentar juntamente a cicatrização de feridas e a restauração de tecidos.

O presente estudo teve como objetivo analisar a relevância do suporte nutricional em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, onde foram revistos estudos relacionados ao suporte nutricional em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, tendo como base de dados: SciELO e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão foram: artigos e livros referidos à suporte nutricional e sua relação com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, publicados nos últimos 25 anos, em português e inglês. Os descritores utilizados foram “cuidados paliativos”, “neoplasias”, “nutrição”, “*palliative care*”, “*neoplasms*”, “*nutritional*”.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. SUPORTE NUTRICIONAL

O conceito do termo Suporte Nutricional pode ser definido como agregação de procedimentos terapêuticos que têm por finalidade a recuperação ou manutenção do estado nutricional, podendo este ser por meio da Nutrição Oral Especializada (NOE), da Nutrição Enteral (NE) ou da Nutrição Parenteral (NP). No momento em que o organismo humano perde a aptidão de se suprir de modo adequado, é necessário o uso do suporte nutricional, é quando existe supressão de substratos metabólicos que resultam na redução das funções biológicas. Fica em evidência a capacidade de guiar a terapêutica e por consequência ministrar suporte seguro e eficiente como metas do suporte nutricional, além da identificação dos enfermos candidatos ao método de avaliação nutricional. Conhecer a dieta e as complicações que possam existir antes, durante e depois da mesma, realizar exames físicos e solicitar exames laboratoriais é o conjunto formador da avaliação nutricional (Azevedo, 2007).

Em julho de 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a RDC 63, que dispõe os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral (TNE). Nessa resolução diz que a Nutrição Enteral (NE) é um alimento com finalidade especial, com controle da ingestão de nutrientes, de maneira combinada ou isolada, com combinação estabelecida ou estimada, formulada singularmente e desenvolvida para uso através de sondas ou via oral, sendo industrializada ou não, podendo ser empregada de forma exclusiva ou parcial na substituição ou complementação da alimentação oral em pacientes com desnutrição ou não e de acordo com suas necessidades nutricionais, pode ser aplicada em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, tendo como objetivo a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos e/ou sistemas. A prescrição dietética da NE é a definição de nutrientes ou da composição de nutrientes que mais se adequam às necessidades específicas do paciente. Além disso, as Unidades Hospitalares (UH) e as Empresas Prestadoras de Bens e ou Serviços (EPBS) que pratiquem procedimentos de TNE necessitam da licença de funcionamento autorizada pelo órgão sanitário competente; a Terapia Nutricional Enteral (TNE) precisa englobar obrigatoriamente as seguintes fases: indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparo, conservação e armazenamento; transporte; administração; controle clínico laboratorial e avaliação final. Dado a complexidade da Terapia Nutricional Enteral (TNE), é necessário comprometimento e capacitação da equipe multiprofissional a fim de assegurar sua eficácia e segurança para os pacientes. Os recursos humanos e materiais necessários à operacionalização da TNE são responsabilidade das Unidades Hospitalares (UH) e Empresas Prestadoras de Bens e ou Serviços (EPBS), portanto devem ser previstos e providos por elas. Estão adstritos às disposições previstas no Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8078, de 11 de setembro de 1990) todo e qualquer acidente na TNE.

Ainda de acordo com a RDC 63, os pacientes que não atendem suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional, porém possuam a função parcial ou íntegra do trato intestinal, são pretendentes à Terapia Nutricional Enteral (TNE). É necessária uma avaliação nutricional do paciente anterior à indicação da TNE, e essa deve ser repetida, no máximo, a cada 10 dias. Além disso essa terapia precisa servir a objetivos de curto e longo prazos. A Nutrição Enteral, em casos específicos, pode substituir definitivamente a Nutrição Oral. Quem fica responsável

por supervisionar a preparação da NE é o nutricionista. Essa preparação inclui avaliação da prescrição dietética, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte, e obrigatoriamente tem que ser produzida na UH ou EPBS. O estado nutricional, as necessidades nutricionais, o estado mórbido e as condições do trato digestivo têm que ser considerados na hora da prescrição dietética e a mesma necessita atender o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente. A adequação, concentração, compatibilidade físico-química de seus componentes e dosagem de administração fazem parte da avaliação da prescrição dietética que deve ser efetuada pelo nutricionista anterior ao começo da manipulação. A NE precisa ser embalada em recipiente atóxico, que deve preservar a qualidade físico-química e microbiológica do conteúdo durante a conservação, o transporte e a administração. Assim como necessita de rótulo com identificação do nome do paciente, da sua composição e demais informações legais e específicas, visando a segurança na utilização e garantindo o rastreamento. Posteriormente a manipulação, é realizada uma inspeção visual na NE, a fim de garantir a ausência de partículas anormais, é preciso ainda verificar a exatidão e clareza das informações do rótulo. A responsabilidade sobre a manutenção da qualidade da Nutrição Enteral (NE) até sua entrega ao profissional responsável pela administração é do nutricionista e este deve guiar e treinar os funcionários que atuam no transporte.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, em abril de 1998, a portaria nº. 272 que dispõe os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Essa portaria traz a definição de Nutrição Parenteral como uma emulsão ou solução, que possui na sua composição carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, pode ser estéril e livre de microrganismos, deve estar embalada em recipiente de vidro ou plástico. A NP é indicada para pacientes desnutridos ou não, seja em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, e tem por objetivo a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos e ou sistemas. Ela é aplicada de modo intravenoso. Além disso a TNP precisa, de forma obrigatória, compreender as etapas a seguir: indicação e prescrição médica; avaliação farmacêutica, manipulação, controle da qualidade, da conservação e do transporte; administração; controle clínico e laboratorial e avaliação final. Pacientes que não realizam suas necessidades nutricionais pela via digestiva são candidatos à NP, o estado clínico e a qualidade de vida também são considerados. É necessária uma avaliação nutricional

do paciente antes da indicação da TNP. É competência do nutricionista, a avaliação do estado nutricional, as necessidades e os requerimentos do paciente. A quantidade e o tipo dos nutrientes requeridos pelo paciente devem ser considerados na prescrição da TNP, de acordo com o estado mórbido, nutricional e requerimentos nutricionais do mesmo. E a NP necessita satisfazer objetivos de curto e longo prazos. A capacidade de cumprir suas necessidades nutricionais por via digestiva, presença de complicações que apresentem risco de vida ao paciente e possibilidade de atingir os objetivos propostos, de acordo com as normas médicas são os pontos que precisam de avaliação antes da interrupção ou suspensão da TNP.

Ainda consta na portaria nº. 272, devido à complexidade dos procedimentos envolvidos na TNP, há a possibilidade de acontecerem complicações e riscos nas etapas da sua implementação e a equipe precisa estar capacitada para evitar tais ocorrências. Acidentes na TNP estão passíveis às disposições renunciadas no Código de Defesa do Consumidor. A NP tem que estar acondicionada em recipiente compatível físico-quimicamente com a composição do conteúdo, sendo ele atóxico e livre de microrganismos. O rótulo da NP deve ter identificação clara com o nome do paciente, composição e demais informações específicas e legais. É necessário que posterior a manutenção a NP seja submetida à inspeção visual para garantir a ausência de partículas e também verificar a clareza e exatidão das informações contidas no rótulo. A NP necessita se mantida sob refrigeração (2 a 8°C), imediatamente depois do preparo e ao longo de todo e qualquer transporte. A NP não pode ser violada até o final da sua administração, dessa forma não havendo possibilidade de transferência para outro tipo de recipiente.

3.2. CUIDADOS PALIATIVOS

O termo Cuidado Paliativo compreende uma conduta que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares frente a uma doença em estágio avançado e incurável, por meio da identificação precoce, prevenção e alívio do sofrimento, da avaliação primorosa e do tratamento da dor e dos demais problemas, físicos, psicológicos, sociais e espirituais (OMS, 2007). Além disso os cuidados paliativos

distinguem-se essencialmente da medicina curativa por evidenciar o cuidado integral não só para o paciente, que possui graves enfermidades, mas também para os familiares e cuidadores que padecem junto (Gomes e Othero, 2016). Conforme o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2009), a partir deste movimento não se utiliza mais doença terminal e sim uma enfermidade ameaçadora a vida, nem impossibilidade de cura e sim uma oportunidade ou não de um método que visa modificar a doença, tendo em vista que os cuidados paliativos são fundamentados em princípios e não protocolos. Desse modo, o pensamento de “não há mais o que fazer” é excluído. São preconizadas as atenções desde o diagnóstico, visando ampliar a área de atuação.

De acordo com o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2009) são em fundamentos específicos às variadas especialidades, possibilidades de mediações clínica e terapêutica nas diversas extensões da ciência médica e de conhecimentos específicos que os cuidados paliativos se baseiam. Em 1986, os princípios que conduzem a atividade da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos foram definidos através de uma publicação da Organização Mundial de Saúde. A revisão da OMS, no ano de 2002, reiterou esses princípios e os mesmo estão listados abaixo.

Propiciar o alívio da dor e dos demais sintomas desagradáveis

Assim sendo, é fundamental a prescrição de terapia medicamentosa, adoção de métodos não farmacológicos e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que definem o conceito de sintoma total, baseados em um conhecimento específico. Esses elementos contribuem para agravamento ou abrandamento dos sintomas e por tanto devem ser considerados na abordagem (ANCP, 2009).

Afirmar a vida e acreditar que a morte é um processo normal da mesma

O Cuidado Paliativo estabelece a possibilidade da morte como um acontecimento natural e previsto frente a uma doença ameaçadora da vida, dando evidência para a vida que ainda pode ser vivida (ANCP, 2009).

Não precipitar nem postergar a morte

Esse princípio busca salientar que Cuidado Paliativo não possui relação alguma com o método de eutanásia. Decisões confusas quanto à realização de intervenções dispensáveis, grande dificuldade em prognosticar o paciente portador de doença

progressiva e sem possibilidade de cura e estabelecer a linha tênue e delicada do fazer e do não fazer ainda são causadas por conta dessa relação. Para ajudar a equipe nas decisões o ideal é um diagnóstico objetivo e bem embasado, conhecimento da história natural da doença, acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares. Para desse modo, errar menos e sentir mais segurança (ANCP, 2009).

Incorporar no cuidado ao paciente, os aspectos psicológicos e espirituais

Após o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, o paciente e a família são obrigados a lidar com uma sequência de perdas e na maior parte dos casos sem estarem preparados para tal. Dentre essas perdas podemos citar a de autonomia, de autoimagem, de segurança, de capacidade física e de respeito, além disso existem também as perdas materiais, como a de emprego, de poder aquisitivo e, conseqüentemente de status social. Angústia, depressão e desesperança podem surgir como consequência dessas situações e estão diretamente ligadas a evolução da doença, a intensidade e a frequência dos sintomas, as mesmas podem apresentar maior dificuldade de controle. É fundamental que esses aspectos sejam abordados sob a visão da psicologia, mas o novo sobre isso é a possibilidade de abordagem sob a visão da espiritualidade, que é confundido e se sobrepõe de maneira invariável a questão religiosa. Cerca de 95% dos americanos acreditam em uma força superior, e 93% é apreciaria, caso tivessem uma doença grave, que os médicos abordassem essas questões. No entanto, necessitamos de preparo para abordar no aspecto da transcendência, do significado da vida, atrelado ou não à religião, não esquecendo jamais que o sujeito é o paciente, seus princípios e sua crença (ANCP, 2009).

Disponibilizar um sistema de suporte que proporcione ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o instante de sua morte

A qualidade de vida e o bem-estar requerem observância de vários aspectos da vida, portanto não devem ser esquecidos. A equipe multiprofissional deve incluir na abordagem aspectos como problemas sociais, dificuldades de acesso e serviços, medicamentos e outros recursos, tendo em vista que estes podem ser motivo de padecimento. Não é somente viver, e sim viver ativamente, com isso eliminando a questão da sobrevivência a qualquer custo. É encargo da equipe facilitar a resolução dos problemas do paciente (ANCP, 2009).

Disponibilizar sistema de suporte para amparar os familiares ao longo da doença do paciente e do luto

A parceria e colaboração da família, amigos e parceiros com a equipe, pode e deve acontecer. Uma vez que essas pessoas possuem maior conhecimento sobre as necessidades, peculiaridades, desejos e angústias do paciente, características que muitas vezes não são verbalizadas pelo próprio. Do mesmo modo, todo o núcleo familiar e social do paciente também sofre e deve ser acolhido e cuidado (ANCP, 2009).

Disponibilizar abordagem multiprofissional com foco nas necessidades do paciente e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto

O Cuidado Paliativo sugere uma interação onde o paciente é observado sob todas as suas dimensões e a proposta de abordagem será elaborada a partir da importância de todos esses aspectos na composição do perfil do paciente. É necessário que nenhuma dessas dimensões seja ignorada, uma vez que isso levará a uma avaliação incompleta e por consequência uma abordagem menos efetiva e eficaz dos sintomas. É necessário respeitar a autonomia do paciente. A equipe multiprofissional deve incluir a família no processo de cuidar e estender esse cuidado ao luto. Toda a equipe deve realizar esse trabalho, não apenas o profissional de psicologia, para que ele seja ocorra de forma mais abrangente (ANCP,2009).

Promover melhoria na qualidade de vida e inspirar positivamente o curso da doença

É possível melhorar o curso da doença e também, de acordo com experiências de serviços de Cuidados Paliativos, prolongar a sobrevivência com uma abordagem holística, considerando o paciente não apenas um ser biológico, mas um ser biográfico, onde seus desejos e suas necessidades devem ser respeitados. Ter seus sintomas primorosamente controlados, os desejos e necessidades atendidas e conviver com seus familiares e amigos são os aspectos que farão o paciente viver com qualidade (ANCP, 2009).

Dar início ao Cuidado Paliativo, o mais rápido possível, junto a outros métodos de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e inserir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e controle das situações clínicas estressantes

O paciente será cuidado em diversos momentos da evolução da doença e não deve ser privado de recursos de diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento da equipe médica pode oferecer. Esses deverão ser usados de forma hierarquizada, considerando os benefícios que podem trazer e os malefícios que podem ser evitados. A prevenção dos sintomas e de complicações referentes à doença base são possíveis a partir de uma abordagem precoce, além disso pode propiciar diagnóstico e tratamento adequados às enfermidades que possam cursar concomitantemente à doença principal. É de extrema importância uma avaliação eficiente, embasada nos exames necessários e a definição da performance do paciente para a criação de um plano de cuidados integral. O mesmo precisa ser adequado a cada caso e adaptado conforme a evolução da doença (ANCP, 2009).

Segundo Gomes e Othero (2016), foi em 1960 no Reino Unido que os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente na forma de experiência compreensível no campo da atenção em saúde e teve como precursora a médica Cicely Saunders. O começo do movimento dos cuidados paliativos, abrangendo a assistência, o ensino e a pesquisa, é devido ao trabalho desta mulher. Um marco nessa história foi a criação do St. Christophers Hospice, em 1967 na cidade de Londres. No ano de 1970, por meio da psiquiatra suíça residente dos Estados Unidos, Elisabeth Kübler-Ross, com influência do trabalho de Cicely, esse movimento chegou na América. Em Connecticut (EUA), entre 1974 e 1975, foi criado um hospice e desde então a atividade começou a alastrar-se por vários países. De acordo com o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2009) em 1982, uma associação de trabalho, criada pelo Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), teve o intuito de estabelecer princípios para redução da dor e cuidados do tipo hospice que pudessem ser indicados para pacientes com câncer em qualquer país. Com isso a OMS, visando a complexidade de tradução do termo hospice em algumas línguas, adotou a expressão Cuidados Paliativos, a mesma já era aplicada no Canadá.

Em 1980, a prática do Cuidado Paliativo foi iniciada no Brasil, mas só a partir do ano 2000 que apresentou um crescimento expressivo, devido ao fortalecimento dos serviços pioneiros e já existentes e a criação de outros. Em 2009, já existiam mais de 40 iniciativas em todo o Brasil. Considerando as necessidades do país e a extensão territorial, esse número é pouco, portanto é necessário a construção de um futuro

promissor para os Cuidados Paliativos, com o intuito de que um dia todo cidadão brasileiro possa se beneficiar dessa atividade (ANCP, 2009).

3.3. PACIENTE ONCOLÓGICO

O câncer pode ser definido como grupo de doenças que afetam diferentes localizações topográficas e tipos morfológicos, que possuem em comum duas principais características biológicas: o crescimento celular desordenado e habilidade de se expandir para além do seu tecido originário como características biológicas (Gadelha; Costa; Almeida, 2005). Além disso, o câncer é classificado como uma doença crônica não transmissível (DCNT), que corresponde a 20% da mortalidade por DCNT no Brasil. As alterações provindas dos processos de industrialização e urbanização, por exemplo as migrações internacionais, as mudanças nos parâmetros de criação e consumo de alimentos e bebidas, exercícios físicos e composição corporal foram destacadas por estudos como a causa da evolução epidemiológica do câncer. Uma vez que todas essas resultaram em uma maior exposição a aspectos ambientais, tais como contato com substâncias carcinogênicas, má alimentação e tabagismo, possíveis a provocar o início de processos neoplásicos (Brito et al., 2012).

De acordo com Gadelha et al. (2011), no Manual de Bases Técnicas da Oncologia, o estadiamento dos tumores são: 0 - carcinoma "in situ"; I - invasão local inicial; II - tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; III - tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa e IV - tumor localmente avançado ou presença de metástases. O estadiamento é de extrema relevância, visto que a especificação da extensão da doença e reconhecimento dos órgãos por ela acometidos compõem um grupo de informações essenciais para eleger a terapêutica, obter as referências sobre o comportamento biológico do tumor e para estimar o prognóstico do caso, prever possíveis complicações, avaliar os resultados do tratamento, investigar na oncologia: pesquisa básica e clínica, publicar os resultados e trocar as informações.

Quanto ao tratamento do câncer, há três métodos: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Poucas são as neoplasias malignas tratadas, atualmente, apenas com

um modo terapêutico, portanto elas são utilizadas em conjunto tendo como fator variante apenas a importância de cada uma e a ordem de indicação. Vemos por isso, a necessidade da assistência integral pela associação dos três serviços oncológicos, entre si e com os serviços gerais, em base hospitalar. A quimioterapia é um recurso terapêutico sistêmico que utiliza medicamentos genericamente nomeados de “quimioterápicos” (propriamente ditos, hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos ou alvoterápicos) que são administrados ininterruptamente ou a intervalos regulares, diferencia conforme os planejamentos terapêuticos. A radioterapia é o recurso terapêutico local ou loco-regional, que faz uso de equipamentos e técnicas diversas para irradiar regiões do organismo humano, prévia e cautelosamente demarcadas (Gadelha et al., 2011).

3.4. SUPORTE NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

De acordo com dados do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (Ibranutri), no Brasil, a desnutrição calórica e proteica atinge quase 50% dos enfermos hospitalizados por variadas patologias. Em pacientes oncológicos, esse índice vai a 66,4%. A diminuição no consumo total de alimentos, as alterações metabólicas causadas pelo tumor e o aumento da demanda calórica devido ao avanço do tumor são as principais razões da desnutrição nos pacientes com câncer. O estado nutricional do enfermo é de extrema importância para o tratamento oncológico ser bem-sucedido. A identificação de modo precoce das alterações nutricionais torna possível a intervenção no instante apropriado, sendo assim previne o acontecimento de alterações morfológicas e funcionais do sistema digestivo, com riscos aumentados de contratempos pós-operatórios e de maior morbimortalidade, no tempo de internação e no custo hospitalar (Ministério da Saúde; INCA, 2013).

Com relação a categorização do paciente em nível de assistência nutricional, o oncológico é nível terciário, cuja descrição é: pacientes que apresentam risco nutricional e pacientes da qual a doença base exige atenção dietoterápica especial (prematuridade, baixo peso ao nascer, erros inatos do metabolismo, câncer, caquexia cardíaca). A verificação de pacientes que apresentam características relacionadas a problemas nutricionais e dessa forma a determinação do grau de complexidade das

ações do profissional de nutrição no atendimento ao paciente internado é possível através desta categorização (Carvalho et al., 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral e a Associação Brasileira de Nutrologia (2011), a manutenção e ou evolução do estado nutricional possui impacto relevante na qualidade de vida e no bem-estar de pacientes oncológicos submetidos aos tratamentos da doença. É importante que exista a valorização dos métodos de avaliação nutricional, uma vez que os mesmos apresentam capacidade prognóstica, sobretudo nos pacientes oncológicos. O recurso padrão para avaliar o estado nutricional do paciente com câncer é a avaliação global subjetiva produzida pelo paciente (AGS-PPP), embora a avaliação global subjetiva seja também muito utilizada. Métodos que costumam ser utilizados na avaliação nutricional, como as medidas antropométricas e bioquímicas, podem ter influência de elementos não nutricionais no câncer, assim sendo não possuem grande aplicação para o diagnóstico nutricional deste tipo de paciente. A identificação dos pacientes que possivelmente terão o benefício da intervenção específica, possibilitando assim a manutenção ou o ganho de peso em mais de 60% dos pacientes, é possível quando o uso da AGS-PPP é associado ao protocolo de categorização do paciente segundo o tipo de tratamento oncológico e terapia antineoplásica utilizada.

O uso do suporte nutricional em pacientes com câncer é um instrumento fundamental para a efetivação do tratamento antineoplásico. Reduzir os efeitos colaterais ocasionados pelas medicações e melhorar ou manter o estado nutricional de forma adequada é a finalidade da oferta de nutrientes de forma individualizada, e esta é essencial na recuperação do paciente (Dutra; Sagrillo, 2014). O suporte nutricional ajuda no controle dos sintomas, impedindo a desnutrição grave e colaborando para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. O paciente oncológico no suporte nutricional mostra melhora da qualidade de vida ao longo do tratamento da doença ou cuidado paliativo. Esse fato é devido ao controle dos sintomas associados à nutrição, que podem ocasionar desconforto durante esta fase (SBNPE; ABRAN, 2011).

O suporte nutricional deve ser iniciado logo após o diagnóstico nutricional, independente da via de oferta de nutrientes e calorias. A escolha do tipo de terapia nutricional é de acordo com a avaliação das necessidades de cada paciente. Quando o trato digestório está funcionando e o paciente está com ingestão alimentar

insuficiente, porém consegue ingerir alimentos pela via oral, é indicada a terapia nutricional enteral (TNE) pela via oral. Quando o trato digestório está funcionando, seja total ou parcialmente, e os pacientes estão com ingestão via oral menor que 60% da necessidade nutricional por 3 dias, é indicada a TNE por sonda. Quando o paciente está com risco nutricional elevado ($NRS \geq 5$) ou desnutrição grave e a dieta enteral não está indicada, é necessário iniciar a terapia nutricional parenteral (TNP) o mais rápido possível. Quando a dieta enteral for insuficiente ($< 60\%$) a TNP pode ser indicada como suplemento da TNE, com o intuito de alcançar a meta nutricional na primeira semana.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suporte nutricional em pacientes oncológicos é extremamente relevante, uma vez que quando o paciente está com a ingestão alimentar insuficiente é possível entrar com a suplementação via oral, quando está com a ingestão via oral menor que 60% é iniciada a alimentação por sonda e quando o trato digestório não está funcionando é iniciada a nutrição parenteral. Com o presente estudo foi observado que é de extrema importância e relevância na melhoria da qualidade de vida, na redução da sintomatologia desagradável e dos sinais e sintomas que o paciente lida durante o tratamento oncológico ou cuidados paliativos. O nutricionista possui grande importância nesse processo, uma vez que possibilita redução do sofrimento, suaviza os sintomas e propicia melhoria na qualidade de vida através da alimentação, atuando no tratamento ou na equipe de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Brasil; ANCP, 2018.

Azevedo, SO. **Enfermagem em suporte nutricional: pesquisa qualitativa**. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1419>>. Acesso em 08 de outubro de 2020.

Benarroz, MO; Faillace, GBD; Barbosa, LA. **Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos**. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900002>. Acesso em 01 de abril de 2020.

Brito, LF; Silva, LS; Fernandes, DD; Pires, RA; Nogueira, ADR; Souza, CL; Cardoso, LGV. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 2, p. 163-171, 2012.

Carvalho, APPF. et al. **Protocolo de Atendimento Nutricional do Paciente Hospitalizado**. Goiânia: Gráfica UFG, 2016.

Dutra, IKA; Sagrillo, MR. Terapia Nutricional para Pacientes Oncológico com Caquexia. **Disciplinarum Scientia**. v. 15, n. 1, p. 155-169, 2014.

Gadelha, MIP; Costa, MR; Almeida, RT. Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 193-199, 2005.

Gadelha, MIP; Werneck, MAS. Lima, DP; Tomassini, E; Panitz, LM; Faillace, TFL. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia - Sistema de Informações Ambulatoriais**. 13 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Gomes, ALZ; Othero, MB. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**. v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); Pinho, NB (organizador). **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Martinez, MN. **Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral**.

Disponível

em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0272_08_04_1998.html>.

Acesso em 07 de outubro de 2020.

Mendes, EC; Vasconcellos, LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**. v. 39, n.106, p. 881 – 892, 2015.

Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

Neto, GV. **Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral**. Disponível em:

<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html>.

Acesso em 05 de outubro de 2020.

Reis, CP. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **Nutricias** [online]. 2012, n.15, pp.24-27. ISSN 2182-7230.

SBNPE; ABRAN. **Terapia Nutricional na Oncologia**. Disponível em:

<https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf

>. Acesso em 11 de outubro de 2020.

Silva, PB; Lopes, M; Trindade, LCT; Yamanouchi, CN. 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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care report**.

Geneva : WHO, 2002.