

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

RAQUEL MARQUES RIBEIRO VIEIRA

**A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NO CUIDADO PALIATIVO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS COM CAQUEXIA**

VOLTA REDONDA

2018

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

**A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NO CUIDADO PALIATIVO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS COM CAQUEXIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado no Centro Universitário de
Volta Redonda – UniFOA, como parte das
exigências para a obtenção do diploma de
graduação em Nutrição.

Acadêmica: Raquel Marques Ribeiro
Vieira

Orientadora: Profª Paula Alves Leoni

VOLTA REDONDA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

V657iVieira, Raquel Marques Ribeiro

A importância do nutricionista no cuidado paliativo de pacientes oncológicos com caquexia. / Raquel Marques Ribeiro Vieira. – Volta Redonda: UniFOA, 2018.

25 p. II.

Orientador(a): Paula Alves Leoni

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2018.

1. Nutrição - TCC. 2. Nutricionista – cuidado paliativo. 3. Caquexia. I. Leoni, Paula Alves. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
**A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NO CUIDADO PALIATIVO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS COM CAQUEXIA**

Elaborado por Raquel Marques Ribeiro Vieira, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

Aprovada em 17 de 10 de 2018

Banca Avaliadora:



.....
Professora Orientadora

Paula Alves Leoni, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda



.....
Professor Avaliador

Marcelo Augusto Mendes da Silva, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda



.....
Professora Avaliadora

Margareth Lopes Galvão Saron, Doutora, Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu pai, por todo esforço, dedicação e demonstração de orgulho e carinho. Sei o quanto essa graduação é importante para eles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me sustentou durante estes anos de faculdade concedendo a mim sabedoria, discernimento e clareza para todo entendimento ao decorrer deste curso me fazendo chegar até aqui, mesmo sem merecimento de seu bondoso cuidado.

Agradeço à minha mãe, Nelly, e ao meu pai, Maurício, por tanto amor e incentivo nos mínimos detalhes, ao meu irmão, Leandro, por desejar o meu sucesso, ao meu noivo, Lucas, por ser paciente e um grande incentivador, a todos os meus familiares, amigos e nutricionistas que fizeram parte dessa trajetória.

Agradeço à minha orientadora, Paula Leoni, por ter me ajudado em todos os sentidos na confecção deste trabalho, à todos os professores deste curso por compartilharem seu conhecimento e com muita responsabilidade incentivar o profissionalismo e competência ao exercer esta profissão que escolhi.

Agradeço também por esta instituição que me acolheu por estes quatro anos, onde eu pude aprender muito além do ensino acadêmico.

Sem estes, nada disso seria possível! Obrigada!

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz,
e os seus planos serão bem-sucedidos.”
Provérbios 16:3

RESUMO

Mais de cem tipos de doenças são classificadas como câncer, uma doença de elevada incidência e prevalência no mundo. Em muitos casos o diagnóstico de câncer é realizado em um estágio avançado, e o tratamento curativo não pode ser exercido. Uma das consequências mais dramáticas do câncer é a caquexia, caracterizada pela diminuição progressiva de massa corporal e aumento do catabolismo protéico, esperada em pacientes oncológicos portadores de doença avançada. Para estes pacientes, com doença considerada avançada, existe um modelo de tratamento denominado paliativo, que tem como objetivo diminuir o sofrimento e promover qualidade de vida. É de extrema importância que o paciente seja assistido por uma equipe multidisciplinar, em que se destaca o nutricionista, que tem como função ajudar a minimizar os efeitos colaterais de forma intensiva, colaborando para a evolução favorável do paciente em fase terminal. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da nutricionista diante de um paciente oncológico com caquexia em cuidados paliativos, concluindo que o cuidado nutricional é importante em todos os estágios da doença, mas tem papel especial nos cuidados paliativos.

Palavras-chave: nutricionista; cuidado paliativo; caquexia.

ABSTRACT

More than one hundred types of diseases are classified as cancer, a high occurrence and prevalence disease in the world. In large number of cases the diagnosis of cancer is performed in an advanced stage and the healing treatment is unachievable. One of the most dramatic consequences of cancer is cachexia that is characterized by the progressive loss of body mass and the increase of protein catabolism, which is predicted on oncology patients that are barriers of the advanced stage disease. For those patients in the condition of advanced disease stage, there is a kind of treatment called palliative, it has the purpose of decreasing the suffering e promoting the quality of life. It is utmost importance that the patient be assisted by a multidisciplinary staff, whereby the nutritionist is highlighted for contributing to minimize the intense side effects, and to foment the most benign progression of the terminally ill patients. For that matter, the main goal of this paper was to present a bibliographic review concerning the nutritionist significance facing the oncology patients with cachexia with palliatives care, concluding that nutritional care is relevant in every stage of the disease but in palliative cares it has a special roll.

Keywords: nutricionist; palliative care; cachexia.

LISTA DE SIGLAS

CA - CÂNCER

CP – CUIDADOS PALIATIVOS

TN – TERAPIA NUTRICIONAL

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

DCNTs – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

TGI – TRATOGASTROINTESTINAL

IMC– ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

EN – ESTADO NUTRICIONAL

ASG-PPP – AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
2 – METODOLOGIA	13
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 –CÂNCER: ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E IMPLICAÇÕES	13
3.2 – CAQUEXIA NO CÂNCER	14
3.3 – CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	16
3.4 – A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NO CUIDADO PALIATIVO.....	19
4 – CONCLUSÃO	21
5 - REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

Mais de cem tipos de doenças são classificadas como câncer (CA), que é definida como multifatorial crônica, uma doença de elevada incidência e prevalência no mundo, afetando indivíduos de todas as faixas etárias (SILVA et. al., 2009; KOWATA et al., 2009).

Todos os anos mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que, em 2030 podem-se esperar 27 milhões de novos casos de câncer e 75 milhões de pessoas vivendo com a doença. Atualmente, a cada ano 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer e para 2030 a estimativa é de 17 milhões. No Brasil, a incidência de câncer prevista para o biênio 2018-2019 é de 1,2 milhões de novos casos (INCA, 2016, 2017; WHO, 2017; DEL BUONO et al., 2017).

Uma das consequências mais dramáticas do câncer é a debilitação progressiva determinada pelo emagrecimento indesejado, sendo isto decorrente de sinais e sintomas que caracterizam o estado de caquexia prejudicando a qualidade de vida. O diagnóstico precoce da caquexia cancerosa é de notável importância na evolução do tratamento contra o câncer, pois torna possível a aplicação de intervenção imediata e, por isso mais eficientes, podendo contribuir para o tratamento paliativo no alívio da dor, dos sinais e sintomas (KOWATA et. al., 2009; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; DUVAL et al., 2010).

Sintomas como alterações da sensibilidade do paladar e saciedade precoce é de grande importância clínica, pois justifica quando os pacientes apresentam desinteresse até mesmo pelos alimentos de sua maior preferência, sendo estes, efeitos colaterais do tratamento. Entretanto, este quadro é em muitos casos, esperados em pacientes oncológicos portadores de doença avançada, acometendo 80% a 90% dos pacientes e pode ser indicativo ainda de que o fim da vida está próximo, pois a síndrome anorexia-caquexia acontece na fase mais tardia da doença (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; KOWATA et. al., 2009; DUVAL et al., 2010).

Em muitos casos o diagnóstico do câncer é realizado em um estágio avançado, e o tratamento curativo não pode ser exercido. Para estes pacientes, com doença considerada avançada, existe um modelo de tratamento denominado “cuidado

paliativo” que tem como objetivo diminuir o sofrimento evitando condutas invasivas e dolorosas e melhorar os sintomas, e propiciar qualidade de vida para os pacientes e seus familiares, levando em consideração as necessidades físicas, psicossociais e espirituais e não recuperar sua saúde, mantendo sua dignidade, como afirma Costa; Soares (2016) a fim de “viver sua morte e não retirar a sua vida” (WHO, 2007; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; SILVA et al., 2009).

É de extrema importância que o paciente oncológico seja assistido por uma equipe multidisciplinar que conta com nutricionistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros para a melhoria da qualidade de vida do paciente, sendo que estes profissionais inseridos neste cuidado precisam estar capacitados a definir os benefícios da alimentação, considerando questões trazidas pelos cuidadores e pelo paciente. Com a sua formação e capacitação cada profissional atua possibilitando uma assistência individualizada e mais efetiva (SILVA et al., 2009; BATISTA; WAITZBERG, 2011; COSTA; SOARES, 2016; SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017).

Dentre os profissionais da equipe multidisciplinar se destaca o nutricionista que reforçará a importância da nutrição e realizará a intervenção específica para cada caso, o profissional tem como responsabilidade assegurar uma ingestão alimentar adequada para a redução dos efeitos colaterais das terapias empregadas, devendo a intervenção nutricional fazer parte da terapia oncológica com o intuito de auxiliar de forma positiva a recuperação da qualidade de vida desses pacientes (DEL BUONO et al., 2017).

Reconhecendo a importância do tema exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar qual a função do nutricionista diante de um paciente oncológico em cuidado paliativo com caquexia proporcionando qualidade de vida e diminuindo o sofrimento desses pacientes.

2 – METODOLOGIA

Esse trabalho constitui-se em revisão bibliográfica. A pesquisa da literatura foi realizada por meio de busca nas bases de dados Lilacs, Scielo, BVS e Google Acadêmico utilizando as palavras chaves “nutricionista”, “cuidado paliativo” e “caquexia” ocorrendo entre os meses de agosto e setembro de 2018 e incluiu publicações em português e inglês de acordo com o assunto abordado publicados entre 2006 e 2017.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Câncer: etiologia, epidemiologia e implicações

As principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e isso acontece devido a transição epidemiológica e nutricional. Estima-se que, em 2012, 38 milhões dos óbitos foram em decorrência das DCNT, dentre as quais se destaca o câncer (WHO, 2014; INCA, 2017).

Classificada como uma enfermidade multifatorial, o câncer é uma doença representada pela proliferação local desordenada de células anormais, que tendem a invadir órgãos normais e podem produzir metástases, este processo varia dependendo da agressividade do agente e forma uma massa denominada tumor (SILVA, 2006; SILVA; SMIDERLE; GALLON, 2012; ALVES; PINHEIRO, 2012).

De acordo com o documento intitulado Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil, elaborado pelo INCA/MS, a incidência de novos casos de câncer por região geográfica, mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% das ocorrências. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil, cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino são predominantes das regiões Sul e Sudeste, na região Centro-Oeste predominam os cânceres do colo do útero e de estômago, já nas regiões Norte e Nordeste a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população (INCA, 2017).

O câncer é a segunda maior causa de morte no mundo e de acordo com a OMS, 80% dos pacientes encontra-se em desnutrição calórico-proteica no momento do diagnóstico, devido aos dias de hoje muitos diagnósticos serem feitos tardiamente, causando impacto no prognóstico e gerando o aumento dos efeitos colaterais do tratamento. A terapêutica causa sintomatologias que reduz potencialmente a ingestão alimentar podendo interferir no estado nutricional do paciente com câncer (MACHRY et al., 2011; INCA, 2016).

Esse quadro apresenta-se, geralmente, por uma constante ingestão inadequada, aumento de necessidades, prejuízos na absorção e/ou utilização de nutrientes, além da perda de peso crônica, onde estes pacientes apresentam uma resposta imunoinflamatória causando desequilíbrio no metabolismo gerando um estado hipercatabólico em função do trauma ou pelo próprio tumor desses pacientes aumentando o risco de morbidade e mortalidade, favorecendo a caquexia (DUVAL et al., 2010; MACHRY et al., 2011; INCA, 2016).

3.2 - Caquexia no câncer

Caquexia (do grego kakos hexis) significa má condição, logo um estado frágil da saúde, ocorre em mais de 80% dos pacientes com câncer e é caracterizada pela diminuição progressiva de massa corporal (tecido adiposo e muscular), e aumentado catabolismo protéico por conta do estado inflamatório exacerbado que também colabora para futuras complicações da doença, ou seja, uma síndrome sistêmica, sendo a principal causa de morte em aproximadamente 20% dos pacientes com câncer. Neste estágio, os pacientes apresentam alterações bioquímicas como proteólise aumentada e balanço nitrogenado negativo. Estes pacientes podem apresentar maior suscetibilidade a processos infecciosos, úlceras de decúbito, edemas de membros inferiores e intensa palidez, quanto mais grave a doença oncológica, piores serão os desfechos clínicos (KOWATA et al., 2009; INCA, 2016; BATISTA; WAITZBERG, 2011; DEL BUONO et al., 2017).

Esta condição é prejudicada pelo câncer, e acomete os pacientes de acordo com o avanço da doença, principalmente nos cânceres de pulmão, pâncreas e do TGI, que inclui os órgãos responsáveis pela nutrição como um todo responsáveis pela ingestão absorção e utilização de nutrientes. A caquexia causa assim, menor

tolerância ao tratamento antineoplásico, afeta a qualidade de vida do paciente, podendo levar a depressão, astenia, além de alteração e diminuição no paladar, xerostomia, falta de apetite, exacerbada perda de peso, anemia, náuseas, fadiga, perda de habilidades motoras e físicas, bem como disfunção hipotalâmica. É de grande importância clínica considerando que o risco de morbidade e mortalidade torna-se maior (ABCP, 2011; SILVA; ALVES; PINHEIRO, 2012; DUVAL et al, 2015).

Controlar a perda de peso relacionada às alterações metabólicas, anorexia e redução da ingestão de calorias, lipídeos e proteínas é um dos desafios depois do diagnóstico da caquexia do paciente oncológico, tornando assim, a identificação precoce de seus fatores desencadeantes de suma importância, visto que, para uma intervenção nutricional, concomitante as ações multidisciplinares, possam auxiliar na prevenção e/ou redução da velocidade da perda de peso e no alívio dos sintomas, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida (SILVA, 2006; DUVAL et al., 2015).

Conforme citado no Consenso Brasileiro de Caquexia Anorexia em Cuidados Paliativos, a caquexia associada ao câncer é definida como:

...síndrome multifatorial, na qual há perda contínua de massa muscular (com perda ou ausência de perda de massa gorda), que não pode ser totalmente revertida pela terapia nutricional convencional, conduzindo ao comprometimento funcional progressivo do organismo (ABCP, 2011, p. 4).

A caquexia cancerosa é diagnosticada por meio da aplicação da ASG-PPP (Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente) quando há presença de anorexia, perda de peso, de massa magra e de gordura corporal. Segundo a gravidade dessa síndrome, ela pode ser classificada em pré- caquexia onde o paciente apresenta perda de peso igual ou superior a 5%, anorexia e alterações metabólicas; caquexia, na qual considera-se perda de peso igual ou superior a 5%, ou de 2%, com IMC < 20kg/m² ou sarcopenia acompanhada de perda de peso corporal equivalente ou superior a 2%, bem como presença frequente de redução da ingestão e de inflamação sistêmica e caquexia refratária; e finalmente a caquexia refratária, a qual inclui pacientes com diferentes graus de caquexia, mas nos quais há intenso catabolismo e que não respondem ao tratamento anti-câncer, dessa forma essa classificação garante que o paciente receba o tratamento mais adequado às suas necessidades, uma vez que a sobrevida esperada para esses pacientes é menor que três meses (DUVAL et al., 2010; ABCP, 2011; DUVAL et al., 2015).

Os parâmetros que determinam a inclusão do paciente em cada um dos estágios compreendem a determinação da concentração de proteína C-reativa no soro; avaliação da anorexia considerando diminuição da ingestão nos últimos 30 dias do mesmo modo que os fatores como redução do apetite, alterações na percepção gustativa e olfativa, motilidade gastrointestinal reduzida, constipação, dor, entre outros, metabólitos indicadores de catabolismo, presença de massa e força muscular, bem como manifestações psicossociais (ABCP, 2011).

Em intervenções multidisciplinares é crucial a assistência e intervenção nutricional focada no tratamento da caquexia, pois sem a alimentação adequada o avanço da caquexia se manterá impedindo a estabilização da perda de peso. Portanto, a intervenção nutricional deve fazer parte do tratamento, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e oferece boas condições clínicas durante o tratamento paliativo (MACHRY et al., 2011; DUVAL et. al., 2015).

3.3 - Cuidado paliativo no paciente oncológico

De acordo com a OMS, o cuidado paliativo acontece quando o tratamento com intuito curativo não é eficaz e tem como objetivo a prevenção e o sofrimento através do manejo da dor e procurando fornecer qualidade de vida, que é quando o paciente compreende sua ocupação na vida diante de valores, expectativas e interesses, favorecendo uma morte digna (WHO, 2007; SILVA; ACKER, 2007; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Cuidado paliativo não é quando “não há mais nada a fazer” pelo paciente, mas indica que o diagnóstico é de uma doença crônica grave, e uma equipe, com os profissionais especialistas, irá cuidar de quem está doente e também daqueles que o cercam, portanto, “há muito a fazer” pelo paciente e este cuidado pode ser exercido em qualquer ambiente e instituição, e a assistência deve ser fornecida com respeito à autonomia do paciente e com qualidade, pois transcende a abordagem assistencial e tem como objetivo valorizar a vida e considerar a morte como um processo natural, sem precipitá-la e sem estender a vida (SILVA et. al, 2009; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; CARNEIRO et al., 2011).

Visto que, em cuidados paliativos é levada em consideração, a dor, o sofrimento, a perda e a morte, frequentemente o tema “bioética” é abordado. A

formação dos profissionais da saúde deve ser humanizada e marcada pela ética, pois o paciente demanda cuidado integral na assistência (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

De acordo com Benarroz; Faillace; Barbosa (2009):

O conhecimento técnico-científico, respaldado nos pilares da bioética principialista (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), aplicada na prática clínica como norteadora de decisões, deve ser considerado em prol da qualidade de atendimento ao paciente. Da perspectiva ética, os princípios da autonomia beneficência e não-maleficência apóiam os direitos do paciente em refutar ou questionar a retirada de algum tipo de terapia (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009, p.1876).

Em relação à nutrição, enfrentar dilemas bioéticos é comum, pois a alimentação envolve estilo de vida e bem estar, e ainda é colocada como símbolo de vitalidade e isto a torna importante no câncer avançado. A privação do ato de se alimentar diante da visão de que a alimentação é fonte da vida, é um atentado contra a mesma diante de seu significado. Portanto, não conseguir se alimentar é visto como piora da saúde em muitos casos (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Com o passar do tempo ou com a manifestação de uma doença grave, recordações agradáveis e prazerosas ligadas aos alimentos não se perdem, essa importância dada ao alimento, torna-o essencial em nossa vida, mas por sua dificuldade em ingerir e ausência de ingestão ele é mais notado por isso do que pelo prazer que ele proporcionava e agora não mais. O profissional que percebe o significado de determinado alimento, está sempre atento as solicitações e valoriza este momento de desejo do paciente considerando as necessidades nutricionais (SILVA, et al., 2009; SOUSA; ZIMMER; VAZ, 2017).

Em um trabalho sobre alimentação e nutrição em cuidados paliativos com pacientes e cuidadores, observou-se que, pacientes muito graves, com mal prognóstico e sem reversão, apresentam diminuição da aceitação alimentar, causando angústia nos familiares. Entretanto, tanto para os pacientes quanto para os familiares a alimentação possui sentidos e significados que implicam em: se não comer não se pode viver, alimentação faz bem, dá força e preserva a autonomia e alimentação dá prazer e satisfaz a fome. Dessa forma os autores afirmam que alimentação com sentido de lembrança perda e culpa demonstram o quanto ela é importante na vida destas pessoas mesmo diante do “cuidado paliativo”; sendo

influenciada por diversas variáveis e reforçando o valor cultural e social, com significados simbólicos e carga emocional (COSTA; SOARES, 2016).

Em outro trabalho, uma pesquisa feita por alunos de um curso de enfermagem em uma faculdade em Lajeado, RS em 2006 observou como os familiares vivenciam o tratamento paliativo de uma pessoa portadora de CA em domicílio procurando identificar o motivo, significados e dificuldades deste cuidado, valorizando o familiar neste processo. A família ajuda a propiciar qualidade de vida ao paciente, por se sentir confiante e motivada, sendo essas características correlacionadas ao respeito e amor favorecendo um ambiente/companhia agradável para o doente (SILVA; ACKER, 2007).

Segundo Silva e Acker (2007) o cuidado pode significar a certeza de querer bem ao outro como também pode ser visto como uma obrigação, quando o cuidador não se reconhece nesta função. Nesse sentido as autoras afirmam que:

A relação entre o cuidador e o paciente é muito dinâmica, revelando diferentes significados entre eles: a obrigação, o desejo de retribuir aquilo que a pessoa doente anteriormente ofereceu, seja afetiva ou financeiramente. Estes significados podem estar associados aos diferentes papéis construídos ao longo da vida (SILVA; ACKER, 2007, p.152).

Durante a convivência com a pessoa doente, o cuidador é muito exigido, e às vezes por falta de conhecimento, pode se sentir angustiado, devendo então ser inserido no planejamento do cuidado, visto que o desconhecimento é uma das dificuldades encontradas e que podem ser minimizadas através de informações básicas. Associado a falta de informação sobre a melhor maneira de cuidar é possível que o cuidador sinta dificuldades neste momento, como por exemplo, relacionadas ao medo no manuseio de sondas no caso de dietas enterais, ao medo de machucar no caso de uma colostomia (SILVA; ACKER, 2007; CARNEIRO et al., 2011).

Além da dificuldade em relação ao cuidado propriamente dito, evidencia-se que pode estar associada a falta de conhecimento sobre a própria doença. É comum a manifestação de que as dificuldades seriam menores se soubessem antecipadamente as possíveis situações que podem ocorrer com o paciente e como agir frente a cada uma delas, principalmente na iminência de morte (SILVA; ACKER, 2007).

Outro fator, a sobrecarga econômica, é um aspecto que costuma ser significativo estressor para o cuidador e sua família, sendo as famílias de pacientes com alto grau de dependência as mais atingidas financeiramente. Por outro lado, o

cuidador não costuma relatar a necessidade ou ajuda de um profissional da saúde como uma possibilidade para intermediar as situações de dificuldade (SILVA; ACKER, 2007).

Assim sendo, o profissional da saúde deve estar atento e auxiliar a família na tomada de decisões sobre que recursos são necessários para que ele possa prestar cuidado de forma tranquila, segura e com menos sofrimento. Percebe-se então a importância do apoio do profissional da saúde no processo de estruturação do ambiente para atender a demanda do doente e do próprio cuidador (SILVA; ACKER, 2007).

Diante disso, ressalta-se que o cuidado domiciliar deve ser inserido no planejamento interdisciplinar das ações de saúde relativas a pessoa com neoplasia em cuidado paliativo. Enfim, a família é uma grande aliada no cuidado integral ao paciente pois garante melhor qualidade de vida ao mesmo (SILVA; ACKER, 2007).

O último objetivo de quem cuida e é cuidado é viver o pouco tempo que se dispõe com qualidade, e um dos profissionais que pode auxiliar em uma evolução favorável do paciente é o nutricionista com esclarecimentos para a família e os pacientes (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; COSTA; SOARES, 2016).

3.4 - Importância do nutricionista no cuidado paliativo

O nutricionista é essencial durante o cuidado paliativo e deve ter seu trabalho em sintonia com a equipe multidisciplinar tendo sua função também em ajudar a minimizar os efeitos colaterais de forma intensiva, colaborando para evolução favorável do paciente em fase terminal, além de assegurar adequada ingestão alimentar conforme suas necessidades interferindo assim na melhora da qualidade de vida do paciente portador de câncer em cuidado paliativo (SILVA et. al, 2009; BATISTA; WAITZBERG, 2011).

O cuidado nutricional é importante em todos os estágios da doença, mas tem papel especial nos cuidados paliativos em ressignificar os alimentos, além de auxiliar no controle dos sintomas (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; SOUSA; ZIMMER; VAZ, 2017).

Conforme a evolução da doença, os objetivos da terapêutica são alterados, nos casos de CA avançado em cuidados paliativos a terapia nutricional ainda é uma questão polêmica e que gera conflitos, considerada agressiva, inútil e desnecessária, pois neste momento a TN é de acordo ao desejo do paciente, entretanto os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar devem decidir juntamente com os familiares e com o próprio paciente a melhor conduta a ser tomada, visando a qualidade de vida e o alívio dos sintomas compreendendo seus valores e crenças (SILVA et al., 2009; BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; LOYOLLA, et al., 2011; SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017).

Prioritariamente, a alimentação deve ser fornecida pela via mais fisiológica, ou seja, via oral, desde que o trato gastrointestinal (TGI) esteja íntegro, apresentando condições clínicas necessárias para realizá-la e desejo demonstrado pelo paciente, visto que quando isso não acontece se faz necessário o uso da via enteral ou parenteral. Em uma equipe multiprofissional há situações em que é preciso decidir sobre o fornecimento da terapia nutricional – TN, e isso requer conhecimento e respeito pelo desejo do paciente, considerando os princípios da autonomia, e sua família em iniciar ou não. Existem profissionais deste segmento que intervêm sobre o desconforto e complicações da TN superarem os benefícios, uma vez que não disponibilizam qualidade de vida para estes pacientes, há também o próprio paciente que pode decidir não se alimentar mais, devendo ser respeitado (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; COSTA; SOARES, 2016; CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

É fundamental a atuação do nutricionista em cuidados paliativos ao auxiliar a família e seus familiares a proporcionar conforto e prazer durante a alimentação, compreendendo as alterações na ingestão alimentar. A conduta do profissional de acordo com as recomendações nutricionais para estes pacientes variam de acordo com o EN, quadro clínico, evolução da doença, pois quanto pior o prognóstico, dietas hipercalóricas e hiperprotéicas se fazem desnecessárias e prioriza-se apenas cuidados com a boca e a ingestão de líquidos, pois líquido e semi-líquido são as consistências mais toleradas, com flexibilidade de horário respeitando o desejo do paciente para não gerar frustração (SILVA et al., 2009; SMIDERLE; GALLON, 2012; SILVA; ALVES; PINHEIRO, 2012).

Trata-se de uma intervenção que exige esforço e dedicação do nutricionista, devendo ser realizada por profissionais muito conscientes, pois o papel técnico nesse momento é muito valioso. Nesse sentido, a sensibilidade e criatividade farão a diferença durante a avaliação e o aconselhamento nutricional (BENARROZ; FAILACE; BARBOSA, 2009; CARVALHO, et al., 2011).

A alimentação deve ser orientada após avaliação do estado nutricional, mesmo não sendo prioridade sua recuperação, e das condições clínicas do paciente para que se consiga adaptar, como conduta dietoterápica, a indicação de um maior fracionamento para que haja uma ingestão em menores quantidades e a intervalos regulares, sempre visando os alimentos de seu agrado e incentivando refeições junto a família. Entretanto, ainda existem controvérsias acerca da quantidade ideal para prescrição de calorias ou nutrientes e volume adequado de líquido para esses pacientes e de seus reais benefícios, evidenciando assim a necessidade de mais estudos relacionados a conduta nutricional para estes pacientes (BENARROZ; FAILACE; BARBOSA, 2009; SOUSA; ZIMMER; VAZ, 2017; SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017).

4 – CONCLUSÃO

Devido a estimativa de novos casos de câncer encontrar-se elevada, se faz necessário a promoção de mais trabalhos com o objetivo de compreender técnicas e metodologias a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos com o diagnóstico de caquexia em cuidados paliativos, pois ainda existem controvérsias a respeito da conduta nutricional.

Com esta revisão foi possível perceber a importância do nutricionista em todos os estágios dessa doença, e o seu papel imprescindível em uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos.

A conduta do nutricionista varia de acordo com o estado nutricional, quadro clínico e evolução da doença.

Diante destes pacientes, considerando as questões da bioética, é possível propiciar conforto para o paciente e seus familiares tendo-os como centro dos

cuidados, atuando com sensibilidade para o manejo dos sintomas e também através de informações sobre o que possa vir a ocorrer no fim da vida, determinando assim a melhor conduta, evitando frustração e sofrimento.

5 – REFERÊNCIAS

ABCP. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro De Caquexia-Anorexia Em Cuidados Paliativos, **Revista Brasileira De Cuidados Paliativos**,3 (3), Suplemento 1, 2011.

BATISTA, M.A.; WAITZBERG, D.L. Impacto dos novos conceitos da síndrome anorexia-caquexia na prevenção, diagnóstico, tratamento, evolução clínica e qualidade de vida em oncologia. **Rev Bras Nutr Clín**, 26 (4): 281-290, 2011.

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**, 25 (9): 1875-1882, 2009.

CARNEIRO, R.; BARBEDO, I.; COSTA, I.; REIS, E.; ROCHA, N.; GONÇALVES, E. Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. **Acta Med Port**, 24: 545-554, 2011.

CARVALHO, et al. Qual a relevância da nutrição em oncologia? **Acta Med Port**,24(S4): 1041-1050, 2011.

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

CORRÊA, P.H.; SHIBUYA, E., Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Rev Bras Cancerol**, 53 (3): 317-323, 2007.

COSTA, M.F.; SOARES, J.C., Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. **Rev Bras Cancerol**, 62 (3): 215-224, 2016.

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

DUVAL, P.A.; VARGAS, B.L.; FRIPP, J.C.; ARRIEIRA, I.C.O.; LAZZERI, B.; DESTRI, K.; ASSUNÇÃO, M.C.F. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um programa de internação domiciliar interdisciplinar. **Ver Bras Cancerol**, 56 (2): 207-212, 2010.

DUVAL, P.A.; BERGMANN, R.B.; VALE, I.A.V.; COLLING, C.; ARAÚJO É.S.; ASSUNÇÃO, M.C.F., Prevalência de caquexia neoplásica e fatores associados na internação domiciliar. **Rev Bras Cancerol**, 61(3): 261-267, 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Nivaldo Barroso de Pinho (organizador) – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112p. : Il. ; v. Disponível em: https://www.sbno.com.br/UploadsDoc/Consenso_Nutricao_vol_II_2_ed_2016.pdf> Acesso em: 28/08/2018

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>> Acesso em: 20/08/2018

KOWATA, C.H.; BENEDETTI, G.V.; TRAVAGLIA, T.; ARAÚJO, E.J.A. Fisiopatologia da caquexia no câncer: Uma Revisão., **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 3, 267-272, 2009.

LOYOLLA, V.C.L.; PESSINO, L.; BOTTONI, A.; SERRANO, S.C.; TEODORO, A.L.; BOTTONI, A. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma análise da bioética. **Saúde, Ética & Justiça**, 16(1): 47-59, 2011.

MACHRY, R.V.; SUSIN, C.F., BARROS, R.C.; DAL LAGO, L. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: Uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS, Porto Alegre**, 55 (3):296-301, 2011.

SILVA, M.P.N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer, **Rev Bras Cancerol**, 52 (1): 59-77, 2006.

SILVA, C.A.M.; ACKER, J.B.V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 60 (2): 150- 154, 2007.

SILVA, D.A.; SANTOS, E.A.; OLIVEIRA, J.R.; MENDES, F.S. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **O Mundo Da Saúde**, São Paulo, 33 (3): 358-364, 2009.

SILVA, A.C.; ALVES, R.C; PINHEIRO, L.S. As implicações da caquexia no câncer, **e-Scientia**, Belo Horizonte, vol 5, n. 2: 49-56, 2012.

SMIDERLE, C.A.; GALLON, C.W. Desnutrição em oncologia: Revisão de literatura. **Rev Bras Nutr Clín**, 27 (4): 250-256, 2012.

SOBRAL, A.A.S.; PEREIRA, M.E.A.; WAKIYAMA C. O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal: Uma revisão da literatura, **ABCS Health Sciences**, 42 (1): 55-59, 2017.

SOUSA, Â.X.; ZIMMER, A.F.; VAZ, L.M.M., A importância da assistência nutricional aos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão. In: **CONBRACIS**, n 2, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA6_ID1125_15052017223659.pdf> Acesso em: 15 de agosto de 2018

WHO. World Health Organization. **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**. Report of a WHO consultation. Geneva, 2017 Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>> Acesso em: 10/08/2018

_____. **Cancer control: knowledge into action : WHO guide for effective programmes**. module 5. Geneva: WHO, 2007; . II. Series Disponível em: . Acesso em: 10/08/2018.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 18/08/2018