

Associação entre o perfil nutricional, via de alimentação e sintomas gastrointestinais de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos

Association between nutritional profile, feeding route and gastrointestinal symptoms of hospitalized palliative care patients

Letícia Karolyne Miranda de Oliveira¹, Gabriela Perussi Carizani Rossi²

¹*Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, Especialista em Atenção ao Paciente Crítico, pela Santa Casa São Carlos - SP*

²*Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, Mestre em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos-SP*

E-mail: Letícia Karolyne Miranda - leticiamiranda9797@gmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar os sintomas gastrointestinais de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos e relacionar ao estado nutricional e a via de alimentação utilizada. **Método:** Foram coletados dos prontuários dos pacientes, os dados demográficos, dados do estado nutricional, a via de alimentação e os sintomas gastrointestinais apresentados. **Resultado:** No total foram avaliados 44 prontuários de pacientes internados sob cuidados paliativos, no período de março a junho de 2021. A média de idade dos pacientes foi de 69,91 anos, destes, 52,27% eram do sexo feminino e 47,73% do sexo masculino. Em relação a classificação do estado nutricional, segundo o IMC, a maior incidência foi de pacientes com baixo peso (43,18%), seguida de eutróficos (36,36%). Quanto à terapia nutricional, 50% estavam recebendo alimentação via enteral e 29,55%, alimentavam-se pela via oral e cerca de 20,45% recebiam alimentação por via enteral associada à oral. Entre os sintomas gastrointestinais, as maiores incidências foram constipação (54,55%), anorexia (36,36%), diarreia (27,27%) e vômito (18,18%). Não houve associação significativa entre o estado nutricional e as manifestações gastrointestinais apresentadas. Houve associação significativa entre os sintomas e a via de alimentação, como a ausência de vômito ($p = 0,0023$), náusea ($p = 0,0468$) e hiporexia ($p = 0,0113$) e menor incidência de anorexia ($p = 0,0003$) em pacientes com alimentação por via enteral exclusiva. **Conclusão:** a presença de sintomas adversos devido as medicações utilizadas e progressão da doença, associadas ao estado nutricional é comum nessa população e há necessidade de novas pesquisas que possam contribuir para otimização das condutas dietoterápicas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Estado nutricional. Terapia nutricional.

Abstract

Objective: To identify the gastrointestinal symptoms of patients hospitalized in palliative care and to relate to nutritional status and the feeding route used. **Method:** Demographic data, nutritional status data, feeding route and

gastrointestinal symptoms were collected from patients' medical records. Result: A total of 44 medical records of patients hospitalized under palliative care from March to June 2021 were evaluated. The mean age of the patients was 69.91 years, of which 52.27% were female and 47.73% were male. Regarding the classification of nutritional status, according to BMI, the highest incidence was of patients with low weight (43.18%), followed by eutrophic patients (36.36%). Regarding nutritional therapy, 50% were receiving enteral feeding and 29.55% were fed orally and about 20.45% received enteral feeding associated with oral feeding. Among the gastrointestinal symptoms, the highest incidences were constipation (54.55%), anorexia (36.36%), diarrhea (27.27%) and vomiting (18.18%). There was no significant association between nutritional status and gastrointestinal manifestations presented. There was a significant association between symptoms and the feeding route, such as the absence of vomiting ($p = 0.0023$), nausea ($p = 0.0468$) and hyporexia ($p = 0.0113$) and lower incidence of anorexia ($p = 0.0003$) in patients with exclusive enteral feeding. Conclusion: the presence of gastrointestinal symptoms due to the medications used and the progression of the disease, associated with the nutritional status, is common in this population and there is a need for further research that may contribute to the optimization of the therapy.

Keywords: Palliative care. Nutritional status. Nutritional therapy.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma abordagem destinada a pacientes com doenças que apresentam impossibilidade terapêutica de cura, que necessitam de atenção para a mudança no foco das intervenções que devem ser direcionadas para o controle dos sintomas, avaliação e tratamento da dor, alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual, promovendo melhora da qualidade de vida e respeitando a morte como processo natural da vida^{1,2}.

O envelhecimento da população mundial está causando mudanças no perfil epidemiológico, com maior incidência de doenças crônicas e degenerativas que, ao longo do tempo, promovem perda da funcionalidade^{3,4}. A cada ano, cerca de 40 milhões de indivíduos demandam de cuidados paliativos no mundo. Porém, somente 14% o recebem a tempo de garantir o manejo adequado no fim da vida⁵.

O objetivo do cuidado deve ser o manejo dos sintomas apresentados em tais pacientes para garantir seu bem-estar e de sua família. Neste sentido, o papel da nutrição é identificar e colaborar para minimizar os desconfortos que podem estar associados à alimentação, além de contribuir para a preservação do peso e composição corporal e para a ressignificação do alimento⁶.

Dentre os sintomas físicos e psicológicos mais prevalentes estão, dor, anorexia, fadiga, ansiedade, sonolência, depressão, constipação, disfagia, dispneia e fraqueza⁵. Além disso, os pacientes em fase final de vida, costumam perder o interesse pela comida, apresentam náuseas, vômitos, boca seca, alterações no paladar, diarreia, constipação e obstrução intestinal, que comprometem o estado nutricional e a qualidade de vida dos indivíduos⁷.

Por meio de avaliação precoce é possível detectar o paciente em risco de desnutrição, além de identificar os sintomas gastrointestinais para direcionar a intervenção adequada com o objetivo de preservar o estado nutricional⁸. A perda de peso significativa e a desnutrição podem estar presentes nos pacientes em cuidados paliativos, gerando efeitos adversos na qualidade de vida, com presença de sintomas que o impedem de exercer suas atividades diárias e que levam ao sofrimento do paciente e de sua família⁹.

O uso da terapia nutricional por vias alternativas, como sonda nasoentérica ou nutrição parenteral, em pacientes com doenças em estágios avançados é muito discutido, pois sabe-se que as terapias nutricionais invasivas não melhoram a sobrevida do paciente, podendo ser um fator de estresse, além de provocar sintomas como náuseas e dor abdominal^{10,11}. A decisão entre a via de alimentação recomendada deve ser discutida entre o paciente, sua família e a equipe, visando o cuidado nutricional para conforto^{2,7,8}. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar os sintomas gastrointestinais de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos, e sua associação com o estado nutricional e a via de alimentação.

MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico localizado na cidade de São Carlos, SP. Realizou-se uma pesquisa prospectiva, exploratória, descritiva e de caráter quantitativo, na qual avaliou-se os dados do prontuário eletrônico do paciente por meio do sistema informatizado MV.

Foram analisados 44 prontuários de pacientes adultos hospitalizados em cuidados paliativos, no período de março a junho de 2021. A amostra foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de todos os gêneros, com via de alimentação oral, enteral ou mista, em cuidados paliativos descritos pelo médico em prontuário clínico. Foram excluídos da amostra pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI), com idade inferior a 18 anos ou ausência de registros no

prontuário de dados necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Realizou-se, então, a coleta de dados por meio das evoluções dos profissionais do hospital, com um instrumento estruturado baseado nos objetivos do estudo, dispensando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466/212 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para identificação do perfil dos pacientes, foram utilizados dados demográficos e dados do estado nutricional, tais como: gênero, idade, raça, tempo de internação, estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), classificados conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde para adultos¹² e de Lipschitz para idosos¹³. Foram coletados dados em relação a via de alimentação utilizada e os sintomas gastrointestinais apresentados (náusea, vômito, anorexia, xerostomia, sialorreia, disfagia, odinofagia, distensão abdominal, saciedade precoce, diarreia e/ou constipação), com registros disponíveis nas evoluções dos profissionais do hospital.

Os dados foram digitados e tabulados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel. Para análise dos dados, no software R, versão 4.1.0¹⁴, foi utilizada estatística descritiva, pelo cálculo de frequência, percentuais, média, mediana e desvio padrão. Na análise das variáveis, sintomas gastrointestinais, via de alimentação e estado nutricional, foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar ocorrência de associação e utilizou-se nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada em 14 de fevereiro de 2021, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Santa Casa de São Carlos, SP, com número de parecer 4.539.937 (CAAE: 42956921.0.0000.8148).

RESULTADOS

Foram avaliados todos os pacientes internados sob cuidados paliativos que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, no período de março a junho de 2021, totalizando 44 prontuários. A média de idade dos pacientes adultos foi de 49,58 anos, variando de 35 a 59 anos, com IMC médio de 24,25 kg/m², entre os pacientes idosos, a média de idade foi de 77,53 anos, variando entre 61 e 89 anos, com IMC médio de 22,97 kg/m². No total, a amostra foi composta por 52,27% pacientes do sexo feminino e 47,73% do sexo masculino. A maior parte da amostra foi composta por indivíduos de raça branca (70,72%).

Na avaliação do estado nutricional considerando o IMC, a maior incidência foi de pacientes com baixo peso (43,18%), seguida de eutróficos (36,36%) (Tabela 1). Quanto à terapia nutricional, 50% estavam recebendo alimentação via enteral e 29,55%, alimentavam-se pela via oral e cerca de 20,45% recebiam alimentação por via enteral associada à oral.

Tabela 1 – Dados do estado nutricional e características de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos em hospital filantrópico de São Carlos, SP, 2021

Variáveis	n = 44	%
Baixo peso	19	43,18
Eutrofia	16	36,36
Sobrepeso e Obesidade	9	20,46
Gênero Feminino	23	52,27%
Gênero Masculino	21	47,73%
Etnia Branca	31	70,72%
Etnia Parda	11	25%
Etnia Preta	2	4%
Diagnóstico Câncer	12	27%
Diagnóstico Covid	5	11%
Diagnóstico Doença Renal	4	9%
Diagnóstico AVC	8	18%
Diagnóstico Sepsis	1	2%
Diagnóstico abdômen vascular agudo	1	2%
Doença Pulmonar	13	29%
Motivo Internação – Dor generalizada	17	39%
Motivo Internação – Falta de ar	18	41%
Motivo Internação – Dor abdominal	1	2%
Motivo Internação – Paralisia em membros	8	18%

Na avaliação do estado nutricional considerando o IMC para adultos (Tabela 2) foi observado paridade entre os pacientes classificados com baixo peso (33,33%), eutrófico (33,33%) e sobrepeso ou obesidade (33,33%). Enquanto que, na avaliação do estado nutricional considerando o IMC para idosos (Tabela 3), houve a prevalência de 46,87% de pacientes baixo peso, 37,5% eutróficos e 15,63% com sobrepeso ou obesidade.

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional dos adultos segundo o IMC, conforme pontos de corte da Organização Mundial da Saúde de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos em hospital filantrópico de São Carlos, SP, 2021

Variáveis	n = 12	%
Baixo peso	4	33,33
Eutrofia	4	33,33
Sobrepeso e Obesidade	4	33,33

Tabela 3 – Classificação do estado nutricional dos idosos segundo o IMC, conforme pontos de corte de Lipschitz de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos em hospital filantrópico de São Carlos, SP, 2021

Variáveis	n = 32	%
Baixo peso	15	46,87
Eutrofia	12	37,5
Sobrepeso e Obesidade	5	15,63

Entre os sintomas gastrointestinais, as maiores incidências foram constipação (54,55%), anorexia (36,36%), diarreia (27,27%) e vômito (18,18%). Os demais sintomas apresentados foram disfagia (13,64%), hiporexia (11,36%), náusea (9,09%) e sialorreia (6,82%). Houve associação significativa entre os sintomas e a via de alimentação, como a ausência de vômito ($p = 0,0023$), náusea ($p = 0,0468$) e hiporexia ($p = 0,0113$) e menor incidência de anorexia ($p = 0,0003$) em pacientes com alimentação por via enteral exclusiva, quando comparada à via oral e à via mista (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise dos sintomas gastrointestinais apresentados e via de alimentação dos pacientes hospitalizados em cuidados paliativos em hospital filantrópico de São Carlos, SP, 2021

Sintomas	Via oral		Via enteral		Via enteral e oral		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Anorexia	9 (69,23)	4 (30,77)	2 (9,09)	20 (90,91)	5 (55,56)	4 (44,44)	0,0003
Constipação	7 (53,85)	6 (66,67)	14 (63,64)	8 (36,36)	3 (33,33)	6 (66,67)	0,3246
Diarreia	3 (23,08)	10 (76,92)	7 (31,82)	15 (68,18)	2 (22,22)	7 (77,78)	0,8239
Disfagia	3 (23,08)	10 (76,92)	2 (9,09)	20 (90,91)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,5316
Hiporexia	4 (30,77)	9 (69,23)	0	22 (100)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,0113
Náusea	3 (23,08)	10 (76,92)	0	22 (100)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,0468
Sialorreia	1 (7,69)	12 (92,31)	1 (4,55)	21 (95,45)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,7733
Vômito	5 (38,46)	8 (61,54)	0	22 (100)	3 (33,33)	6 (66,67)	0,0023

Não houve associação estatística significativa entre o estado nutricional e a ocorrência de sintomas gastrointestinais, para esta análise foram considerados pacientes com sobrepeso e obesidade (I, II, III) em um único grupo (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise dos sintomas gastrointestinais apresentados e classificação do estado nutricional dos pacientes hospitalizados em cuidados paliativos em hospital filantrópico de São Carlos, SP, 2021

Sintomas	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso/obesidade		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Anorexia	9 (47,37)	10 (52,63)	6 (37,5)	10 (62,5)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,2339
Constipação	11 (57,89)	8 (42,11)	7 (43,75)	9 (56,25)	6 (66,67)	3 (33,33)	0,5335
Diarreia	3 (15,79)	16 (84,21)	4 (25)	12 (75)	5 (55,56)	4 (44,44)	0,1211
Disfagia	4 (21,05)	15 (78,95)	1 (6,25)	15 (93,75)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,625
Hiporexia	4 (21,05)	15 (78,95)	0	16 (100)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,249
Náusea	1 (5,26)	18 (94,74)	2 (12,5)	14 (87,5)	1 (11,11)	8 (88,89)	0,8186
Sialorreia	2 (10,53)	17 (89,47)	1 (6,25)	15 (93,75)	0	9 (100)	1
Vômito	2 (10,53)	17 (89,47)	4 (25)	12 (75)	2 (22,22)	7 (77,78)	0,5247

DISCUSSÃO

A amostra apresentou maior prevalência de pacientes com baixo peso (43,18%). A alta prevalência de desnutrição é relatada principalmente em pacientes com doenças em estágios avançados, como câncer em tratamento paliativo, pois o impacto sobre o estado nutricional progride conforme os sintomas que surgem no fim da vida^{15,16}. O presente estudo estima a prevalência de sintomas gastrointestinais em pacientes hospitalizados em cuidados paliativos e suas associações com a via de alimentação e o estado nutricional classificado segundo o IMC.

A análise do estado nutricional da amostra (n=44), de acordo com a antropometria medida pelo IMC, obteve média de 23,33 kg/m², corroborando com estudos que também relataram IMC normal em pacientes em cuidados paliativos, apesar de apresentarem perda de peso grave e de massa muscular^{9,15,16}. No presente estudo, apesar da média do IMC normal, foi observado maior prevalência de pacientes classificados com baixo peso (43,18%). Ao estratificar a amostra entre adultos (n=12) e idosos (n=32), notou-se uma similaridade na classificação de desnutrição, eutrofia e sobrepeso ou obesidade entre os pacientes adultos, enquanto que, entre os pacientes idosos, houve a prevalência de 46,87% de pacientes baixo peso. Observa-se que, em um estudo realizado por Carvalho et al.¹⁷, no qual analisaram 29 fichas de acompanhamento nutricional de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos,

obtiveram resultado semelhante ao presente estudo, com prevalência de 51,7% de pacientes desnutridos, 31% eutróficos e 17,3% com sobrepeso.

É importante salientar que não é recomendado utilizar somente o IMC como parâmetro exclusivo para diagnóstico nutricional, pois é apenas um indicador antropométrico e não evidencia a composição corporal, sendo ideal utilizar indicadores associados que avaliam vários aspectos do paciente, como sinais e sintomas, condição clínica, capacidade funcional e exame físico, para um diagnóstico nutricional mais preciso⁹. Em um estudo observacional de coorte retrospectivo realizado por Serna et al.¹⁸, a desnutrição foi comumente encontrada em pacientes sob cuidados paliativos e aumentou durante o seguimento, ocorrendo o mesmo com os pacientes eutróficos. Ainda, foram observadas diferenças entre o diagnóstico nutricional e o IMC, podendo levar ao erro de classificação do diagnóstico e diminuição da eficácia da assistência prestada ao paciente.

Os sintomas gastrointestinais analisados foram apresentados por 100% dos pacientes, sendo a maior prevalência de constipação (54,55%), anorexia (36,36%), diarreia (27,27%) e vômito (18,18%). No estudo realizado por Cavichiolo et al. (9), também encontraram prevalência de anorexia (57,45%) e constipação (46,81%), além de outros sintomas, como, boca seca (55,32%), saciedade precoce (48,94%) e náuseas (40,43%), em pacientes internados em cuidados paliativos. Bovio et al.¹⁹, também constataram manifestações gastrointestinais nos pacientes, sendo que 49% relataram anorexia. Silva et al.²⁰, ao entrevistarem 50 pacientes em cuidados paliativos, também observaram queixa de inapetência (38%), redução do apetite (34%), náuseas (44%), vômitos (20%) e constipação em 36% dos pacientes. A presença de constipação intestinal é frequente em pacientes em cuidados paliativos, por ser efeito colateral comum do uso de medicamentos para controle da dor²¹.

É comum pacientes apresentarem anorexia desde o diagnóstico da doença até o fim do tratamento paliativo, geralmente esse sintoma ocorre em concomitância com outros. A anorexia afeta o estado nutricional, provocando perda de peso ponderal grave, causando alterações que afetam a qualidade de vida, devido a mudança da composição corporal, levando a debilidade física e perda da autonomia²². Tais sintomas, devem ser identificados pelos profissionais de saúde, o mais precocemente possível para direcionar a intervenção terapêutica, com melhor escolha da terapia nutricional e medicamentosa, para auxiliar na redução dos efeitos colaterais do tratamento e assegurar o conforto e qualidade de vida²³. Ademais,

destaca-se que, em estudo realizado por Moraes et al.²⁴, a desnutrição é apontada pelos pacientes como uma desnutrição psicológica e sociológica, além de física. Logo, a perda de peso pode ser um símbolo de progressão da doença, perda de controle sobre o próprio corpo e fraqueza física e emocional, simbolizando uma proximidade da morte.

Em relação a terapia nutricional, pacientes e seus cuidadores consideram a nutrição artificial benéfica, uma vez que a presença de anorexia no fim da vida desperta angústia nos cuidadores e profissionais, o que pode estar associado ao uso frequente de sonda enteral para alimentação. Na presente pesquisa, uso de terapia nutricional enteral foi o mais prevalente (70,45%). No estudo de Cruz et al.¹¹, constataram que apenas 15,7% dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, estavam em uso de terapia nutricional enteral e 84,3% foram alimentados por via oral.

A escolha da via de administração da dieta aos pacientes é um dilema entre os profissionais de saúde, pois muitos fatores interferem na decisão, já que a alimentação possui diversos significados relacionados a cultura e aos hábitos alimentares do indivíduo, além de envolver afeto e cuidado²¹. A utilização da via enteral ou parenteral para alimentação é mais comum em pacientes que apresentam distúrbios do trato gastrointestinal ou déficits neurológicos, que impeçam a alimentação por via oral^{11,25}. Alguns autores constataram que instituição de terapia nutricional não parece oferecer benefícios na sobrevida, melhora do estado nutricional e provavelmente não proporciona melhor qualidade de vida^{25,26,27,28}. A alimentação por via oral será sempre preferencial, desde que o paciente apresente condições clínicas e que o trato gastrointestinal esteja íntegro. Além disso, é fundamental o respeito a autonomia do paciente, buscando compreender seus desejos e expectativas em relação à alimentação para que ele também participe das decisões para tomada de conduta^{21,29}.

Ao comparar a presença dos sintomas gastrointestinais em relação ao estado nutricional, não foi evidenciado diferença estatística significativa para nenhum sintoma. No estudo de Bovio et al.¹⁹, que avaliou a relação entre presença de sintomas do trato gastrointestinal superior com perda de peso e diminuição da ingestão alimentar, não encontraram valores significativos para os sintomas de náusea e vômito, mas constataram valores significativos para xerostomia ($p = 0,031$) e anorexia ($p = 0,001$). Já no estudo de Cavichiolo et al.⁹, foi encontrada relação com

valores significativos entre presença de anorexia ($p = 0,0374$) e náuseas ($p = 0,0232$) em pacientes classificados como gravemente desnutridos.

Os pacientes que utilizavam alimentação por sonda, apresentaram menor ocorrência de manifestações gastrointestinais quando comparados aos pacientes que se alimentavam por via oral ou via mista (enteral e oral), valores significativos foram encontrados principalmente para vômito ($p = 0,0023$), náusea ($p = 0,0468$), anorexia ($p = 0,0003$) e hiporexia ($p = 0,0113$). No estudo de Cruz et al.¹¹, também não encontraram significância estatística para apetite e constipação, ao relacionar a via de alimentação com a presença dos sintomas, porém constataram que pacientes em uso de terapia nutricional por sonda apresentaram escore significativamente maior para náusea. Os pacientes da presente pesquisa, em uso de sonda para alimentação, apresentaram ausência de vômito, náusea, hiporexia e menor incidência de anorexia, o que difere do relatado na literatura, que sugere que é comum a ocorrência de sintomas gastrointestinais em pacientes em uso de terapia nutricional enteral, principalmente diarreia, vômito e náusea, incluindo as sensações de fome e sede. Uma possível influência para a ausência dos sintomas em tais pacientes, pode ser devido ao uso de procinéticos como parte da rotina para proteção gástrica, controle da intolerância gastrointestinal relacionada a nutrição enteral e prevenção do risco de aspiração³⁰.

Vale ressaltar que o aparecimento de manifestações gastrointestinais é multifatorial e é difícil determinar se a causa do sintoma é a alimentação enteral, progressão da própria doença ou uso de medicamentos³¹. Sendo assim, é essencial o atendimento e acompanhamento multiprofissional, para avaliar e detectar precocemente os possíveis efeitos colaterais do tratamento. As intervenções multidisciplinares são fundamentais para adequar as terapias medicamentosas e nutricionais, com o intuito de prevenir o aparecimento de sintomas e promover alívio do sofrimento²⁰.

CONCLUSÃO

Conclui-se que indivíduos que apresentam doenças avançadas em tratamento paliativo, frequentemente sofrem com efeitos adversos devido ao uso de medicamentos e progressão da própria doença, que se associam ao risco nutricional. Dessa forma, torna-se fundamental a avaliação nutricional e identificação precoce de manifestações gastrointestinais, para direcionar as intervenções relacionadas à nutrição com o objetivo de preservar o estado nutricional e auxiliar no controle de sintomas. A conduta nutricional nos cuidados paliativos deve respeitar as decisões

do paciente, e o nutricionista tem papel essencial em fornecer amparo a ele e a sua família, além de contribuir para a ressignificação do alimento. As intervenções multiprofissionais contribuem para o cuidado integral do paciente e para a decisão da terapia nutricional adequada, respeitando a vontade do indivíduo, priorizando o manejo adequado dos sintomas e proporcionando o máximo de conforto e qualidade de vida. Vale ressaltar que são necessárias novas pesquisas com esse perfil populacional e a relação com estado nutricional, via de alimentação e sintomas gastrointestinais, a fim de contribuir para otimizar as condutas dietoterápicas.

REFERÊNCIAS

1. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 2021 Nov 29]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf.
3. Sawatzky R, Porterfield P, Lee J, Dixon D, Lounsbury K, Pesut B, Roberts D, Tayler C, Voth J, Stajduhar K. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1):1-14.
4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [acesso em 2021 Nov 29]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
5. Oliveira LC. Cuidados paliativos: por que precisamos falar sobre isso? *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(4):45-58.
6. Caro MMM, LAVIANO A, PICHARD C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr*. 2007; 26(3):289-301.
7. Gillespie L, Raftery AM. Nutrition in palliative and end-of-life care. *Br J Community Nurs*. 2014; 19(7):15-20.
8. Fuhrman MP, Herrmann VM. Bridging the continuum: nutrition support in palliative and hospice care. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):134-41.
9. Cavichiolo MO, Osaida LN, Schneider F, Vayega SA. Estado nutricional e sintomas gastrointestinais de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *BRASPEN J*. 2017; 32(1):25-29.
10. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: ANCP; 2012. [acesso em 2021 Jan 26]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
11. Cruz FCS, Borges FM, Silva EHE, Pena GG. O estado nutricional e a alimentação via sonda estão associados à qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos? *DEMETRA*. 2019, 14:1-14.
12. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry [Internet]. Geneva: WHO, 1995. [acesso em 2021 Dez 26]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*. 1994; 21(1):55-67.
14. R Core Team. A language and environment for statistical computing [Internet]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2021. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.
15. Aktas A, Walsh D, Galang M, O'Donoghue N, Rybicki L, Hullihen B, Schleckman E. Underrecognition of Malnutrition in Advanced Cancer: The Role of the Dietitian and Clinical Practice Variations. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(6):547-55.
16. Acreman S. Nutrition in palliative care. *Br J Community Nurs*. 2009;14(10):427-431.
17. de Carvalho TAA, Cáceres L de A, Dias CA, de Alencar AS, Oliveira L de, Irigaray MM, Zampieri Gonçalves CC, Kawanami EA, Hayashi SY. Perfil nutricional de pacientes em Cuidados Paliativos de um Hospital de Ensino. PECIBES [Internet]. [acesso em 2022 Jan 18]. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/6900>.
18. Gómez Serna MI, López D, Pérez García YE, Montoya Restrepo ME. La evaluación nutricional del paciente oncológico en cuidado paliativo es una pieza clave de la atención integral y la supervivencia. *Nutr Hosp* 2022;39(4):814-823.
19. Bovio G, Montagna G, Bariani C, Baiardi P. Upper gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer: relationship to nutritional and performance status. *Support Care Cancer*. 2009; 17:1317-1324.
20. 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. *Rev Dor*. 2010;11(4):282-288.
21. Correa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev. Bras. Cancerol*. 2007; 53(3):317-323.
22. Magalhães ES, Oliveira AEM de, Cunha NB. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Arch Health Sci*. 2018; 25(3):4-9.
23. Almeida RR, Costa LM, Santos FFP, Oliveira JS, Santos JC, Oliveira VC. Estado nutricional e sua associação com o perfil sintomatológico de pacientes em cuidados paliativos internados em um hospital de urgências do nordeste brasileiro. *BRASPEN J*. 2020; 35(2):139-143.
24. Moraes SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana, ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor*. 2016;17(2):136-140.
25. Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2002;10 (8):630-636.
26. Torelli GF, Campos AC, Meguid MM. Use of TPN in terminally ill cancer patients. *Nutrition*. 1999;15(9):665-667.
27. Prevost V, Grach MC. Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(5):581-590.

28. Dy SM. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23(5):369-377.
29. Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9):1875-1882.
30. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. *Terapia Nutricional no Paciente Grave* [Internet]. 2011. [acesso em 2022 Fev 08]. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_no_paciente_grave.pdf.
31. Brotherton AM, Judd PA. Quality of life in adult enteral tube feeding patients. *J Hum Nutr Diet*. 2007;20(6):513-522.

Submissão: 15/02/2022

Aprovação: 19/12/2022