

Conduas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa

Management Approach for Anorexia in Palliative Care: An Integrative Literature Review

Conducta Para el Manejo de Anorexia en Cuidado Paliativo: Revisión Integradora

Raquel Bezerra Barbosa de Moura^{1*}; Ângelo Brito Pereira Melo²; Thamires Ribeiro Chaves³; Luciana Maria Martínez Vaz⁴; Janine Maciel Barbosa⁵; Renan Gondim Araújo⁶

Como citar este artigo:

Moura RBB, Melo ABP, Chaves TR, *et al.* Conduas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. Rev Fun Care Online. 2020. jan./dez.; 12:737-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.9432>

ABSTRACT

Objective: The study's main goal has been to identify scientific evidence on the management of anorexia in palliative care. **Methods:** This is an integrative review, whose data collection occurred by researching four databases/virtual libraries. Articles in Portuguese, English, and Spanish, published over the last ten years and with the full text available, were included. **Results:** 25 articles were selected, and two thematic axes were assigned to better illustrate the data found: pharmacological and non-pharmacological management. Corticosteroids, progestins, anamorelin, and dronabinol were the most-researched drugs for the control of anorexia, with greater evidence of effectiveness for the first three. In the non-pharmacological treatment, nutritional counseling was the most recommended measure, including the fortification of foods and the use of supplements and the more-controversial artificial nutrition. **Conclusion:** The findings of this review may aid in the development of protocols for the treatment of anorexia in palliative care.

Descriptors: Palliative care, Nutrition, Diet therapy, Anorexia, Drug therapy.

¹ Nutricionista, Especialista em Cuidados Paliativos pela UFPB, Especialista em Gerontologia pela UFPB, Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

² Odontólogo, Doutor em Endodontia, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos – UFPB, Prof. de Endodontia da UFPB, Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

³ Nutricionista, Mestre em Ciências da Nutrição pela UFPB, João Pessoa-PB-Brasil.

⁴ Nutricionista, Mestre em Ciências da Nutrição pela UFPB, Professora do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa-PB-Brasil.

⁵ Nutricionista, Doutora em Nutrição pela UFPE, Especialista em Cuidados Paliativos pela UFPB, Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

⁶ Nutricionista, Especialista em Cuidados Paliativos pela UFPB, Especialista em Nutrição em Nefrologia pelo Hospital das Clínicas da UFPE, Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar evidências científicas acerca das condutas para o manejo da anorexia em cuidados paliativos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, cujo levantamento bibliográfico dos dados deu-se através da pesquisa em quatro bases de dados/bibliotecas virtuais. Incluíram-se artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos e com o texto completo disponível. **Resultados:** Foram elegíveis 25 artigos, e foram atribuídos dois eixos temáticos para melhor ilustrar os dados encontrados: o manejo farmacológico e o não-farmacológico. Corticosteroides, progestinas, anamorelina e dronabinol foram os fármacos mais pesquisados para o controle da anorexia, com maiores evidências de eficácia nos 3 primeiros. No contexto não-farmacológico, o aconselhamento nutricional foi a medida mais indicada, incluindo a fortificação de alimentos e uso de suplementos e a nutrição artificial mais controversa. **Conclusão:** Os achados desta revisão podem colaborar para a elaboração de protocolos para o manejo da anorexia em cuidados paliativos.

Descritores: Cuidados paliativos, Nutrição, Dietoterapia, Anorexia, Tratamento farmacológico.

RESUMEN

Objetivo: El propósito principal del estudio ha sido identificar evidencia científica sobre el manejo de la anorexia en los cuidados paliativos. **Métodos:** Esta es una revisión integradora, cuya investigación bibliográfica de datos ocurrió mediante búsqueda en cuatro bases de datos/bibliotecas virtuales. Se incluyeron artículos en portugués, inglés y español, publicados en los últimos diez años y con texto completo disponible. **Resultados:** Fueron elegibles 25 artículos, siendo atribuidos dos ejes temáticos para ilustrar mejor los datos encontrados: el manejo farmacológico y el no farmacológico. Corticosteroides, progestinas, anamorelina y dronabinol han sido los fármacos más buscados para el control de la anorexia, con mayores evidencias de eficacia en los 3 primeros. En el contexto no farmacológico, el asesoramiento nutricional fue la medida más indicada, incluyendo la fortificación de alimentos y uso de suplementos y la nutrición artificial más controversia. **Conclusión:** Los hallados de esta revisión pueden colaborar para la elaboración de protocolos para el manejo de la anorexia en cuidados paliativos.

Descriptor: Cuidados paliativos, Nutrición, Dietoterapia, Anorexia, Tratamiento farmacológico.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a filosofia dos Cuidados Paliativos é visualizada ainda nos primórdios da era cristã. No Brasil, seu início data da década de 80, com potencial crescimento a partir do ano 2000.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua Cuidados Paliativos como sendo uma abordagem que busca a prevenção e alívio do sofrimento, melhorando, assim, a qualidade de vida de pacientes e familiares que são acometidos de enfermidades fatais, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais.²

A anorexia é a perda de apetite ou o desejo de comer, sendo comum entre pacientes com doenças graves, crônicas e ameaçadoras da vida.³ Em casos de doenças avançadas, pode levar ao declínio do estado nutricional, à perda de massa magra, bem como ao comprometimento da função muscular, fato este que afeta a qualidade de vida e são indicadores de mau prognóstico.⁴

Nessa perspectiva, vê-se a atuação do nutricionista como um grande desafio na prática clínica em se tratando de pacientes em cuidados paliativos, sobretudo no manejo de sintomas clínicos comuns como anorexia, perda ponderal e outros que causam impacto direto na condição nutricional, havendo necessidade de uma intervenção que busque a manutenção do estado nutricional como também promover o bem-estar, nas diversas fases da doença. Os objetivos do suporte nutricional, à medida que a terminalidade da vida se aproxima, voltam-se mais para a qualidade de vida do que para a adequação nutricional. É aí que entra o grande dilema entre conciliar a intervenção nutricional e a finalidade da palição de oferecer conforto e auxiliar no controle dos sintomas.⁵

Isto posto, levanta-se o seguinte problema norteador: Quais as condutas mais eficazes no manejo da anorexia em cuidados paliativos?

Diante da problemática suscitada, este estudo tem como objetivo Identificar evidências científicas acerca das condutas para o manejo da anorexia em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa cujo percurso metodológico se subdividiu em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.⁶

O levantamento bibliográfico foi realizado através de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PubMed e LILACS, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) entre os meses de março a maio de 2019 utilizando os seguintes descritores controlados, com base no DeCS: “*palliative care*”, “*nutrition*” e “*anorexia*” unidos com o operador booleano “AND”, sendo o termo “*nutrition*” substituído pelo descritor “*diet therapy*” utilizando o operador booleano “OR”.

Os critérios de inclusão foram artigos completos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que apresentassem a temática proposta no título, resumo ou descritores. Foram critérios de exclusão: cartas ao editor; editoriais e artigos que estivessem em duplicidade.

Após a seleção dos artigos, definiram-se as informações relevantes de cada estudo, descrevendo-as em quadros, agrupando-as em categorias temáticas e interpretando-as à luz da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a identificação e seleção das publicações conforme apresentado no fluxograma PRISMA (Figura 1), 25 artigos foram analisados, cujos critérios de inclusão foram atendidos e responderam à questão norteadora, conforme apresentado na Tabela 1 e no Quadro 1.

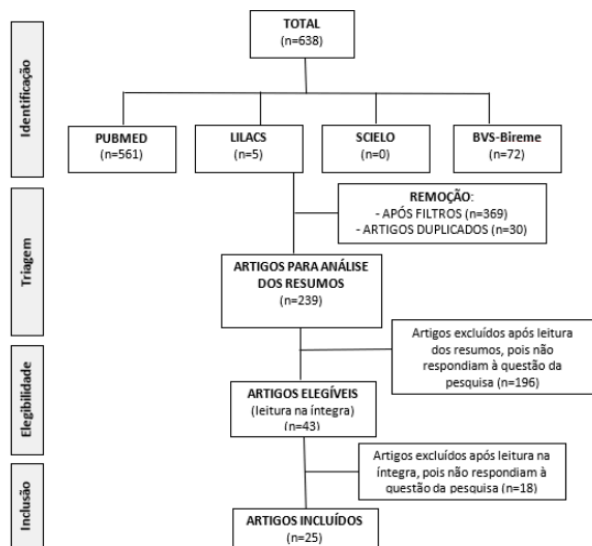


Figura 1 – Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement.⁷

Tabela 1 – Identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa. João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Artigo	Autor/Ano/ País	Tipo de estudo
1	Goto et al., 2019 / Japão ^a	Revisão
2	Hurlow, 2019/ Inglaterra ^a	Revisão
3	Okamoto; Shono; Nozaki-Taguchi, 2019/ Japão ^b	Estudo de Coorte (N=80)
4	Hisanaga et al., 2019/ Japão ¹	Guideline
5	Childs; Jatoi, 2019/ EUA ^a	Revisão
6	Kasvis; Vigano; Vigano, 2018/ Canadá ²	Revisão
7	Mücke et al., 2018/ Alemanha ³	Revisão
8	Hagmann et al., 2018/ EUA ⁴	Revisão
9	Lowe, 2017/ EUA ⁵	Revisão
10	Prommer, 2017/ USA ⁶	Revisão
11	Day, 2017/ Inglaterra ⁷	Revisão
12	Arends et al., 2017/ Alemanha ⁷	Guideline
13	Arends et al., 2017b/ Alemanha ⁸	Posicionamento de especialistas
14	Matsuo et al., 2016/ Japão ⁹	Estudo observacional prospectivo multicêntrico (N = 180)
15	Hatano et al., 2016/ Austrália ⁹	Estudo de Coorte (N=114)
16	Raghavan; Holley, 2016/ EUA ²¹	Revisão
17	Prommer, 2015/ EUA ²²	Revisão
18	Miller et al., 2014/ Irlanda do Norte ²³	Revisão (N=8)
19	Lynch, 2014/ EUA ²⁴	Revisão
20	Alesi; del Fabbro, 2014/ EUA ²⁵	Revisão
21	Kumar; Panda, 2014/ Índia ²⁶	Revisão
22	Ruiz Garcia et al., 2013/ Espanha ²⁷	Revisão
23	Von Gunten; Gafford, 2013/ EUA ²⁸	Revisão
24	McHugh; Miller-Saultz, 2011/ EUA ²⁹	Revisão
25	Andrew et al., 2009/ Reino Unido ³⁰	Estudo de Coorte (N=28)

Quadro 2 – Principais resultados dos artigos incluídos na revisão. João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Artigo	Principais achados
1	Tratamentos: suporte nutricional oral (SNO) e farmacológico. A nutrição parenteral (NP) não demonstrou benefício. Há evidências de progestinas e corticosteroides para tratamento da anorexia.
2	Terapias nutricionais (TN): ambiente adequado nas refeições, assistência e acessibilidade, alimentos fortificados, SNO, NP ou enteral.
3	A ingestão de alimentos aumentou nos 3 dias após o início da olanzipina (OLZ). Baixa dose de OLZ: tratamento promissor para a anorexia no câncer.
4	Corticosteroides: uso recomendado (1B); atenção com administração a longo prazo. Prostagagênio: uso sugerido (2B); atenção ao risco de embolia pulmonar.
5	NP: aumento nas complicações. Aconselhamento dietético (AD): relato de maiores benefícios. Progestinas e corticosteroides: melhoram o apetite. Anamorelina: melhora a anorexia. Dronabinol: inferior do que o acetato de megesterol (AM).
6	Corticosteroides: melhorias na anorexia e na qualidade de vida (QV). AM: melhora o apetite. Anamorelina: efeito positivo no apetite. Canabinoides: evidências sem qualidade para estimulação do apetite.
7	Nenhuma recomendação pode ser feita para o uso de canabinoides.
8	Abordagens não farmacológicas: dieta e atividade física. Opções farmacológicas: AM, dronabinol e dexametasona.
9	Medidas não farmacológicas: pequenas refeições, alimentos fortificados, introduzir SNO, pratos culturais e refeições familiares. Avaliar metas em conjunto com o estágio da doença antes de decidir se a nutrição artificial (NA) deve ser iniciada. Medidas farmacológicas: AM: estimula o apetite.
10	Anamorelina: reverte os sintomas da anorexia.
11	Medidas não-farmacológicas: pequenas e frequentes refeições, encorajar o paciente a aproveitar os dias de melhor apetite. Corticoide pode ser usado, mas seu efeito é curto. A dietoterapia deve ser revisada à luz do estágio da doença.
12	Corticoides e progestinas aumentam o apetite. Canabinoides: dados clínicos consistentes insuficientes para recomendar. Anamorelina: melhora o apetite.
13	O AD é a primeira atitude para o manejo de pacientes oncológicos desnutridos. Na terminalidade, a nutrição é adaptada às necessidades sintomáticas e QV.
14	Baixas doses de corticoides melhoram a anorexia em pacientes oncológicos se tiverem condição razoável e sem sonolência.
15	Dexametasona: benefícios sintomáticos a curto prazo.
16	Pacientes com náuseas: utilizar antieméticos. Pacientes com gastroparesia, receber metoclopramida. Nos que não respondem: AM, dronabinol ou prednisona.
17	Suporte nutricional: AD, SNO e dieta enteral. AM: melhora significativa do apetite. Corticoides: melhora o apetite com efeitos de curta duração. O dronabinol é inferior ao AM. Anamorelina: diminuição dos sintomas de anorexia.
18	Estudos mostraram melhora no apetite com o corticosteroide estudado.
19	Tratamento de causas reversíveis. Farmacológico: AM e corticosteroides.
20	AM: tem um papel no tratamento da anorexia. Corticosteroides: úteis para propósitos de curto prazo. Anamorelina: pode melhorar os resultados relacionados aos sintomas fadiga-anorexia-caquexia.
21	AM: melhora o apetite. AD individualizado: melhora a ingestão alimentar.
22	AM: pode ser prescrito para aumentar o apetite e o ganho ponderal.
23	O uso de NP para pacientes em quimioterapia deve ser fortemente desencorajado. Corticosteroides e progestinas: eficazes na melhora do apetite.
24	AM: terapia de primeira linha para anorexia. Canabinoides: afetam a expressão de citocinas. Corticosteroides: suprime a resposta imune e a atividade das citocinas. Medidas não farmacológicas: Diários alimentares e apoio.
25	Intervenção: conselhos e medicamentos recomendados. Houve melhora ao longo das 4 semanas do estudo, sugerindo que os conselhos básicos e medidas simples de medicamentos podem ter impacto rápido nos sintomas.

SNO: Suporte Nutricional Oral; NP: Nutrição Parenteral; TN: Terapias nutricionais; OLZ: Olanzipina; AD: Aconselhamento Dietético; AM: Acetato de Megesterol; QV: Qualidade de Vida; CP: Cuidados Paliativos; NA: Nutrição Artificial; EN: Estado Nutricional.

Observa-se que 64% dos artigos encontrados trazem o manejo da anorexia no contexto do paciente oncológico. Isto traz a perspectiva do grande número de publicações em CP relacionadas aos pacientes com câncer haja vista que esta patologia se encontra como a segunda principal causa de morte no mundo, onde a apresentação tardia e o diagnóstico e tratamento inacessíveis são comuns³¹ sendo a abordagem da palição imprescindível.

Para melhor ilustrar os resultados, foram elaborados dois eixos temáticos quanto ao manejo da anorexia em CP: farmacológico e não-farmacológico.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Dos 25 artigos, 24 (96%) abordam o uso de

medicamentos utilizados no manejo da anorexia em CP. Os medicamentos mais citados foram: corticosteroides (70,8%), progestinas (62,5%), anamorelina (33,3%), e o dronabinol (33,3%).

Corticosteroides

O uso de corticosteroides demonstrou evidências benéficas em pacientes oncológicos, incluindo a dexametasona, metilprednisolona e betametasona.²³ De acordo com o *Guideline da European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) para pacientes oncológicos,¹⁷ não há evidências suficientes para recomendar um determinado tipo de corticoide em detrimento de outro, porém, a dexametasona é frequentemente selecionada devido à ausência de efeitos mineralocorticoides.²⁸

Em 2017, um estudo realizado no Japão que objetivou identificar os fatores potenciais que predizem respostas aos corticosteroides para anorexia em pacientes oncológicos recebendo serviços de CP e explorar os efeitos clínicos desse tratamento. Os pacientes tinham câncer avançado e um escore de intensidade de anorexia acima de 4 numa escala de 0 a 10 (NRS). Identificou-se que o preditor mais importante foi a condição geral do paciente (Escala de Performance Paliativa – PPS > 40) e os corticosteroides alcançaram uma redução de 2,3 pontos na escala NRS de anorexia. Concluiu-se que os pacientes com câncer avançado podem se beneficiar com o uso de corticosteroides se tiverem uma condição geral razoável e sem sonolência.¹⁹

O efeito antianorético dos corticoides é considerado transitório, desaparecendo após algumas semanas. Os efeitos colaterais mais comuns associam-se à duração do tratamento e dose cumulativa: síndrome de Cushing, resistência à insulina, hiperglicemia, insuficiência adrenal, imunossupressão, risco de infecção e osteopenia.^{14, 17} A ESPEN (2017) sugere que o uso de corticosteroides em pacientes oncológicos deve ser indicado nos casos de expectativa de vida curta, especialmente se tiverem outros sintomas que também possam ser aliviados com este tipo de medicamento, como dor ou náusea, devido aos efeitos adversos com o uso prolongado.¹⁷

Progestinas (Acetato de Megestrol)

Dentre os agentes progestacionais mais estudados, está o AM — um derivado sintético do hormônio progesterona.²⁸ Revisões recentes apontam o AM como um eficaz estimulante de apetite, sendo considerado um tratamento de primeira linha na anorexia em pacientes oncológicos.²⁹

Uma revisão publicada na *The Cochrane Library* em 2013 mostrou que o AM melhora o apetite, tem um pequeno efeito no ganho ponderal, não melhora a QV e pode acarretar efeitos colaterais, principalmente quando utilizado em altas dosagens, como a ocorrência de trombos e mortes.²⁷ Corroborando esses achados, Childs e Jatou apresentaram, em 2019, uma revisão da anorexia e como administrá-la em pacientes oncológicos, cujo resultado mostrou que, de fato, o AM melhora o apetite em pacientes com câncer avançado.⁴ Os efeitos colaterais mais comuns do

uso do AM foram: aumento do risco de tromboembolismo; sendo aumentado pela quimioterapia concomitante;²⁸ diarreia; insuficiência adrenal¹⁴ e dispneia.¹²

O *Guideline* da ESPEN traz, como consenso, considerar o uso do AM para aumentar o apetite de pacientes oncológicos em quadro avançado, estando ciente dos graves efeitos colaterais. Com alto nível de evidência, observa-se o aumento do apetite e do peso, porém, o não aumento da massa magra.¹⁷

A duração da resposta ao AM é maior do que com os corticosteroides, sendo indicado em pacientes com uma expectativa de vida de alguns meses ou mais. Quanto aos pacientes com baixa expectativa de vida ou com história de tromboembolismo, indica-se o uso da dexametasona, por ser menos propenso a promover efeitos colaterais de corticoides em curto prazo.²⁸ Dos artigos estudados, as doses comuns de uso do AM foram de 160 a 1.600mg, com risco de tromboembolismo e outros eventos adversos em doses acima de 800mg.^{11, 17, 22, 24-26, 28}

Anamorelina

A anamorelina é análoga da grelina, porém com uma meia-vida de quase 7 a 12 horas, portanto, mais longa que a grelina natural,¹⁶ e vem sendo testada como agente de estimulação do apetite, demonstrando capacidade em melhorar a anorexia em CP.⁴

Prommer, em 2017, realizou uma atualização oncológica que objetivou analisar o efeito da anamorelina sobre a caquexia, concluindo que o fármaco reverte os sintomas da anorexia e aumenta a massa magra em pacientes com câncer de pulmão avançado, representando uma nova opção para o manejo da anorexia-caquexia do câncer.¹⁶

A dosagem utilizada de anamorelina nos estudos foi de 100mg/dia e as reações adversas comuns foram hiperglicemia, náuseas e edema.¹²

Dronabinol

O dronabinol é o canabinoide sintético mais estudado para reverter anorexia em pacientes em CP.²²

O *Guideline* da ESPEN traz que embora o dronabinol possa melhorar a percepção quimiossensorial e o apetite em pacientes com anorexia, tal evidência é fraca e não apoia uma recomendação.¹⁷ Em contrapartida, um estudo realizado no Canadá, com 54 pacientes submetidos a tratamento com canabinoide durante 3 meses a fim de avaliar as alterações nos escores de apetite apresentou, como resultado, uma melhora significativa neste escore entre o início e o acompanhamento após o tratamento, sem diferença significativa no peso.¹²

Uma recente revisão sistemática avaliou o uso de canabinoides em CP, de modo que os autores concluíram que nenhuma recomendação pode ser feita para o uso de canabinoides no tratamento de CP de câncer, HIV/AIDS ou demência, sendo necessárias mais pesquisas para identificar a segurança e eficácia deste fármaco.¹³ Os estudos

que compararam o AM com o dronabinol concluíram que este é inferior para a melhoria do apetite e ganho ponderal, além de não acrescentar nenhum benefício quando usado em combinação com o AM.^{22, 4}

Os principais efeitos adversos dos canabinoides são sonolência, tontura, euforia,¹⁴ desaceleração cognitiva,²⁴ ansiedade, fadiga, boca seca,¹² alucinações, e distúrbios cardiovasculares, havendo necessidade de uma prescrição criteriosa por se tratar de uma droga listada como psicotrópica e narcótica.¹⁷

MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO

O manejo não-farmacológico da anorexia é abordado em 40% dos artigos, ocorrendo principalmente através do aconselhamento nutricional (AN), suplementação oral (SO) e NA.

A alimentação tem um importante papel no bem-estar biopsicossocial dos pacientes em CP, afetando sua QV. Em geral, o AN é a primeira intervenção em pacientes anoréticos em CP e se dá após a avaliação pelo nutricionista, verificando a ingestão alimentar e a presença de sintomas relacionados ao baixo consumo, prescrevendo-se individualmente a dietoterapia.¹⁷

As intervenções de aconselhamento fornecem instruções a respeito da fortificação dos alimentos, mudanças de consistência, orientações quanto à frequência e quantidade das refeições, levando em consideração o quadro clínico e sintomas relacionados, além do ambiente propício e apoio familiar, haja vista que uma boa comunicação é essencial para se lograr um maior sucesso da intervenção.^{4-5, 15, 29, 17-18} Importante lembrar que, em CP, devem-se revisar os objetivos da dietoterapia à luz do estágio da doença de base, reconhecendo, como maior intenção, a busca pelo conforto, alívio de sintomas desagradáveis e promoção de melhor QV.⁵

Em 2009, Andrew e col. buscaram determinar se a avaliação padronizada e o manejo de sintomas comuns melhoravam os sintomas dos pacientes oncológicos em CP. Os conselhos não farmacológicos mais utilizados foram: coma pouco e muitas vezes, coma o que quiser, quando quiser, use pratos pequenos e coma seus alimentos favoritos. Observou-se a melhora dos sintomas ao longo de 4 semanas do estudo, sugerindo que os conselhos básicos e medidas simples de medicamentos podem ter impacto rápido nos sintomas.³⁰

Day, em 2017, trouxe algumas estratégias para o gerenciamento da anorexia elencadas por Miller em 2014: pequenas refeições ou lanches frequentes, lanches como nozes, sementes e frutas secas, sobremesas individuais e aproveitar os dias de melhor apetite. Quanto à fortificação dos alimentos, a estratégia seria reduzir as porções e aumentar a densidade calórico-proteica através da adição de 2 a 4 colheres de sopa de leite em pó desnatado em 580 mL de leite integral, usando esta preparação em cereais, sopas, pudins e vitaminas. Outro método é a adição de

queijos, manteigas e cremes em sopas e batatas e a adição de lentilhas ou feijões em sopas. Para os que apresentam saciedade precoce e não conseguem fazer uma refeição completa, é válido o acréscimo de proteínas aos lanches através de sobremesas individuais, iogurte do tipo grego, sementes, abacate e queijo.⁵

Corroborando a revisão de Day (2017), Lowey (2017) trouxe, como intervenção não farmacológica: cuidados com a boca; o encorajamento de pequenas refeições e lanches frequentes; maior refeição pela manhã ou, quando a energia é melhor, iniciar as refeições com alimentos ou líquidos fortificados; evitar alimentos e líquidos com pouco ou nenhum valor nutricional; fornecer pratos culturais e manter os rituais das refeições familiares, com ambiente agradável.¹⁵ Além dessas intervenções, Hurlow (2019) trouxe a preocupação com o apoio alimentar para garantir a acessibilidade aos alimentos e bebidas através de um melhor posicionamento da mesa, uso de implementos adaptados e assistência física para a alimentação.⁹

Quanto ao impacto sobre o ganho ponderal, resposta ao tratamento e sobrevida, os estudos de Von Gunten e Gafford (2013), Hagmann e colaboradores (2018) e Childs e Jatoi (2019) trazem que não há um impacto positivo nesse sentido, porém, a intervenção nutricional é encorajada, nos dois últimos artigos citados, pela observação que muitos pacientes que recebem o AN relatam benefícios na saúde e bem-estar geral maiores do que os que não recebem, justificando, assim, a importância da inclusão do nutricionista como parte da equipe de CP, demonstrando interesse e compromisso com o bem-estar daqueles que têm dificuldades para se alimentar.^{28, 14, 4}

O uso de SNO é indicado quando uma dieta enriquecida é ineficaz para alcançar as necessidades e quando há baixa aceitação devido à retenção de líquidos e ascite.^{18, 26} A prescrição deve ser individualizada e seu uso reavaliado.⁵

Estudo aponta uma reflexão a respeito do uso de SNO em pacientes oncológicos com inapetência, cuja estratégia está relacionada à tentativa de reduzir a perda ponderal. O uso de SNO não trata a anorexia em si e a aceitação do suplemento é barrada pela inapetência. Nesse sentido, fica a sugestão de se tentar minimizar a anorexia para, assim, tratar a perda ponderal.⁴

O uso de suporte nutricional enteral e parenteral em CP é bastante controverso. Childs e Jatoi (2019) trazem a incerteza da ESPEN quanto ao uso da nutrição enteral (NE) em pacientes oncológicos, apoiando seu uso apenas em pacientes com ingestão de nenhum alimento por mais de uma semana ou menos de 60% das necessidades por mais de 1-2 semanas, com escalonamento entre SNO, seguida de NE e, apenas por último, NP.¹⁸ Já as diretrizes para CP da National Comprehensive Cancer Network aconselham considerar a NE ou NP apenas quando o prognóstico é mais longo do que semanas a dias, porém, essa decisão deve ser bem determinada individualmente, e, na maioria dos casos, em pacientes com câncer avançado, há um forte

desencorajamento quanto ao uso de suporte nutricional invasivo.⁴

Em consonância com esses achados, Day (2017) traz que a NA deve ser uma abordagem focada no paciente, levando em consideração sua QV, status funcional e a trajetória da doença. À medida que a morte se aproxima, é natural que haja uma redução na ingestão oral e a NA continuada pode contribuir para a exacerbação de sintomas, como a dispnéia, provocando maior desconforto. A interrupção da NA deve ser bem trabalhada com os familiares, visto que muitos veem essa atitude como o apressar da morte por inanição, quando, na verdade, a intenção é minimizar o sofrimento.⁵

Diversos estudos como os de Von Gunten e Gafford (2013), Goto (2019), Kumar e Panda (2014) e Lowey (2017) concluíram que o uso da NA não reverte, por si só, a anorexia e pode piorar a QV dos pacientes, principalmente em estágio terminal, devido à ocorrência de complicações como náuseas e vômitos, diarreia, aspiração, dispneia, edema, aumento na incidência de infecções e complicações mecânicas.^{28, 8, 26, 15}

CONCLUSÕES

A presente revisão identificou que o manejo da anorexia em CP deve ser feito de forma individualizada, de acordo com os sintomas apresentados, estadiamento da doença de base e condições nutricionais. O uso da dexametasona é mais indicado em pacientes com baixa expectativa de vida devido aos potenciais efeitos colaterais em doses cumulativas, ao passo que o AM é recomendado para pacientes com expectativa de vida maior, devendo ser evitado quando há histórico de eventos trombóticos.

Evidenciou-se que a anamorelina reverte a anorexia em pacientes com câncer de pulmão, e que o uso do dronabinol não mostrou melhores efeitos na anorexia em comparação com os demais fármacos estudados. O AN é a principal medida não-farmacológica, buscando a promoção do alívio de sintomas relacionados à baixa ingestão alimentar, além de orientações para uso de alimentos fortificados, estímulo às refeições culturais e apoio familiar quanto à acessibilidade e assistência física. Para o uso de suporte enteral e parenteral, deve-se levar em consideração o prognóstico e a ocorrência de complicações.

Esses achados podem auxiliar os nutricionistas na elaboração de protocolos para o tratamento desse sintoma tão frequente no contexto dos CP, a fim de promover uma melhor QV e bem-estar a esses pacientes.

Observa-se que a maioria dos estudos incluídos na pesquisa trata-se de artigos de revisão, visto o baixo número de publicações originais trazendo a temática abordada, o que seria uma limitação deste estudo, evidenciando-se a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao manejo da anorexia em pacientes em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de cuidados paliativos ANCP ampliado e atualizado. 2nd ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 23–41.
2. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016; Available from: http://www.who.int/about/licens-ing/copyright_form/en/index.html
3. Del Ferraro C, Grant M, Koczywas M, Dorr-Uyemura LA. Management of anorexia-cachexia in late-stage lung cancer patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012;14(6):397–402.
4. Childs DS, Jatoti A. A hunger for hunger: a review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med*. 2019 Jan;8(1):50–8.
5. Day T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. *Br J Nurs*. 2017;26(21):1151–9.
6. Tavares de Souza M, Dias da Silva M, de Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102–6.
7. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* [Internet]. 2015 Dec 1;4(1):1. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>
8. Goto H, Kiyohara Y, Shindo M, Yamamoto O. Symptoms of and palliative treatment for unresectable skin cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(4).
9. Hurlow A. Nutrition and hydration in palliative care. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2019 Feb 2;80(2):78–85. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/hmed.2019.80.2.78>
10. Okamoto H, Shono K, Nozaki-Taguchi N. Low-dose of olanzapine has ameliorating effects on cancer-related anorexia. *Cancer Manag Res* [Internet]. 2019 Mar;11:2233–9. Available from: <https://www.dovepress.com/low-dose-of-olanzapine-has-ameliorating-effects-on-cancer-related-anor-peer-reviewed-article-CMAR>
11. Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, et al. Clinical guidelines for management of gastrointestinal symptoms in cancer patients: the japanese society of palliative medicine recommendations. *J Palliat Med*. 2019;22(8):1–12.
12. Kasvis P, Vigano M, Vigano A. Health-related quality of life across cancer cachexia stages. *Ann Palliat Med*. 2018;8(1):33–42.
13. Mücke M, Weier M, Carter C, Copeland J, Degenhardt L, Cuhls H, et al. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2018;9(2):220–34.
14. Hagemann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russell M, et al. Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2018 Aug;34(3):227–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S074920811830038X>
15. Lowey SE. Palliative care in the management of patients with advanced heart failure. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2018;1067:295–311. Available from: http://link.springer.com/10.1007/5584_2017_115
16. Prommer E. Oncology update: anamorelin. *Palliat Care Res Treat* [Internet]. 2017 Jan 21;10:1–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1178224217726336>
17. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11–48.
18. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(5):1187–96.
19. Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, Okamoto K, Matsumoto Y, Kaneishi K, et al. Predictors of responses to corticosteroids for cancer-related fatigue in advanced cancer patients: a multicenter, prospective, observational study. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(1):64–72.
20. Hatano Y, Moroni M, Wilcock A, Quinn S, Csikós Á, Allan SG, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: the net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(3):331–7.
21. Raghavan D, Holley JL. Conservative care of the elderly CKD patient: a practical guide. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2016;23(1):51–6.
22. Prommer EE. Palliative pharmacotherapy: state-of-the-art management of symptoms in patients with cancer. *Cancer Control*. 2015;22(4):403–11.

23. Miller S, McNutt L, McCann M-A, McCorry N. Use of corticosteroids for anorexia in palliative medicine: a systematic review. *J Palliat Med.* 2014;17(4):482-5.
24. Lynch MT. Palliative care at the end of life. *Semin Oncol Nurs.* 2014;30(4):268-79.
25. Alesi ER, del Fabbro E. Opportunities for targeting the fatigue-anorexia-cachexia symptom cluster. *Cancer J.* 2014;20(5):325-9.
26. Kumar M, Panda D. Role of supportive care for terminal stage hepatocellular carcinoma. *J Clin Exp Hepatol.* 2014;4(August):S130-9.
27. Ruiz Garcia V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;(3).
28. Von Gunten CF, Gafford E. Treatment of non-pain-related symptoms. *Cancer J (United States).* 2013;19(5):397-404.
29. McHugh ME, Miller-Saultz D. Assessment and management of gastrointestinal symptoms in advanced illness. *Prim Care Clin Off Pract [Internet].* 2011 Jun;38(2):225-46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454311000182>
30. Andrew IM, Waterfield K, Hildreth AJ, Kirkpatrick G, Hawkins C. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. *Palliat Med.* 2009;23(8):680-8.
31. OPAS. No Title [Internet]. OPAS. Folha informativa - câncer. 2019 [cited 2019 Jul 24]. p. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094

Recebido em: 04/02/2019

Revisões requeridas: 27/11/2019

Aprovado em: 07/02/2020

Publicado em: 05/06/2020

***Autor Correspondente:**

Raquel Bezerra Barbosa de Moura
Rua Eilzo Afonso Marques de Carvalho, 153, apto. 201
Água Fria, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: raquelnutri@gmail.com
Telefone: +55 (83) 98840.7734
CEP: 58053-018