

A HUMANIZAÇÃO E O ACOLHIMENTO ATRAVÉS DA NUTRIÇÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS

HUMANIZATION AND WELCOMING THROUGH NUTRITION IN PALLIATIVE CANCER PATIENTS

Manuela Maria Cohen Angeiras¹, Lua Mariana Bezerra da Paz¹

¹ Centro universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Resumo

A palavra câncer é usada para descrever uma patologia na qual caracteriza-se englobando inúmeras doenças diferentes entre si, mas com uma característica em comum: o crescimento anormal e desordenado de células, podendo espalhar-se e atingir outros órgãos, o que é chamado de metástase. Representando a segunda maior causa de morte no mundo, em 2018 foi responsável por 9.6 milhões de mortes. Os cuidados paliativos, abordagem que surge na década de 1960, é utilizada quando o paciente não responde mais a tratamentos com finalidade curativa. Frente a isso, faz-se necessário uma atenção humanizada e individualizada, acolhendo e proporcionando através dos cuidados nutricionais a melhora na qualidade de vida desses pacientes. O objetivo do estudo é mostrar como a dietoterapia individualizada, respeitando a escolha de cada paciente, acarreta a melhora da qualidade de vida, destacando a atuação do nutricionista. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, onde a coleta de dados se deu através das bases de dados Pubmed e Scielo. Foram incluídos artigos datados nos últimos 6 anos, além de informações coletadas na política nacional humanização. (2013), do ABC do câncer (2012) e de sites governamentais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS)

Palavras-chave: Câncer; Cuidados paliativos; Humanização da Assistência; Nutricionistas;

Abstract

The word cancer is used to describe a pathology in which it is characterized by encompassing many different diseases, but with one characteristic in common: the abnormal and disordered growth of cells, which can spread and reach other organs, which is called metastasis. Representing the second leading cause of death in the world, in 2018 it was responsible for 9.6 million deaths. Palliative care, an approach that emerged in the 1960s, is used when the patient no longer responds to treatments with a curative purpose. Faced with this, humanized and individualized care is necessary, welcoming and providing, through nutritional care, an improvement in the quality of life of these patients. The objective of the study is to show how individualized diet therapy, respecting the choice of each patient, leads to an improvement in quality of life, highlighting the performance of the nutritionist. It is a narrative bibliographical review, where data collection took place through the Pubmed and Scielo databases. Articles

dated in the last 6 years were included, in addition to information collected in the national humanization policy (2013), the ABC of cancer (2012) and government websites, such as the World Health Organization (WHO)

Keywords: *Cancer; Palliative care; Humanization of Assistance; Nutritionists;*

INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde do mundo e abrange um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizadas pelo crescimento celular descontrolado e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O câncer de mama feminina e o de próstata foram os mais incidentes, com 73 mil e 71 mil casos novos, respectivamente. Em seguida, o câncer de cólon e reto (45 mil), pulmão (32 mil), estômago (21 mil) e o câncer do colo do útero (17 mil). Essa doença é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: em média 7 milhões de pessoas morrem anualmente por câncer, constituindo assim, um grande problema de saúde pública global.¹

No Brasil, a distribuição dos diferentes tipos de câncer reflete uma transição epidemiológica em seguimento, o processo pelo qual as sociedades passam de um padrão de doenças infecciosas e desnutrição para um padrão de doenças crônicas e degenerativas. À medida que o Brasil se desenvolveu econômica e socialmente, houve uma redução nas taxas de doenças infecciosas e parasitárias. Simultaneamente, o país começou a observar um aumento na incidência de cânceres relacionados a estilos de vida, como cânceres de pulmão, mama e próstata. Com o aumento do envelhecimento da população, que projeta o crescimento descomunal de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer (com maior incidência para o câncer de pele não melanoma), o que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) imenso esforço para oferecer atenção adequada aos doentes. Esta perspectiva evidencia a necessidade de grande investimento na promoção de saúde e na e na modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer.¹

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2022), no Brasil, estimasse que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, para cada ano do triênio 2023-2025. Desde os primórdios da civilização, a palavra câncer foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O fato de a doença ter sido detectada no Egito antigo reafirma e comprova que o câncer já assolava a humanidade há mais de 3 mil anos antes de Cristo³.

A palavra câncer automaticamente gera sensações como medo e angústia, afetando não somente o emocional, causando sofrimento e desequilíbrios internos e externos. O tratamento da doença promove uma maior expectativa de vida aos pacientes acometidos (melhora na qualidade de vida)⁴, mas ao mesmo tempo as intervenções terapêuticas causam diversos efeitos colaterais não apenas ao paciente, mas também a todas as pessoas que estão ao seu redor.⁵ As formas de tratamento para o câncer abrangem cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea.⁶ Outra proposta incluída no tratamento são os cuidados paliativos (CP).

Os chamados cuidados paliativos, pela OMS (organização mundial de saúde), consistem na ajuda promovida por uma equipe multidisciplinar, respeitando a morte como um processo natural do ciclo da vida, não buscando a sua antecipação ou o seu adiamento,⁷ mas de alívio da dor e do sofrimento do paciente, e de promover a melhora na qualidade de vida.⁸ A abordagem em cuidados paliativos se estabelece quando o doente já não se beneficiará de tratamento antitumoral.⁹ Eles estão pautados na humanização do atendimento, na capacitação de profissionais e cuidadores para lidarem com o paciente, priorizando a qualidade de vida e seu suporte multiprofissional até o fim da vida.¹⁰

O papel da nutrição nos CP (cuidados paliativos) consiste em aumentar a qualidade de vida dos pacientes através da alimentação, como dito anteriormente, sabe-se que os tratamentos muitas vezes geram efeitos adversos que atrapalham a ingestão alimentar dos pacientes, a nutrição entra com estratégias como: melhorar sintomas de náuseas e vômitos (muito frequentes em pacientes oncológicos), evitar a desnutrição por meio de estratégias que aumentem a ingestão ressignificando os alimentos (através de ações ou de conversas multidisciplinares) e manter o paciente hidratado.¹¹ Além disso, o profissional nutricionista tem um papel essencial em transformar a função de “apenas” fazer o paciente se alimentar e atua também nos aspectos sociais e psicológicos, propiciando a melhora do estado de isolamento social e o enfrentamento do estágio terminal do câncer de maneira mais humanizada.¹² Não abrangendo somente os nutricionistas, os cuidados também devem ser prestados por uma equipe multiprofissional integrativa, onde haja comunicação entre os profissionais entre si e entre a família para tomada de decisões e discussões sobre decisões a serem tomadas.¹³

As necessidades nutricionais de cada paciente devem ser consideradas individualmente, calorias, proteínas e ingestão de água serão estabelecidas de acordo com a aceitação, sintomas e tolerância de cada indivíduo, sempre visando uma melhor QV (qualidade de vida) e não

apenas fisiologicamente, o que leva muitas vezes, evitar a utilização de intervenções nutricionais invasivas desnecessárias como uma TNE ou TNP (terapia nutricional enteral e parenteral, respectivamente).¹⁴

Diante dos fatos apresentados, evidencia-se que uma abordagem nutricional aos pacientes em CP não se objetiva apenas em aumentar a ingestão alimentar do indivíduo, mas de ser humano e acolhedor, atender o paciente como um todo compreendendo seus aspectos físicos, psicológicos e sociais. O presente estudo teve como objetivo mostrar a importância da abordagem humanizada através da nutrição nos pacientes em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, onde a coleta de dados se deu entre os meses de março a novembro de 2022, através do uso das bases de dados: National Library of Medicine (Pubmed) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): câncer, cuidados paliativos; nutricionista; humanização; acolhimento, nos idiomas inglês e português.

Foram incluídos artigos originais e de revisão, datados entre os anos de 2017 e 2022, além de informações coletadas na política nacional de humanização (2013), do ABC do câncer (2012) e de sites governamentais, como Organização Mundial de Saúde (OMS) e a biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde (BVS MS). Foram excluídos os artigos que abordaram cuidados paliativos em outras patologias, anais de congressos ou conferências e relatórios técnicos.

Após selecionar os artigos, eles foram submetidos à leitura exploratória; leitura seletiva e escolha do material que se adeque aos objetivos e tema deste estudo; leitura analítica e análise dos textos, finalizando com a realização de leitura interpretativa e redação do artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 28 artigos. Destes, sobressaem-se alguns pontos importantes a serem discorridos acerca da importância da humanização e do acolhimento através das abordagens nutricionais em pacientes oncológicos paliativos.

Fisiopatologia do câncer e aspectos gerais

O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 doenças, uma patologia devastadora.¹⁵ As células do corpo humano passam por um processo natural e contínuo de multiplicação. A maior parte das células normais crescem, multiplicam-se e morrem de maneira organizada, algumas não se dividem, como por exemplo os neurônios, outras se dividem rapidamente, como as células do tecido epitelial.¹⁶

A multiplicação celular ocorre de maneira corriqueira e é um processo necessário para substituição das células que morrem, portanto, a proliferação celular não significa obrigatoriamente malignidade. Nas neoplasias, ocorre uma multiplicação celular anormal, ao invés de morrerem, elas continuam crescendo descontroladamente, formando mais células anormais, que podem se disseminar para outros locais do corpo, fazendo o processo de metástase. Pode ser acarretada por alguma alteração genética. As neoplasias podem ser benignas, que não são letais, e as malignas, que é o caso do câncer.¹⁶

O processo de formação do câncer chama-se oncogênese ou carcinogênese, na maioria das vezes ocorre lentamente, podendo levar anos para que se origine um tumor visível. Os chamados agentes carcinógenos com o passar do tempo (efeito acumulativo) são responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. O processo de formação é determinado pela exposição aos agentes carcinógenos por um tempo e frequência determinados, e pela interação entre eles. Também deve-se lembrar de considerar as individualidades de cada pessoa, que dificultam ou facilitam o processo oncogênico.¹⁶

Os seres humanos estão diariamente expostos a múltiplos fatores carcinogênicos, mas se sabe que a predisposição individual tem um peso maior na resposta final. Resumidamente, a carcinogênese pode ser iniciada de forma espontânea ou ser influenciada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos). A incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais.¹⁷

A palavra câncer normalmente é associada à morte, Junto ao descobrimento da doença, os pacientes acabam desencadeando uma série de sentimentos como incertezas, medo da morte, angústias, depressão, ansiedade, tensão e apreensão, impactando não somente na sua saúde mental, como no seu estado nutricional. Também, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e adquire diversos sintomas negativos, que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao seu tempo de vida, aumentando mais ainda a sua

ansiedade.¹⁸ Diante disso, faz-se necessário um cuidado diferenciado pensando no indivíduo e em todos os seus aspectos (mental, social e físico).¹⁹

Dos pacientes oncológicos, cerca de 20% a 40% apresentam critérios para os diagnósticos de depressão e/ou ansiedade. Além disso, observam-se as consequências das reações na adesão ao tratamento, no aumento do tempo das internações, na qualidade de vida que pode piorar, no prognóstico e sobrevida à doença.²⁰

Histórico dos cuidados paliativos e sua abordagem

O cuidado nutricional tem papel fundamental e importante dentro do processo de humanização no ambiente hospitalar, visto que são poucas as ações humanizadoras envolvidas neste cuidado, principalmente devido a automatização muitas vezes das ações de saúde. Dentro das abordagens oncológicas, encontram-se os cuidados paliativos. Os chamados cuidados paliativos (CP), é uma abordagem utilizada quando não há mais tratamento médico que possa promover a cura ao paciente, deixando de lado o “tentar” tratar a doença em si, focando em ações que possam diminuir o sofrimento tanto do paciente, como de seus familiares. Inicialmente a abordagem paliativa era oferecida apenas para pacientes oncológicos, hoje se expande para outras doenças que ameacem a vida ou não sejam mais beneficiadas com tratamentos curativos.²¹

A abordagem em cuidados paliativos oficialmente surge na década de 60, no Reino Unido, pela médica, que também era assistente social e enfermeira Cicely Saunders. Inicia-se o movimento dos CP (cuidados paliativos) que incluía a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice (o mais antigo centro de cuidados paliativos da Inglaterra), em Londres, em 1967, é um grande marco dessa trajetória.²²

Posteriormente, na década de 70, através da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, o movimento chegou na América. Entre 1974 e 1975 foi fundado um hospice (local destinado para pessoas na qual sua patologia não se beneficiaria mais com tratamentos curativos, ou seja, uma unidade de cuidados paliativos) em Connecticut nos Estados Unidos, e, depois desse marco, o movimento alastrou-se, passando a integrar em outros países os cuidados aos pacientes fora de possibilidade de cura.²²

Em 1990, a organização mundial de saúde (OMS) definiu pela primeira vez o conceito e os princípios dos cuidados paliativos, sendo assim, “Os cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade

de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais". Inicialmente voltada para os pacientes oncológicos como os cuidados a serem preconizados no fim da vida.²³

Em 2002 o conceito foi revisado e expandido, não somente voltado para pacientes oncológicos, mas incluindo a assistência a outras patologias como doenças renais, doenças neurológicas e degenerativas. Posteriormente, em 2004, um documento chamado The solid facts – Palliative Care, publicado pela OMS, reafirmou a necessidade de inserir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive incluindo no grupo, os pacientes idosos.²²

Os cuidados paliativos têm o intuito de melhorar a qualidade de vida e proporcionar alívio aos pacientes e familiares quando se têm um quadro de doença terminal. Inclui-se o controle do sofrimento físico, espiritual, mental e social. Em algumas abordagens, a falta de sucesso com os tratamentos médicos pode ser vista como um "fracasso", tentando prolongar a vida a qualquer circunstância. Nos cuidados paliativos, encara-se a morte como um processo natural da vida, não buscando métodos onde prolongue ou antecipe o acontecimento, mas sim, buscar a qualidade de vida e conforto enquanto existir e auxiliar a família a viver com o luto posteriormente.²⁴

Como o foco dos CP são essencialmente de caráter humanístico, o objetivo terapêutica tem como principal ponto proporcionar o alívio dos sintomas que possam diminuir a qualidade de vida do indivíduo, como ações de apoio psicológico, de acolhimento e outras ações que de alguma forma irá beneficiar o paciente, sendo primordial nesse momento o trabalho em conjunto entre a equipe multidisciplinar das ações médicas, nutricionais, sociais, espirituais, de enfermagem e psicológicas, proporcionando um cuidado diferenciado e realizado com êxito.²⁵

A política nacional de humanização e suas diretrizes

Após a criação do sistema único de saúde (SUS), em 1990, a saúde passou a ser um direito de toda a população no Brasil. Com ações preventivas e curativas, de promoção e recuperação da saúde, promovendo uma melhor qualidade de vida para a população. Após 32 anos de sua criação e desenvolvimento, destacam-se avanços consideráveis relacionados à universalidade e descentralização, no entanto, ainda se aponta a necessidade de

aperfeiçoamento da implementação de suas outras diretrizes, como por exemplo, a equidade e a integralidade.²⁶

Frente a necessidade de aperfeiçoamento do SUS, a política nacional de humanização (PNH) surge em 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS das práticas de atenção e gestão e produzir mudanças no modo de cuidar, consolidando a humanização como política transversal na rede.²⁷ Universalidade, integralidade e equidade são os princípios norteadores do SUS, e a PNH vai ao encontro desses princípios, uma vez que enfatiza a necessidade de se assegurar a atenção integral à população.²⁸

A humanização é um conceito que pode ser polissêmico, mostrando-se em diferentes abordagens e momentos. Pode ser compreendida como o vínculo criado entre o profissional de saúde e seu paciente, onde há respeito, acolhimento, compreensão, um olhar para o indivíduo em seus aspectos físicos, sociais e psicológicos, atendendo-o de forma única.²⁹ Deve-se lembrar, que humanizar é um processo onde não é apenas projetado para os pacientes, mas os trabalhadores também estão inclusos, para que eles, no cotidiano, possam reinventar suas abordagens de trabalho e sejam ativos nas mudanças no serviço de saúde, pois os atendimentos verdadeiramente humanizados, carecem da educação dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização. Mostra-se, então, que humanizar as ações de saúde é uma ação conjunta entre os trabalhadores, usuários e gestores do serviço de saúde.³⁰

Com a criação da PNH, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde. Quando falamos em gestão participativa e cogestão (diretriz da PNH), estamos nos referindo ao modo de administrar que não se basta na decisão individual e inclui o pensar e o fazer coletivos.³¹

Uma das diretrizes de maior relevância da política nacional de humanização, é o acolhimento. Acolher é coletivo, respeitar a singularidade do outro, suas dores, suas alegrias, seu modo de viver, construir relações de confiança e compromisso tanto entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.³⁰ Com o avanço das tecnologias, aumentou-se a qualidade dos atendimentos e eficácia dos tratamentos, levando a uma diminuição do tempo de internamento e proporcionando uma melhor qualidade de vida para os pacientes, contudo, a relação profissional-usuário tem se tornado cada vez mais automatizada, dificultando uma aproximação entre estes, tornando a humanização e o acolhimento um desafio.³²

Terapias curativas e assistência nutricional a pacientes oncológicos paliativos

Sempre buscando promover o bem-estar do indivíduo, evitando métodos que causem sofrimento e dores desnecessárias ao paciente, tratamentos específicos podem ser considerados. Além dos tratamentos sintomáticos, podemos destacar a radioterapia, hormonioterapia e a quimioterapia, todas com finalidade não curativa, mas para aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Para isso faz-se necessário mais uma vez o entendimento que a morte é um processo natural da vida e não um fracasso. Uma abordagem que deve ser trabalhada não somente com os portadores das doenças, mas também com todos os profissionais envolvidos.³³

É de suma importância destacar que o término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças nos focos do tratamento. A OMS ressalta que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não se excluem reciprocamente e propõe que muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados de maneira prévia, juntamente com o tratamento oncológico ativo, aumentando gradativamente como um componente dos cuidados do paciente desde o diagnóstico até seu óbito. A mudança do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e requer atuação conjunta das equipes e um olhar individualizado e humanizado.³⁴

A quimioterapia consiste na administração de substâncias individualmente ou em conjunto, que atuam na célula tumoral impedindo o seu crescimento desordenado e disseminação para outros locais. Quimioterapia paliativa é quando o tratamento é usado para melhorar a qualidade de vida do paciente, reprimindo o tamanho do tumor, consequentemente melhorando funções fisiológicas e reduzindo os sintomas, não necessariamente, servindo com o intuito de prolongar a vida do indivíduo.³⁴

Além da quimioterapia paliativa, também se têm a modalidade de radioterapia com intuito paliativo. A radioterapia consiste em radiações ionizantes para impedir a multiplicação do tumor ou impedir que as suas células aumentem de tamanho, buscando preservar ao máximo os tecidos próximos. Em radioterapia paliativa são geralmente utilizados esquemas curtos ou apenas uma única terapia, com objetivo de poder amenizar sintomas advindos de tumores sejam

elos primários ou metastáticos, incluindo manifestações comuns como dores, obstruções, hemorragias e sintomas neurológicos.³⁵

Mesmo com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e auxiliar no controle da dor, efeitos adversos tanto do curso natural da doença como da quimioterapia e radioterapia paliativas são comuns e recorrentes. Dentre os sintomas, pode-se evidenciar alterações fisiológicas que venham a impedir o paciente de se alimentar rotineiramente, o que pode acabar favorecendo quadros de anorexia, advindas da síndrome caquética, muito recorrente em pacientes oncológicos em fase terminal. Desse modo, a nutrição inadequada ao paciente terminal pode contribuir para piora do curso da doença reduzindo sua qualidade de vida, tornando o tratamento doloroso, não sendo o intuito dos cuidados paliativos. O acompanhamento nutricional é primordial na abordagem em CP, auxiliando na manutenção ou recuperação do peso e redução do processo catabólico que já se encontra alto pelo processo natural da doença.³⁶

A síndrome anorexia-caquexia impede que os pacientes caquéticos ganhem peso e consequentemente recupere ou mantenham sua massa corporal, já que ela é caracterizada pela perda de peso, distúrbios metabólicos e inflamação. Com isso, diminui-se a sobrevida dos pacientes, além de piorar a qualidade de vida, influenciando negativamente as respostas aos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos paliativos.³⁶

A grande prevalência de desnutrição entre pacientes oncológicos é devida à síndrome da anorexia-caquexia, que está associada a sintomas gastrointestinais como: náuseas, xerostomia, saciedade precoce e perda de apetite, além de disgeusia, disfagia, diarreia ou constipação que intensificam o estado nutricional deficiente. Além disso, muitos desses sintomas advêm das quimioterapias e radioterapias.³⁵

A intervenção multidisciplinar em pacientes oncológicos em cuidados paliativos objetiva-se em proporcionar melhorias nos sintomas da dor e nos demais sintomas decorrentes da neoplasia. O paciente deve ser visto de maneira integral e humanizada, para que o mesmo tenha condições de possuir autonomia. A multidisciplinaridade entre o médico e nutricionista de forma integrada permite melhores escolhas quanto à conduta medicamentosa e da dietoterapia, ajudando na redução dos efeitos adversos possíveis dos medicamentos. Portanto, a intervenção nutricional precocemente permite monitorar e avaliar a dieta do paciente e o volume de alimentos, e assim fazer possíveis modificações para o melhor controle dos sintomas.³⁷

Para muitos profissionais que atuam na área dos cuidados paliativos, há um verdadeiro dilema em relação à administração da dieta via oral, enteral ou parenteral aos pacientes.

Entretanto, a nutrição possui distintos significados, dependendo do indivíduo, dos hábitos alimentares, da procedência e da religião. Além disso, o alimento não possui caráter apenas nutricional, mas engloba aspectos sociais e culturais, repleto de significados.³⁸

A nutrição nos pacientes em cuidados paliativos deve ofertar: qualidade de vida, conforto, diminuir sintomas de ansiedade, aumento da autoestima e autonomia. O nutricionista como profissional responsável por orientar nutricionalmente os pacientes e seus familiares, é primordial ter a capacidade de comunicação, uma habilidade tão importante quanto os conhecimentos técnicos nutricionais.³⁸

As necessidades nutricionais, de calorias, proteicas e hídricas devem ser estabelecidas de acordo com a aceitação, tolerância e sintomas do paciente, visando o mais confortável para o indivíduo e proporcionando melhor qualidade de vida, e não apenas a garantia da ingestão necessária de calorias e nutrientes, evitando, em alguns casos, intervenções nutricionais desnecessárias que possam causar dor e desconforto ao paciente, como a introdução de terapia nutricional enteral (TNE) ou terapia de nutrição parenteral (TNP). Evidenciando sempre que a prioridade nos cuidados paliativos é preservar a dignidade do paciente e proporcionar conforto e bem-estar, no caso do nutricionista, buscando levar conforto ao paciente por meio de condutas e ajustes dietéticos.³⁸

Algumas condutas nutricionais podem ser adotadas visando diminuir os sintomas gastrintestinais, ajudar no controle de náuseas e vômitos e consequentemente melhorar a QV do paciente como: fracionar as refeições; evitar odores e temperos fortes, evitar extremos de temperatura, não ingerir líquidos durante as refeições e não consumir alimentos com alto teor de açúcar.³² As náuseas e vômitos são sintomas que dificultam a ingestão alimentar e causam desconforto ao paciente, podendo levar ou agravar casos de desnutrição, desidratação e aumento do tempo da internação hospitalar.³⁹

A inapetência é outro sintoma recorrente que acomete a maioria dos pacientes oncológicos em fase paliativa, a dieta deve oferecer majoritariamente conforto, certos medicamentos podem auxiliar na melhora deste sintoma, como por exemplo corticosteroides ou canabinoides. Entretanto, diversas recomendações nutricionais podem ser feitas, como por exemplo: tratar a dieta como uma opção, ou seja, a família não deve forçar o paciente a se

alimentar se ele não deseja; outra estratégia seria aumentar o fracionamento da dieta, atingindo cerca de seis refeições por dia; consumir alimentos com elevada densidade calórica e proteica, como preparações com queijos, leite integral, mel, substâncias com açúcar, sorvete, cremes e recheios; dar preferência para sucos, vitaminas, líquidos com teor calórico considerável. Essas são estratégias que podem oferecer as necessidades nutricionais para o paciente, e proporcionar uma melhor qualidade de vida.⁴⁰

Quando o paciente em cuidados paliativos apresenta dificuldade em se alimentar, pode gerar quadros de depressão, isolamento social, diminuição da autoestima e acabar prejudicando o estado nutricional. O nutricionista pode e deve auxiliar o paciente, de maneira humanizada e acolhedora, dialogando e mostrando que o alimento exerce papel essencial melhora do seu bem-estar, podendo relacioná-lo a boas recordações e memórias afetivas, buscando prazer através da alimentação.⁴⁰

A assistência nutricional de maneira adequada, acolhedora e humanizada promove bem-estar, melhora dos sintomas que possam gerar desconforto ao indivíduo proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes e aos seus familiares. Também se conclui que o nutricionista é essencial para a abordagem em cuidados paliativos de pacientes oncológicos, pois a estratégia nutricional escolhida influencia diretamente na qualidade de vida do paciente.³⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente que para o tratamento de pacientes oncológicos paliativos é necessária uma equipe multiprofissional devido às diversas sintomatologias causadas pelo tratamento doloroso e longo, necessitando de uma assistência individualizada em cada área de saúde. Em evidência, ressalta-se o papel do nutricionista, o qual atua proporcionando melhoria na qualidade de vida do paciente através de uma dietoterapia humanizada e individualizada, de acordo com as necessidades clínicas apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A situação do câncer no Brasil [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de enfermagem para o controle do câncer: 3^a edição revista, atualizada e ampliada [Internet]. Disponível em: SEMEAR. 2025 jan-jul;7(1):1-16

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf.
Acesso em: 21 jul. 2024.

3. MAGNANI, L.; FA, C.; UEM, V.; VELASCO MARTINEZ, V. A angústia e o medo da morte após o diagnóstico de câncer: uma revisão da literatura [Internet]. Disponível em: <http://www.eaic.uem.br/eaic2019/anais/artigos/3183.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.
4. MARTINHO, Yago Porfírio. Os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes e seus acompanhantes [Internet]. Universidade Estadual da Paraíba, 2021. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/25438/1/PDF%20%20Yago%20Porf%C3%A9rio%20Martinho>. Acesso em: 17 set. 2022.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Tratamento do câncer [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/tratamento#:~:text=O%20tratamento%20do%20c%C3%A2ncer%20pode>. Acesso em: 22 set. 2022.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Livro ABC: 3^a edição [Internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviços de cuidado paliativo: gestão da qualidade [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
8. BASTOS, B. R.; PEREIRA, A. K. da S.; CASTRO, C. C. de; CARVALHO, M. M. C. de. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 9, n. 2, p. 55-62, set. 2018.
9. OLIVEIRA, B. M. de; JESUS, D. F. G. de; SILVA, G. S.; DINIZ, I. L. C. M. de; MOTA, P. P. O.; MENDONÇA, M. T. P. Humanização nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. CIPEEX [Internet], v. 2, p. 1793-1795, 2018. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2891/1581>. Acesso em: 21 nov. 2022.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_nacional_nutricao_oncologico.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
11. DUARTE, E. C. P. dos S.; SOUSA, R. R. de; FEIJÓ-FIGUEIREDO, M. C.; PEREIRA-FREIRE, J. A. Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. Revista de Atenção à Saúde, v. 18, n. 64, p. 35-47, 23 jul. 2020.

12. PALLIATIVE CARE IN PEDIATRICS: PERCEPTION OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM. *Journal of Psychology and Neuroscience*, 25 maio 2020.
13. MENEZES, S. A. T. de; CARVALHO, A. C. L. C. de; BORGES, K. M.; COLARES, R. A.; ALBUQUERQUE, V. P. G. e; BUENO, M. M. Dietoterapia e cuidados paliativos em pacientes oncológicos. ID on line *Revista de Psicologia*, v. 13, n. 46, p. 40-41, 8 set. 2019.
14. CASTRO ANDRADE, N.; FONSECA DE SOUZA, A.; RODRIGO DA COSTA DELGADO, J.; MAIANA, K.; GONÇALVES, P.; ALDAIR DA, et al. A importância do cuidado nutricional em pacientes oncológicos: uma revisão de literatura [Internet]. Disponível em: https://coesa.ufpa.br/arquivos/2018/simples/pesquisa/saude_publica/PES192.pdf. Acesso em: 2 nov. 2022.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Livro ABC: 6ª edição revista e atualizada [Internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de enfermagem para o controle do câncer: 3ª edição revista, atualizada e ampliada [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
17. SILVA, S. de S.; AQUINO, T. A. A. de; SANTOS, R. M. dos. Patients with cancer: cognitions and emotions coming from diagnosis. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 4, n. 2, p. 80-85, 2008.
18. BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. de. Humanization according to cancer patients with extended hospitalization periods. *Einstein* (São Paulo), v. 8, n. 2, p. 221-227, jun. 2010.
19. BANDEIRA, L. de L. M.; SILVA, G. B.; SOUSA, T. de O.; SILVA, A. L. M. da; FÉ, C. de A. M.; MENESES, M. C. F. de A., et al. Estratégias de promoção de saúde mental à pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet], v. 9, n. 9, p. e188996597-7, 15 ago. 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6597>. Acesso em: 5 fev. 2021.
20. APARECIDA, V.; SANTOS, V.; DE SOUZA GONÇALVES JUNIOR, B.; ITATIANNY DE OLIVEIRA SILVA, P.; PHILIPE DE SOUSA, R. Cuidados paliativos: a importância da humanização frente ao paciente terminal [Internet]. Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/CUIDADOS_PALIATIVO_S_a_importancia_da_humanizacao_frente_ao_paciente_terminal.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
21. GOMES, A. L. Z.; OUTERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados* [Internet], v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-880155.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.
22. SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], v. 22, p. 2055-2066, 1 out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YDmZRGTwP3xDkyd7dGCmHxf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.
23. SILVEIRA, M.; TRENCH CIAMPONE, M.; APARECIDA, B.; GUTIERREZ, O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet], v. 22, n. 4, p. 407-414, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wsKgjvzvh5dxSpZtGJTcHRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2024.
24. CRUZ, N. A. O. da; NÓBREGA, M. R.; GAUDÊNCIO, M. R. B.; ANDRIANI, M. T.; FARIA, T. Z. T. T. de; PIMENTA, T. S., et al. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. *Research, Society and Development* [Internet], v. 10, n. 8, p. e52110817433, 17 jul. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17433/15772/22262>. Acesso em: 21 jul. 2024.
25. CAMPOS, R.; JOSÉ DA SILVA, V.; SOUZA, F. A Política Nacional da Humanização sob a ótica dos profissionais em saúde. *The National Policy of Humanization from the Perspective of Health-Care Workers* [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a2.pdf. Acesso em: 1 nov. 2022.
26. OLIVEIRA, L. T. de. Cuidado nutricional humanizado de um hospital filantrópico [Internet]. Universidade Federal de Ouro Preto, 2019. Disponível em: https://www.monografias.ufop.br/bitstream/35400000/2341/1/MONOGRAFIA_CuidadoNutricional_Humanizado.pdf. Acesso em: 31 out. 2022.
27. ZÜGE, E.; ALEGRE, P. A humanização nos serviços de saúde [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67712/000870275.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 out. 2022.
28. MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. de O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, out. 2015.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH): folheto [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.

30. CAMPOS, R.; JOSÉ DA SILVA, V.; SOUZA, F. A Política Nacional da Humanização sob a ótica dos profissionais em saúde. *The National Policy of Humanization from the Perspective of Health-Care Workers* [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a2.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
31. MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 141-144, fev. 2010.
32. SOUZA, R.; HORIZONTE, B. Pacientes Oncológicos em Quimioterapia Paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA8NGJEU/1/raissa_silva_souza.pdf. Acesso em: 21 nov. 2022.
33. INSTITUTO ONCOGUIA. Uso da quimioterapia no tratamento do câncer [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/quimioterapia/3701/50/>. Acesso em: 21 jul. 2024.
34. MARTINS, O.; AZEVEDO, I. Radioterapia paliativa para cuidados oncológicos em fim de vida. *Medicina Interna*, v. 27, n. 1, p. 49-54, 8 dez. 2021.
35. DUARTE, E. C. P. dos S.; SOUSA, R. R. de; FEIJÓ-FIGUEIREDO, M. C.; PEREIRA-FREIRE, J. A. Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 18, n. 64, p. 35-47, 23 jul. 2020.
36. CASARI, L.; SILVA, V. L. F. da; FERNANDES, O. A. M.; GOULARTE, L. M.; FANKA, D. E. V.; OLIVEIRA, S. S. de, et al. Estado nutricional e sintomas gastrointestinais em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 2, p. 151-158, mar. 2021.
37. MORAIS, S. R. de; BEZERRA, A. N.; CARVALHO, N. S. de; VIANA, A. C. C. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. *Revista Dor* [Internet], v. 17, n. 2, p. 169-176, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/3Vtn74msRR94xyhgmWTQg5w/abstract/?lang=en>. Acesso em: 5 set. 2021.
38. REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. Artigo original [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf_36-02-00056.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.
39. CORRÊA, P. H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet], v. 53, n. 3, p. 317-323, 28 set. 2007. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_53/v03/pdf/revisao2.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
40. AMORIM, G. K. D.; SILVA, G. S. N. da. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. *Revista Bioética*, v. 29, n. 3, p. 547-557, jul. 2021.