

ARTIGO DE REVISÃO

Terapia nutricional enteral de pacientes com cuidados paliativos: continuar ou suspender?

Enteral nutritional therapy for patients with palliative care: continue or suspend?

Whuydelnira Henriques de Paiva Carvalho*, Jessica de Almeida Rodrigues Alves*, Jessica Cristina Santana de Sousa*, Julliane Messias Cordeiro Sampaio**, Vanessa Alvarenga Pegoraro***

** Estudante de graduação Enfermagem do UNICEUB; ** Doutora Professora Titular do Curso de Enfermagem FACES/UNICEUB ; ***Mestre Professora Assistente do Curso de Enfermagem FACES/UNICEUB*

Resumo

Introdução: No presente século presenciamos o avanço concomitante da medicina e tecnologia acrescido de uma população envelhecida, portadora de doenças crônicas não transmissíveis e situações de câncer avançado. Visto que estes sem possibilidade de cura acumulam-se em hospitais, recebendo talvez uma abordagem errônea ou fútil. Diante de tal fato surge questionamentos sobre adoção de terapias que realmente proporcionem uma melhor qualidade de vida aos pacientes que se enquadram nos cuidados paliativos. **Objetivo:** Apresentar como a literatura aborda quanto a continuidade ou não da Terapia Nutricional Enteral nos cuidados paliativos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que utilizou as bases de dados LILACS e SciELO como fonte para a coleta de dados. **Resultados:** A continuidade ou não da terapia pode variar conforme a etapa da doença e conforme individualidade do paciente e familiares, portanto toda decisão deve ser ajustada conforme cada caso e de forma multiprofissional. **Conclusão:** Diante disso, notou-se a necessidade de maior aprofundamento quanto aos cuidados com pacientes paliativos e que sejam realizados mais estudos sobre terapias nutricionais em pacientes em cuidados paliativos.

Palavras-chave: cuidados paliativos, terapia nutricional, desnutrição, nutrição enteral, doença crônica.

Abstract

Introduction: In the present century we have witnessed the concomitant advance of medicine and technology plus an aging population with chronic non-communicable diseases and advanced cancer situations. Since these with no possibility of cure accumulate in hospitals, perhaps receiving an erroneous or futile approach.

Recebido 16 de dezembro de 2020 aceito em 3 de março de 2021

Correspondência: Vanessa Alvarenga Pegoraro, 707/907 - Campus Universitário, SEPN - Asa Norte, Brasília - DF, 70.790-075, Telefone +55 (61) 99342-6000; Whuydelnira Henriques de Paiva Carvalho: whuydelnira@hotmail.com; Jéssica de Almeida Rodrigues Alves: jessiica.rodrigues10@gmail.com; Jessica Cristina Santana de Sousa: jessika_santana08@hotmail.com; Julliane Messias Cordeiro Sampaio: julliane.sampaio@ceub.edu.br; Vanessa Alvarenga Pegoraro: vanessa.pegoraro@ceub.edu.br

In view of this fact, questions arise regarding the adoption of therapies that really provide a better quality of life to patients who fall under palliative care. Objective: The objective of this study was to present how the literature addresses the continuity or not of Enteral Nutritional Therapy in palliative care. Methodology: It is a narrative review of the literature. The search for data takes place through the LILACS and SciELO databases. Results: The continuity or not of the therapy can vary according to the stage of the disease and according to the individuality of the patient and family, therefore, every decision must be adjusted according to each case and in a multidisciplinary way. Conclusion: In view of this, it was noted the need for greater depth regarding the care of patients in palliative care and that further studies on nutritional therapies be carried out in patients in palliative care.

Keywords: palliative care; nutritional therapy; malnutrition; enteral nutrition, chronic disease.

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil e a vulnerabilidade da população idosa às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), emerge a necessidade estudos que possibilitem a apropriação do conhecimento da senilidade como um processo natural que ocorre no corpo humano que, por fim, resultam na ausência ou diminuição da capacidade funcional [1,2].

As DCNTs são caracterizadas por uma etiologia incerta, de origem multifatorial e não infecciosa, de curso prolongado [3]. Possuem diversos fatores de risco, podendo eles serem classificados em “não modificáveis” como (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” como (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais [4]. Portanto, as DCNTs são as maiores causadoras de morbimortalidade e perda de qualidade de vida [5].

Diante de tal adversidade foi desenvolvido no país o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011 - 2022. O plano expõe os fatores de riscos comportamentais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, sedentarismo, obesidade e alimentação inadequada englobando também quatro doenças, quais sejam a do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, tendo a finalidade de fortalecer os serviços de saúde direcionados aos portadores de DCNTs [6].

Estudos mostram que embora o Brasil tenha investido em ações para combater as DCNTs, constata-se aproximadamente que 42% a 52% das

admissões ocorridas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), são por pacientes portadores de alguma doença crônica, sendo estes consumidores aproximadamente de 60% das diárias disponíveis, sendo grande maioria portadores de algum tipo de câncer [7].

Como mencionado anteriormente as DCNTs são de cursos prolongado, dependendo do avanço da doença faz com que os pacientes sem possibilidade de cura acumulem em hospitais, estes podendo receber uma abordagem errônea ou invasiva sem necessidade, no tratamento da doença, focado na cura e utilizando frequentemente de mecanismos invasivos e até mesmo fúteis [8].

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) a estimativa de portadores de câncer para 2030, será equivalente a 75 milhões de pessoas. Já no Brasil espera-se para o ano de 2020, 576 mil novos casos de câncer [9].

Segundo a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Palliative Care Alliance), anualmente são beneficiadas 100 milhões de pessoas com cuidados paliativos, contudo, somente menos de 8% tem realmente atenção de qualidade garantida, pois poucos são os currículos educacionais que incluem os cuidados paliativos na formação de profissionais de saúde [10].

Com informação supracitada, fica claro que a tão almejada longevidade não garante uma melhor qualidade de vida, mesmo diante de inovações tecnológicas na área da saúde. Profissionais da saúde promovem uma luta constante contra a morte, fazendo uso de procedimentos que não se revertem em qualidade de vida, sendo a morte ainda, para muitos profissionais da saúde, considerada um fracasso na profissão [10].

Os pacientes diagnosticados com câncer sobrevivem com alterações na ingestão e metabolização dos alimentos, devido a essas alterações, os pacientes podem apresentar comprometimento nutricional. Estudos referem que aproximadamente 80% dos pacientes acometidos por câncer apresentam desnutrição e caquexia, antes mesmo do diagnóstico, com esse comprometimento no estado nutricional a terapêutica ofertada pode não ter um desfecho satisfatório [11].

Conforme já abordado anteriormente pacientes em cuidados paliativos podem ter a anorexia presente, causando um impacto negativo na vida de todos já que a mudança da imagem faz analogia com a proximidade do fim [12].

Devido a essas mudanças e sintomas presentes no paciente com cuidado paliativo, a alimentação deve ser discutida pela equipe multidisciplinar, podendo chegar a conclusão de aderir ou suspender ao uso da Terapia Nutricional Enteral (TNE) e/ou Nutrição Enteral (NE). Adicionalmente é sabido que as terapias nutricionais podem ser agressivas, estressantes, onerosas e, fadigantes, podendo não ofertar o resultado pretendido. A partir dessas variáveis os profissionais de saúde podem se questionar entre a continuidade ou suspensão da Terapia Nutricional Enteral [13].

Diante das problematizações apresentadas quanto à TN ao paciente em cuidados paliativos, tal temática se torna um desafio devido à escassez de materiais, preparo de profissionais e até mesmo discordância pelos profissionais da equipe quanto a terapêutica adequada ao quadro clínico.

A partir do exposto o presente artigo teve como objetivo apresentar como a literatura aborda quanto a continuidade ou não da TNE nos cuidados paliativos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão literária narrativa com objetivo de refletir sobre os critérios que devem orientar a tomada de decisão quanto a continuidade ou não da terapia enteral em pacientes sobre cuidados paliativos. A referente pesquisa foi realizada no período de fevereiro a junho de 2020. Foram analisados artigos científicos por meio de busca eletrônica constituindo as bases de dados: LILACS e, SciELO.

Foi aplicado a lógica booleana com os conectores “AND E OR” e os seguintes descritores de saúde: cuidados paliativos or nutrição enteral, terminalidade and cuidados paliativos, doença crô-

nica and cuidados paliativos e Palliative care for older people: better practice 2011.

Para compor este estudo inicialmente foram encontrados 40 artigos sendo 12 excluídos por não ofertarem relevância ao tema, portanto foram selecionados 28 artigos nacionais e internacionais que continham assuntos pertinentes a pesquisa, sendo estes artigos constituídos por diversos estudos como: Descritivos, retrospectivos, quantitativos, revisões narrativas, integrativas, literárias, qualitativas, bibliográficas, Publicações do Ministério da Saúde, Manuais do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tais artigos foram selecionados por publicação entre 2010 e 2020, não excluindo o aproveitamento de artigos anteriores.

Resultados e discussão

A incremento expectativa de vida é um fenômeno crescente na humanidade, diante de tal transição, as doenças crônicas não transmissíveis se tornaram as maiores agentes de morte [2]. Sendo cuidado paliativo uma conduta que proporciona bem-estar de pacientes e familiares, que enfrentam patologias que ameacem o seguimento da vida [8]. A desnutrição é comum nesses pacientes podendo propiciar piora ou retardo na evolução clínica [11]. Diante da presente problemática o emprego da terapia nutricional se torna uma possibilidade. Portanto, quando se fala em cuidados paliativos, a prioridade é o controle dos sintomas associados ao consumo de alimentos, protelando assim o prejuízo da autonomia e bem-estar [5]. Contudo no avançar da doença temos o questionamento do quanto importante ou essencial é o continuar ou suspender a terapia nutricional [14]. Alguns autores dizem que a precocidade da introdução da terapia nutricional pode beneficiar a condição de qualidade de vida, podendo também ampliar a sobrevivência de pacientes que estão em cuidados paliativos [15].

Cuidados Paliativos: um resgate histórico

Ao longo da história o termo cuidado paliativo e hospice eram confundidos. Hospices eram hospedarias reservadas a receber e tratar de estrangeiros e viajantes. Surgiram então várias instituições de caridade na Europa no século XVII hospedando não só doentes, mas as pessoas que necessitavam de algum tipo de cuidado, podendo ser pobres, órfãos, mulheres grávidas e doentes. Organizações religiosas e protestantes aderiram tal prática, já no século XIX e passaram ter traços parecidos com hospitais. O “Our Lady’s Hospice

of Dying” em Dublin em 1879 foi criado pelas irmãs de caridade irlandesas e a Ordem de Irmã Mary Aikenheads abriu o “St Joseph’s Hospice” em Londres em 1905 [8].

A palavra paliativo provém do latim *pallium* o qual quer dizer manta, capote, coberta. O termo *palliare* refere-se a amparar, abrigar. A fundamentação dos cuidados paliativos é viabilizar a atenuação dos indícios de dor, como, também o sofrimento [16].

O comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) teve origem em 1982 com objetivo de definir políticas, para diminuição da dor e cuidados do tipo Hospice, para todas as pessoas portadoras de câncer e com abrangência total, ou seja, para todos os países. Portanto a dificuldade de tradução do termo Hospice em alguns idiomas gerou a troca do termo Hospice para Cuidados Paliativos, sendo este já utilizado no Canadá.

A primeira definição de Cuidados Paliativos foi publicada pela OMS em 1990: Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. “O cuidado paliativo tem como propósito promover a melhor qualidade de vida possível para pacientes e entes queridos”. É uma conduta que proporciona qualidade de vida de pacientes e familiares, que passam por patologias que ameacem o seguimento da vida, através da prevenção e redução do sofrimento. Demanda uma identificação prévia, avaliação e tratamento da dor e outras questões de caráter espiritual, físico e psicossocial, segundo a OMS, revista em 2002 [8].

Figuras de borboletas podem ser encontradas em paredes, telas e vidros de alguns hospitais. Conhecida por suas transformações, podem ser atreladas as alterações em que enfermo paliativo tende a passar. Diante dessa observação a borboleta adquire um importante sentido, tornando-se símbolo da vida que está frequentemente sofrendo modificações. Contudo a simbologia da borboleta pode sofrer modificações conforme a localidade, uma vez que sua representação está relacionada a vários modelos de vida, de religiões, crenças e culturas [17].

Desnutrição do paciente paliativo

A definição de desnutrição é dita como a desarmonia metabólica causada pelo acréscimo da necessidade calórico proteica, consumo indevido de nutrientes gerando assim mudanças da composição corporal e suas funções fisiológicas. Na década de 70 e 80 foi reconhecida a desnutrição no

setor hospitalar, sendo um fator de risco que preocupa a equipe multidisciplinar, pois a condição nutricional pode influenciar de forma maléfica na resposta da terapêutica podendo assim causar um agravamento ou uma delonga na evolução clínica deste paciente [18].

Sendo comum a desnutrição em pacientes hospitalizados, em pacientes oncológicos ela se torna três vezes mais habitual. Com isso o acréscimo do tempo de internação se torna uma realidade que pode gerar risco de infecção e mortalidade para estes pacientes. Os tratamentos geralmente causam desconfortos e conseqüentemente perda significativa na qualidade de vida, sendo assim os cuidados passam a ser paliativos a fim de minimizar as dores e os efeitos colaterais dos tratamentos realizados [19].

Estudos mostram que no momento da internação em hospitais no Brasil, pacientes oncológicos tiveram uma elevada prevalência de desnutrição. Tal informação foi fornecida pelo Serviço de Nutrição do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [20].

Alterações morfológicas e funcionais podem ser desenvolvidas pela desnutrição. Devido a diminuição da massa muscular diafragmática e ao decréscimo dos níveis de concentração de lecitina nos alvéolos pulmonares em pacientes desnutridos podem surgir atelectasias e pneumonias. A morfologia hepática também pode sofrer modificações devido à desnutrição, ocorrendo edema e atrofia dos hepatócitos, esteatose hepática, diminuindo assim a aptidão de depuração de fármacos e a síntese de albumina e peptídeos. As funções gastrointestinais também podem ser afetadas o que amplia a chance de desenvolver síndrome de má absorção, translocação intestinal de micro-organismos, hipocloridria, por decréscimo das enzimas intestinais, perda de gordura e adelgaçamento da parede intestinal, atrofia das mucosas gástrica e intestinal, diminuição das microvilosidades e da massa celular do tecido linfático relacionado ao intestino [21].

Dessa forma o momento das refeições pode se tornar desagradável e desconfortável diante de tantas variáveis, podendo levar a conseqüências como baixa autoestima, problemas psicológicos, solidão. Diante de tal evidência fica claro que a alimentação desempenha um papel de grande importância na vida do enfermo [22].

Diante das condições clínicas e nutricionais apresentadas por pacientes diagnosticados ou em tratamento do câncer passam por etapas na alimentação, como inapetência alimentar, náuseas,

vômitos, diarreia, xerostomia, entre outros. Portanto a criação de protocolos faz se necessário para atender os pacientes com individualidade, visando o desenvolvimento dos recursos e seguimento da atenção prestada, satisfação e bem-estar do paciente [21].

Para um planejamento adequado da dietoterapia é indispensável a investigação e identificação precoce de fatos que auxiliem na escolha. Contudo a dietoterapia deve ser planejada de forma individual conforme o paladar e necessidades de cada paciente. As terapias enteral, parenteral e suplementos são prescritas e indicadas quando não se é possível atingir os objetivos por via oral dependendo ainda da fase atual da doença, sempre visando promover uma melhor qualidade de vida para o paciente [5, 19].

Terapia nutricional enteral em pacientes com cuidados paliativos

Perante a patologias que intimidam o seguimento da vida, os cuidados paliativos visam a uma assistência integral, tendo uma equipe pluridisciplinar para atender doentes e familiares proporcionando abrandamento dos sintomas, aumento no bem-estar e tratamento diante dos muitos contratempos habituais da doença [23].

A escolha de optar pelo suporte Nutricional (SN) envolve uma avaliação de vários fatores, não podendo ou devendo ser baseado em um fator isolado. A condição nutricional, impacto da patologia e a perspectiva de melhora são três fatores de grande relevância, porém não estão isolados, somam-se com a aptidão da mastigação e deglutição, inadequação na absorção dentre outras, sendo esses chamados de fatores clínicos [24].

Através da orientação da dieta, da avaliação e monitoramento do perfil nutricional, pode-se manter uma ingestão alimentar conforme as carências nutricionais de cada indivíduo sendo essa finalidade para indivíduos sadios. Portanto, quando se fala em cuidados paliativos, a prioridade é o controle dos sintomas associado ao consumo de alimentos, protelando assim o prejuízo da autonomia e bem-estar [5].

A equipe multidisciplinar deve incluir pacientes e familiares nas decisões a serem tomadas, sempre respeitando os princípios bioéticos. Diante de paciente com cuidados paliativos a conduta será de ofertar informações e apoio, sobre a terapia em uso no momento [15]. O suporte nutricional pode sofrer alterações conforme a progressão da doença [5].

Alguns autores ressaltam que a terapia nutricional não aponta ou exhibe nenhuma mudança na

qualidade de vida ou sobrevida desses pacientes. Enfatizam ainda que devem ser considerados oito critérios para estabelecimento da Terapia Nutricional sendo eles condição clínica, sintomas, expectativa de vida, estado nutricional, psicológico, integridade do trato gastrointestinal e necessidade de serviços especiais para oferecimento da dieta. Independente da escolha, essa deve abranger vida e afeto [25].

A ideia inicial da terapia nutricional em paciente sob cuidado paliativo é a de diminuir o incômodo causado pela alimentação. Tendo em vista que a refeição é um elemento de fator social, sempre que possível devemos priorizar o convívio alimentar entre pacientes e familiares. O suporte nutricional propicia benefícios em se tratando de qualidade de vida [24].

A administração da dieta em cuidados paliativos pode ser realizada por via oral, nasoentérica, gastrostomia e, pouco habitual, por via parenteral. Quanto à introdução da terapia nutricional enteral (TNE) e/ou terapia nutricional parenteral (TNP), há ainda questões sobre sua administração ou suspensão que criam incertezas, fazendo com que os profissionais de saúde questionem o real benefício ao paciente em cuidados paliativos, através de terapias agressivas que tornem o tratamento árduo e estressante [5].

É importante salientar alguns aspectos relevantes sobre a introdução da Nutrição Enteral nos pacientes em cuidados paliativos, pois poderá ser introduzida somente quando o trato gastrointestinal estiver viável e, entretanto se a ingestão por via oral não for eficiente, deve ser levado em conta a não redução na qualidade de vida do paciente e consonância com os demais tratamentos [22].

Ainda sobre as possíveis complicações decorrentes da TNE, segundo pode ser diarreia, sangramentos, constipação, broncoaspiração, desconforto físico, privação de características sensoriais de paladar, otite, sinusite, alterações metabólicas, intolerância gastrointestinal e síndrome da realimentação são possíveis condições psicossociais da alimentação por sonda [26, 27].

Existem diferentes opiniões sobre o assunto, portanto deve ser bem avaliado se o uso da nutrição enteral realmente possível e benéfico para o paciente em cuidados paliativos [24].

Quando iniciar Terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível, não havendo objeção

a administração simultânea a terapêutica curativa. Existem estudos que confirmam que a precocidade do tratamento fornece melhorias significativas em se tratando do bem-estar destes pacientes [10].

Uma análise precoce e adequada é imprescindível para elaboração de um plano de cuidados para cada fase da doença e conforme cada paciente. A assistência em cuidados paliativos deve ser contínua, ativa, humanizada, integral e interdisciplinar, privilegiando o conforto físico e emocional, diminuição dos sintomas de sofrimento e o manejo da dor [21].

Porém, com o avançar da doença os pacientes terminais, familiares e equipe de saúde são expostos a grandes desafios. Um desses desafios seria a necessidade de cessar, continuar ou iniciar um procedimento ou tratamento terapêutico [14].

Deve ser utilizada uma avaliação para identificar os enfermos que podem se beneficiar com o apoio nutricional [28].

Os profissionais devem basear suas decisões nas predileções do enfermo e familiares, concomitantemente a uma avaliação criteriosa do prognóstico e da sobrevida. Através de uma apropriada avaliação direciona um aperfeiçoamento nas estratégias de tratamento, assim podendo auxiliar a diminuir os riscos de tratamentos fúteis e excessivos [21].

Já alguns autores dizem que a precocidade da introdução da terapia nutricional pode beneficiar a condição de bem-estar, podendo também ampliar a sobrevida de pacientes que estão em cuidados paliativos [15].

Entretanto quando a doença do paciente se encontra numa fase avançada e sem chances de possibilidades terapêuticas os métodos de tratamento e seus benefícios são motivadores de discordâncias entre a equipe interdisciplinar, já que na literatura não existe um entendimento quanto ao uso da expressão “cuidado paliativo”, alguns autores aplicam como sinônimo de cuidados terminais e outros como cuidados de fim da vida [21]. Ou seja, vale salientar que o propósito do apoio nutricional varia conforme o progresso da patologia, necessitando de periódicas reavaliações.

Atualmente com o avanço de novas tecnologias faz com que os profissionais de saúde decidam por prolongar a vida dos pacientes. Especialistas em ética médica acreditam ser admissível a continuidade ou retirada de tratamentos que asseguram a vida. Portanto, levando em consideração os riscos da terapia nutricional caso seu objetivo não seja alcançado pode-se descontinuar o tratamento [28].

Na terminalidade os familiares são peças fundamentais, quando orientados de forma correta sobre todas as terapêuticas incluindo a atuação da terapia nutricional na vida do paciente. Nessa etapa, é importante pontuar o conforto e diminuir o estresse do paciente. Geralmente nessa fase os pacientes sofrem com a alimentação por via oral, podendo gerar desconfortos, contudo alguns pacientes prosseguem no tratamento com o intuito de tranquilizar os familiares [5]. Nas últimas 48 horas de vida, os pacientes rejeitam a alimentação, por essa causar desconforto [22].

De acordo com entendimentos, muitas pessoas acreditam que o que determina a morte do paciente, é a cessação da nutrição e não a doença de base. Contudo, em pacientes com doença terminal a nutrição artificial pode ser favorável, porém não maximiza a sobrevida ou o conforto do paciente. Mesmo diante desse fatos um grande número de pessoas optam pela conservação da terapêutica [25].

Os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são de grande importância na tomada de decisão a respeito de manter ou suspender a nutrição em pacientes que apresentam a doença em fase terminal. Ademais, pacientes com recusa da nutrição e hidratação artificiais, devem se beneficiar com os cuidados paliativos tendo como principal objetivo o suporte emocional e espiritual, redução dos sintomas físicos e psicológicos [5].

Conclusão

O presente artigo foi realizado com intuito de agregar conhecimento sobre alimentação e vias de oferta para pessoas em fase paliativa. Diante dessa prerrogativa foi observado que não há um consenso em referência ao tema. Diante de todo levantamento realizado não foi possível chegar a uma resposta concreta de quando continuar ou suspender a terapia nutricional do paciente paliativo.

Podemos considerar que o tema cuidado paliativo é muito além de realizar desejos do paciente e sim proporcionar uma melhor qualidade de vida para ele e seus familiares que necessitam de suporte para as diversas etapas da doença. Sendo assim, o cuidado pode e deve ser diversificado em diferentes etapas da doença, devendo ser escolhida a melhor forma de tratamento focando no paciente e não na doença.

A dignidade do paciente tem que estar à frente de qualquer procedimento, tendo ele o direito de

recusa do tratamento proposto pelo médico. Este por sua vez deve tomar suas decisões em conjunto com o paciente dando a ele autonomia sobre sua vida.

Decorrente de tamanha importância sobre os conhecimentos no suporte de terapia nutricional e cuidados paliativos, faz-se necessária a inclusão deste tema na grade curricular de todos os cursos direcionados à saúde, para que possa ser desenvolvida uma rede de apoio com conhecimento científico e alinhamento entre todos da equipe, para que as famílias e pacientes possam se beneficiar, recebendo condutas de forma correta e coerente.

Vale destacar que são necessários mais estudos a fim de estabelecer uma segurança quanto aos cuidados baseados em evidências científicas para proporcionar melhor condição aos pacientes em cuidados paliativos, visando à diminuição de intercorrências relacionadas à terapia nutricional enteral.

Referências

- 1 Marinho F, Passos VMA, França EB. Novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(4):713-24. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000400005>
- 2 Simão LTSS, Lages LP, Paiva MHP, Ribeiro NLS, Araújo ERM, Leão GM. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm foco* 2019; 10(1):76-80. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34579>.
- 3 Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* 2010; 4(34):593-605. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde. Caderno de Atenção Básica n. 21*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf.
- 5 Castro JMF, Frangella VS, Hamada MT. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *Arq Brasil Ciênc Saúde* 2017; 42(1):55-59. <http://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.951>
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
- 7 Schein LEC, César JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva geral em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):289-301. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200011>
- 8 ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). Manual de cuidados paliativos. São Paulo, 2012. Disponível em: https://paliativo.org.br/biblioteca/09-09-2013_Manual_de_cuidados_paliativos_ANCP.pdf.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao-2015.pdf>.
- 10 Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos avançados* 2016; 30(88):155-66. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
- 11 SMIRDELE, C. A.; & GALLON, C. W. Desnutrição em Oncologia: revisão de literatura. *Rev Bras Nutr Clín* 2012; 27(4):250-6. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/artigo-6-4-2014.pdf>.
- 12 Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9):1875-82. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900002>
- 13 Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas sobre cuidados paliativos. *Acta Bioethica* 2006; 12(2):231-42. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
- 14 Barbosa AMGC, Massaroni L. Convivendo com a morte e o morrer. *Rev enferm UFPE on line* 2016; 10,(2):45-63. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201611>
- 15 Moraes SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição e qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista dor* 2016; 17(2): 136-40. <http://doi.org/10.1590/1806-4305-2015-0001>

- org/10.5935/1806-0013.20160031
- 16 Silva JWD. Cuidados Paliativos: compreensão de enfermeiros da atenção primária à saúde do município de Cuité-PB 2015. 83 fl. Monografia (Curso de Graduação de Enfermagem). Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) 2015. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/8572>.
 - 17 Costa MF, Soares JC. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. *Rev bras geriatr gerontol* 2015; 18(3): 631-41. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14236>
 - 18 Bottoni A, Hassan DZ, Nacarato A, Garnes SA, Bottoni A. Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar? revisão de literatura. *J Health Sci Inst* 2014; 32(3):314-7. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/03_jul-set/V32_n3_2014_p314a317.pdf.
 - 19 Barros IT, Passos XS, Linhares PSD. A Desnutrição em Pacientes Acometidos pelo Câncer. *RRS-FESGO* 2020; 03(1):97-9. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/viewFile/8088/47966680>
 - 20 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inquerito-brasileiro-nutricao-oncologica.pdf>.
 - 21 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao-2015.pdf>.
 - 22 Reis CP, Sarmiento A, Capelas ML. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Acta Port Nutr* 2012; 15:36-40. <http://doi.org/10.21011/apn.2018.1507>
 - 23 World Health Organization (WHO). Palliative care for older people: better practice 2011. 8(13400107):1-72. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.
 - 24 Arranhado SFG. Terapêutica Nutricional Artificial e Qualidade de vida em Cuidados Paliativos. 2012. 157 fl. Mestrado (Faculdade de medicina da Universidade do Porto) Porto, 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82547/2/116736.pdf>.
 - 25 Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. *Rev Bras Cancerologia* 2007; 53(3), 317-23. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_53/v03/pdf/revisao2.pdf.
 - 26 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(38198):1-14. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334022897>.
 - 27 Domingues LCC, Silva MJV, Silveira EA. Terapia Nutricional Enteral em Pacientes Críticos: Uma Revisão de Literatura. 2011. 18 F. Artigo apresentado ao Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição para o curso de Pós graduação em Nutrição Clínica e Esportiva (CEEN). Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pelo CEEN. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/TERAPIA%20NUTRICIONAL%20ENTERAL.pdf>.
 - 28 Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Rev Soc Bra Clín Méd* 2008; 6(4):150-55. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n4/a150-155.pdf>.