



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DIANA PATRICIA SANTOS SOARES

NUTRIR EM FIM DE VIDA, QUAIS OS BENEFÍCIOS?

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA MARÍLIA DE ASSUNÇÃO RODRIGUES FERREIRA DOURADO
MESTRE RUI FILIPE DIAS GARCIA

MARÇO/2016



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Nutrir em Fim de Vida, quais os benefícios?

Diana Patricia Santos Soares

Aluna do 6º ano da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

diana_patricia_11@hotmail.com

Pensamento

“You matter because you are you, and you matter until the last moment of your life.
We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die”.

Dame Cicely Saunders

Índice

Lista de Abreviaturas	2
Índice de Quadros	3
Índice de Esquemas.....	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Introdução	7
Materiais e Métodos.....	11
Nutrição em Cuidados Paliativos.....	12
1) Importância da Alimentação para a Vida	12
2) Estratégia de Nutrição.....	13
2.1. Nutrição Oral e Suplementos Oraís	14
2.2. Orexígenos e Imunonutrição.....	17
2.3. Nutrição Artificial	18
2.4. Nutrição Enteral	19
2.5. Nutrição Parenteral	22
2.6. Hidratação Parenteral.....	24
3) Nutrição em Cuidados Paliativos – questões éticas.....	28
3.1. Suporte Nutricional – iniciar, continuar e suspender	28
3.2. Princípios éticos e questões legais	33
3.3. Fatores culturais, religiosos, psicológicos e financeiros	36
3.4. A família e cuidadores	37
3.5. Capacidade de comunicação e equipa multidisciplinar	39
3.6. Doente em fase terminal	41
4) Abordagem Nutricional a um doente em Cuidados Paliativos.....	42
Discussão e Conclusão	47
Agradecimentos.....	53
Referências Bibliográficas	54

Lista de abreviaturas

- **DGS** – Direção Geral da Saúde
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- **NCI** – *National Cancer Institute*
- **NICE** – *National Institute for Health and Care Excellence*
- **EPCRC** – *European Palliative Care Research Collaborative*
- **GMC** – *General Medical Council*
- **SFNEP** – *French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism*
- **ECOG** – *Eastern Cooperative Oncology Group*
- **MUST** – *Malnutrition Universal Screening Tool*
- **MNA** – *Mini Nutritional Assessment*
- **ACBS** – *Advisor Committee for Borderline Substances*
- **PEG** – *Gastrostomia Endoscópica Percutânea*
- **DAV** – *Diretivas Antecipada de Vontade*
- **IMC** – *Índice de Massa Corporal*
- **NRI** – *Nutritional Risk Index*
- **GNRI** – *Geriatric Nutritional Risk Index*
- **SGA** – *Subjective Global Assessment*
- **NRS** – *Nutritional Risk Screening*
- **ESPEN** – *The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism*
- **MDHM** – *Modified Dietary History Method*
- **QFA** – *Questionário de Frequência Alimentar*
- **SNAQ** – *Simplified Nutritional Appetite Questionnaire*

Índice de Quadros

Tabela 1 - Medidas associadas a nutrição oral, que podem ser aplicadas a doentes com diminuição da ingestão ou perda de peso.....	15
Tabela 2 - Principais diferenças entre Nutrição Enteral e Nutrição Parenteral.....	22
Tabela 3 - Vantagens e Desvantagens dos Principais Tipos de Estratégias Nutricionais	26
Tabela 4 - Fatores a favor e contra a Suspensão do Suporte Nutricional.....	29
Tabela 5 - Aspetos a ter em consideração na tomada de decisão sobre o suporte nutricional .	42

Índice de Esquemas

Esquema 1 - Abordagem Nutricional a um Doente em Cuidados Paliativos.....	46
---	----

Resumo

A prevalência das doenças crónicas, o aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento da população têm vindo a alterar a organização dos diversos sistemas de saúde e o direcionamento de recursos humanos e financeiros. Desta forma, surgiu a necessidade de cuidados direcionados a doentes com patologias crónicas, avançadas e progressivas, com foco principal no controlo de sintomas, no conforto e na promoção da qualidade de vida, para aqueles fora das possibilidades de cura. Para estes, os cuidados paliativos têm sido a resposta, tanto para os doentes como para as suas famílias, a quem são prestados cuidados globais, suporte psicológico, apoio espiritual, alívio da dor e de outros sintomas e apoio ao luto. A nutrição assume um papel fulcral no dia-a-dia de qualquer indivíduo, e em fim de vida a sua importância destaca-se pelas questões clínicas e éticas que levanta. Há algumas perguntas e dúvidas que continuam sem resposta: Quais os benefícios associados à nutrição em fim de vida? Quais as complicações relacionadas com a nutrição? Quais as indicações de implementação de nutrição artificial? Será vantajoso, do ponto de vista clínico e ético, a suspensão da nutrição? A presente revisão pretende fazer uma reflexão crítica sobre o conhecimento atual acerca da nutrição em cuidados paliativos e intervenção nutricional em fim de vida, abordando os benefícios e o seu significado fisiológico, social e psicológico. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica referente a esta área, em artigos científicos e artigos de revisão no banco de dados da *PubMed* e *Medline*, publicados em Português e Inglês, entre 2000 e 2016. Abordar-se-ão algumas questões relacionadas com os tipos de nutrição e hidratação, as questões éticas que acompanham o cuidado nutricional em cuidados paliativos, as vantagens e desvantagens da suspensão da administração nutricional e, por fim, a definição de um plano nutricional individualizado. Nesta fase da doença, a nutrição deve ser compreendida como forma de obtenção de maior qualidade de vida dos doentes. Assim, todas as decisões deverão ser tomadas

pela equipa de saúde, doente e família, de forma a respeitar os desejos do doente, os objetivos traçados, maximizando os seus benefícios e prevenindo o surgimento de complicações.

Palavras-chave: Suporte nutricional, Cuidados paliativos, cuidado em fim de vida, suspensão de tratamento

Abstract

The prevalence of chronic disease, the increased life expectancy and the consequent ageing of the populations have been changing the organization of several health systems and the directioning of the financial and human resources. Therefore, emerged the need for a targeted care oriented to patients with chronic, advanced and progressive diseases focusing on symptoms control, comfort and promoting quality of life for terminal patients. For those, the palliative care has been the solution, for patients and their families, for whom are provided global care, psychological and spiritual support, pain relief, symptoms improvement and mourning support. Nutrition plays a key role in a daily life of any individual, and, in the end of life, its importance stands out by clinical and ethical issues that it raises. There are some questions and doubts that remain unanswered: What are the benefits associated with nutrition in the end of life? What are the complications related to nutrition? What are the indications for implementation of artificial nutrition? Is it advantageous, on a clinical and ethical point of view, to withdraw nutrition? This literature review pretends to make a critical reflection on the current knowledge about nutrition in palliative care and their physiological, social and psychological significance. For this, a bibliographic research has been done, through scientific articles and review articles in the database of PubMed e Medline, published in portuguese and english, between 2000 and 2016.

Several subjects will be discussed mainly related to the types of nutrition and hydration, the ethical issues that accompany the nutritional intervention in palliative care, the advantages and disadvantages of the withdrawal of the nutritional support and, finally, the definition of an individualized nutritional plan. At this stage of the disease, nutrition must be understood as an important matter to improve these patient's quality of life. Thus, all decisions should be taken by the healthcare team, the patient and family, in order to respect the patient's wishes and goals, maximizing its benefits and preventing the arise of complications.

Keywords: Nutritional Support, Palliative care, End of Life Care, Withholding or withdrawing treatment

Introdução

As doenças crónicas são, atualmente, uma preocupação de saúde pública. A transição epidemiológica é vista com apreensão a nível global, uma vez que mudou a causa da mortalidade prematura. Se, anteriormente, eram as doenças agudas, quase sempre infecciosas, as principais causas de morte, hoje – devido à melhoria do contexto socioeconómico, da qualidade de vida e aos avanços da medicina – as doenças oncológicas prolongadas e as doenças crónicas, degenerativas ou de outra natureza, assumem-se como as principais causas de morte (1). A sua magnitude a nível global tem aumentado em termos da gravidade das consequências que estas representam. Por se tratar de doenças prolongadas, associadas a sintomas constantes e que necessitam de monitorização e tratamento permanente, acarretam grande sofrimento e enorme impacto socioeconómico aos países, principalmente os países em via de desenvolvimento (2).

O aumento das doenças crónicas está diretamente relacionado com a alteração dos estilos de vida e com o envelhecimento da população. Em 2014, cerca de 20% da população portuguesa apresentava mais de 65 anos (3). A par desta percentagem, também é de referir o aumento da Esperança de Vida à Nascimento, com valores de 76,26 anos para os homens e 82,37 anos para as mulheres, no período entre 2008 e 2010 (4). Estes números refletem-se na inversão da pirâmide demográfica, o que acarreta repercussões no que toca à necessidade de reorganização dos serviços de saúde e redistribuição dos recursos disponíveis. Tornou-se, assim, emergente o aparecimento de cuidados humanizados, específicos e prolongados aos doentes, que assegurassem o alívio dos sintomas associados ao sofrimento, ao bem-estar e ao conforto.

Neste contexto, surgiram, na década de 60 do século XX, pela mão da médica Inglesa Cicely Saunders em Inglaterra, as primeiras iniciativas, modernas, que conduziram ao aparecimento de serviços de “Cuidados Paliativos”, através de estudos conduzidos entre 1958

e 1965 no St. Joseph Hospice. Inicialmente, tinham como objetivo controlar sintomatologia, preservando a dignidade dos doentes. Em 1967, foi inaugurado o St. Christopher's Hospice, que se tornou um marco decisivo na história dos Cuidados Paliativos (5). Em Portugal, estes cuidados chegariam mais tarde. Em Novembro de 1992, surgiu, no Fundão, uma unidade de tratamento da dor crónica no departamento de anestesiologia, que viria mais tarde a tornar-se o departamento de medicina paliativa (6,7). No nosso país, apesar da legislação já estabelecida através da Lei das Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012 de 5 de setembro (8), e dos esforços da Direção Geral de Saúde (DGS) para a implementação destes mesmos cuidados, os serviços ainda são escassos para as necessidades existentes e a referenciação é difícil, continuando a verificar-se grandes assimetrias no acesso (7).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (9,10). Associando-se ao tratamento curativo, os cuidados paliativos direcionam esforços no sentido de suprir as necessidades individuais de cada doente, visto no seu todo como ser biológico, social, espiritual e psicológico (11).

Os Cuidados Paliativos são considerados um direito humano básico (12), podendo ser prestados em ambiente hospitalar, em instituições especializadas ou no domicílio (11). Estes cuidados idealmente devem ser assegurados o mais precocemente possível e prestados por equipas interdisciplinares, em que os elementos envolvidos no tratamento e no cuidado ao doente devem, preferencialmente, ter formação em Cuidados Paliativos (13–15).

Tradicionalmente, os Cuidados Paliativos eram vistos como sendo aplicáveis apenas a quando a morte iminente. Hoje, de acordo com os modelos atuais, devem ser oferecidos no

estádio inicial de uma doença que se prevê vir a ser progressiva, avançada e incurável, fazendo com que os doentes usufruam destes cuidados durante vários anos (16–19), o que se traduz não apenas no prolongamento da vida mas no prolongar da vida com qualidade.

Os Cuidados Paliativos regem a sua intervenção por princípios enunciados e consagrados na Lei das Bases dos Cuidados Paliativos, em Portugal, tais como a afirmação do valor da vida, não antecipando nem adiando a morte, oferecendo um sistema de suporte que possibilite ao doente viver tão ativamente quanto possível, até ao momento da sua morte, no respeito pela sua autonomia e através de uma abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos doentes e seus familiares (8,10). O alívio da dor e de outros sintomas, o suporte psicológico, emocional e espiritual e o apoio à família, durante a doença e, posteriormente, no luto, são, entre outros, princípios igualmente importantes. Uma grande aposta é feita na promoção da qualidade de vida que, segundo a OMS, é “A perceção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses” (20). Dessa forma, podemos concluir que, apesar dos doentes se encontrarem em grande sofrimento, é possível fazer-se uma intervenção ativa capaz e adequada para aliviar o sofrimento promovendo a qualidade de vida.

Um doente em estado avançado ou terminal apresenta um quadro sintomático caracterizado por períodos de estabilização alternados com períodos de instabilidade e agravamento, que pode levar ao desespero. Na evolução da doença, sintomas como a dor, a dispneia, a xerostomia e a mucosite, entre muitos outros, tornam-se progressivamente mais difíceis de tratar, controlar e ser suportados pelo doente (21). Náuseas, vômitos, disgeusia, saciedade precoce, anorexia e caquexia, são manifestações frequentes em doentes em cuidados paliativos especialmente nos que sofrem de cancro em estádios avançados (21–23) e estão quase sempre associados a alterações dos padrões alimentares impostas pela doença, e/ou seus tratamentos, ou pelas alterações do paladar, do olfato, da capacidade de saborear, de digerir e

de eliminar os alimentos, o que acaba por condicionar a ingestão insuficiente de alimentos. Do exposto, podemos concluir que a nutrição é uma área importante em cuidados paliativos e que na prática assistencial deve incluir-se o cuidado nutricional assim como a necessidade de traçar um plano nutricional individualizado para o doente, considerando os fatores fisiológicos, patológicos, psicológicos e sociais (24–27).

A nutrição é considerada um direito humano básico e torna-se, por isso, imprescindível. Para além da sua função fisiológica indispensável para a homeostasia – através da obtenção de energia para as funções vitais, como o funcionamento dos diversos sistemas orgânicos, o crescimento, movimento, entre tantas outras –, tem na sua essência o papel social, psicológico e emocional (28,29). O cuidado nutricional está diretamente associado à prevenção da doença e promoção de saúde, através da avaliação e monitorização do estado nutricional, que garante a ingestão alimentar de acordo com as necessidades. Nos doentes em cuidados paliativos passa pela melhoria da qualidade de vida dos doentes, assegurando-lhes bem-estar, conforto e a prevenção de efeitos adversos associados aos tratamentos e controlando sintomas (28,30). De acordo com a evolução da doença, a alimentação e suporte nutricional em cuidados paliativos tem de ser adaptados às circunstâncias do momento, numa lógica de constante monitorização das necessidades. Desta forma, é de evidente importância perceber qual o papel da nutrição, nesta área do cuidado ao doente.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é o de avaliar e fazer uma reflexão crítica sobre a nutrição em cuidados paliativos e a intervenção nutricional em fim de vida, atentado nos seus benefícios e no seu significado fisiológico, social e psicológico.

Materiais e Métodos

Os artigos científicos que serviram de base para esta revisão bibliográfica foram obtidos mediante pesquisa no banco de dados da *PubMed* e *Medline*, publicados em Português e Inglês, entre 2000 e 2016, com abstract disponível, utilizando as palavras-chave: “*Nutrition*” “*Palliative care*” “*Nutritional Support*”, “*End-stage Life Care*”, “*Withholding or withdrawing treatment*”. A seleção dos artigos baseou-se essencialmente numa leitura dos *abstract* para avaliar se o tema em estudo era alvo de discussão. Foram excluídos aqueles que tratavam de assuntos referentes a cuidados paliativos que não associados a nutrição e os não escritos em inglês ou português, bem como publicações anteriores ao ano 2000. Seguidamente foi feita a leitura integral dos artigos selecionados, entre os quais se encontram artigos científicos e artigos de revisão, e foi efetuada uma nova recolha de referências baseada em livros e *guidelines* para completar e melhor contextualizar a informação.

Através dos sítios da Internet foi possível ter acesso a informação relativa a esta temática, optando-se pela consulta de publicações da Direção Geral da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), *National Cancer Institute* (NCI), *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *European Palliative Care Research Collaborative* (EPCRC) e *General Medical Council* (GMC).

Nutrição em Cuidados Paliativos

1) Importância da Alimentação para a Vida

Ainda que habitemos num ecossistema onde existem milhões e milhões de espécies de animais, há um denominador comum a todas elas: a alimentação como forma de subsistência. É um ritual instintivo que se transmite entre gerações e que faz parte das preocupações dos progenitores nos primeiros tempos de vida das suas crias: ensinar-lhes, através da observação, o que devem comer, como podem conseguir esse alimento e de que forma o devem ingerir.

No caso do ser humano, a alimentação vai para além desse carácter de sobrevivência. Tornou-se um ritual cultural, de reunião, de partilha e de prazer. Hoje, os momentos de refeição reiteram, muitas vezes, os horários de cada indivíduo – as paragens laborais ou escolares correspondem às etapas alimentares – sendo-lhes concedido um tempo diário considerável. Na cultura ocidental, por exemplo, a refeição da noite caracteriza-se por ser um momento de reencontro familiar – ideia que pode estar associada a questões de índole religiosa –, onde a ementa vai muito para além daquilo que é indispensável à vida. Pensar-se em alguém que deixa de se alimentar é pensar em alguém que se isola do mundo, afastando-se das relações interpessoais, e também em alguém que, física ou psicologicamente, não se encontra bem – esta relação pode ser ilusória. A perda de peso associada à doença, por exemplo, pode ter como consequências problemas de auto-estima e pode levar, inclusivamente, a uma alteração da autoidentificação (25,31,32).

Toda esta significância mantém-se mesmo com o decorrer da doença e o agravamento do estado clínico do doente (25). Por essa razão, o ato de comer e beber pode tornar-se um foco de stresse para os doentes e para a sua família. A anorexia e perda de peso são fontes de preocupação. Porém, a própria alimentação é fonte de diversos sintomas, nomeadamente diarreia, náuseas e vómitos, que diminuem o bem-estar do doente (30,33).

Desde a antiguidade que é perceptível que a alimentação pode ser vista como medida terapêutica. Hipócrates (Grécia, 460a.c.-370 a.c.) afirmou “*Que a tua comida seja a medicina e a medicina a tua comida*”. No entanto, a esfera sociocultural leva a que a aceitação desta realidade seja mais difícil. A nutrição e hidratação, dois conceitos que merecem ser considerados medidas de cuidado médico, adquirem o significado de “comida e bebida”, alterando o seu objetivo. Desta forma, torna-se complicado dissociar instrumentalização médica da nutrição e da hidratação, do seu papel social, dificultando também a aplicação das mesmas medidas empregadas a qualquer outra estratégia terapêutica (34).

A Intervenção Nutricional em Fim de Vida tem objetivos específicos, que vão além dos traçados em qualquer outro momento. Estes devem ser definidos com base nas necessidades do doente, tendo em conta a sobrevivência expectável, o estadio da doença e o ambiente sociocultural, de forma a proporcionar conforto, controlando a sintomatologia e mantendo ao máximo a capacidade funcional do individuo (35).

2) Estratégias de Nutrição

A nutrição em cuidados paliativos inclui diversas estratégias, desde a nutrição por via oral, passando pelos suplementos orais, orexígenos, imunonutrição, a nutrição artificial - enteral ou parenteral. O cuidado nutricional deve ser adequado ao doente, tanto na composição como no meio utilizado para a fornecer. Deve ser feita uma avaliação individualizada, tentando, desta forma, ir ao encontro dos gostos do doente e do seu bem-estar físico e psicológico, sem esquecer o papel fisiológico da alimentação (28).

Estão inerentes, à intervenção nutricional, alguns custos e complicações, que, no entanto, têm vindo a diminuir ao longo dos últimos 30 anos. Houve melhoria tecnológica (como novos materiais para acessos venosos e novas fórmulas de nutrição enteral e parenteral) e criação de

novas estratégias associadas às técnicas, que permitiram um melhor custo-efetividade e menos risco de complicações (36). Por fim, todas as questões e decisões que estejam envolvidas com a nutrição devem ser discutidas e acordadas com o doente e com a sua família, minimizando, desta forma, as dificuldades na sua aceitação (13).

2.1. Nutrição Oral e Suplementos Oraís

O fornecimento de hidratação e nutrição oral deve ser tido como um cuidado essencial, que no caso de doentes em fim de vida, deve ser acompanhado de um seguimento individualizado (13). Segundo as recomendações da *French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism* (SFNEP), o aconselhamento nutricional em doentes oncológicos sujeitos a cuidados paliativos deve ser realizado, recorrendo, se necessário, a suplementos orais. No entanto, pouca evidência existe para tecer estas considerações (37). É essencial que seja adaptada a cada doente, auxiliando o controlo sintomático, consoante restrições alimentares que este possa apresentar (13). Neste sentido, as dietas devem ser flexíveis, ajustando-se ao paladar e preferências pessoais, culturais e religiosas do doente (13,37). Durante este processo o doente deve ser constantemente avaliado, para que seja detetado precocemente o aparecimento de sintomas.

No doentes que tenham dificuldade na manutenção do peso ou tenham diminuição da ingestão alimentar, é possível a associação de medidas para melhorar o aporte nutricional - Tabela 1 (13).

Tabela 1 - Medidas associadas a nutrição oral, que podem ser aplicadas a doentes com diminuição da ingestão ou perda de peso

Medidas de Cuidado Nutricional Oral para Doentes com Perda de Peso ou Diminuição da Ingestão Oral
<p>Não dar grande quantidade de comida de cada vez.</p> <p>Aconselhar a fazer pequenas refeições intercaladas.</p> <p>Incentivar a fazer refeições na companhia de outras pessoas.</p> <p>Tornar a comida o mais nutritiva possível recorrendo:</p> <ul style="list-style-type: none">• À adição de queijo ralado à comida, nomeadamente molhos;• À adição de pó de leite a bebidas e outros alimentos;• Ao reforço alimentar com iogurtes ou leite gordo;• A bebidas lácteas;• À adição de manteiga extra ou margarida na comida;• Ao uso de maionese, natas, creme de queijo e creme <i>fraîche</i>;• Ao uso de açúcar, fiambre, marmelada e mel, juntamente com os alimentos;• À adição de xaropes aos cereais, bebidas e sobremesas.
Adaptado de: Gillespie L. et al, 2014

Caquexia, segundo o consenso internacional de 2011 para a classificação de caquexia associada a cancro (38), é uma síndrome multifatorial definida por uma contínua perda da massa muscular esquelética (com ou sem perda de massa gorda), que não pode ser totalmente revertida por um suporte nutricional convencional e que origina um prejuízo funcional progressivo. Há grande divergência no que toca às conclusões, que se tiram, acerca da influência da nutrição nesta síndrome, principalmente em doentes em estado avançado. Numa revisão da literatura de Hopkinson (39), foram analisados 20 estudos acerca dos diferentes tipos de intervenção

nutricional em doentes oncológicos com caquexia. Os autores concluíram quee há benefício na introdução de suplementos orais, no aumento da ingestão proteica e aumento do aporte energético, no consumo de alimentos com elevada densidade calórica e no consumo de alimentos de mais fácil ingestão e digestão (39). Pelo contrário, numa revisão sistemática de Balstad (40),foi possível observar-se que ainda não há evidência suficiente para concluir se o aconselhamento dietético dado as doentes com cancro em estadio avançado, tem efeito benéfico no peso ou nas consequências da caquexia, uma vez que há bastante heterogeneidade entre os diferentes estudos. Por outro lado, também se sabe que a nutrição por si só não é suficiente para o tratamento de todos os casos de caquexia, por exemplo a caquexia refratária. Esta é caracterizada por uma baixa *performance status* – *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) 3 ou 4 – e uma esperança de vida estimada inferior a 3 meses, que não é possível ser revertida através da intervenção nutricional. Nesta fase, a nutrição têm apenas como função o alívio sintomático e a salvaguardada do conforto para o doente (41).

Quando a alimentação oral não consegue suprir as carências nutricionais de um doente, os suplementos orais são usados como complemento, de forma a melhorarem o *status* nutricional e fisiopatológico (24). Os suplementos orais são substâncias que podem ser administradas sob a forma líquida, pó, concentrados ou outros. A composição é variável, podendo apresentar diferentes concentrações de fibras, vitaminas, minerais, eletrólitos, lactose e outros constituintes, adaptando-se, por isso, ao doente, às patologias e às necessidades alimentares. Para isso, deve ser feito um estudo conveniente do caso, de forma a escolher o suplemento adequado ao doente e que, se possível, se ajuste ao seu paladar (13).

Ainda existem poucos estudos disponíveis acerca dos suplementos alimentares orais em cuidados paliativos (28,42). De notar ainda, que estes suplementos devem ser utilizados em ambiente hospitalar ou com acompanhamento de um dietista ou nutricionista, principalmente

porque podem haver interações com outra medicação que o doente esteja a tomar (24,43). Esta opção está associada a menos complicações e a menor custo do que a nutrição artificial (28).

Os suplementos nutricionais orais devem apenas ser prescritos a doentes que apresentem risco de malnutrição, que tenha sido detetado através da avaliação realizada com recurso a instrumentos de medição – como o *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), *Mini Nutritional Assessment* (MNA) ou outro que se encontre validado para a população em estudo – e que apresentem uma das indicações do *Advisor Committee for Borderline Substances* (ACBS): síndrome do intestinal curto, malabsorção intratável; preparação pré-operativa de doentes desnutridos; doença inflamatória intestinal confirmada; gastrectomia total; disfagia; fístulas intestinais; malnutrição associada a patologia; dialise peritoneal contínua em ambulatório e hemodiálise (44).

Esta conduta faculta um maior aporte nutritivo ao doente e, por isso, um melhor desempenho funcional. Para isso é necessário que sejam consumidos em quantidade suficiente, o que nem sempre acontece – ou por dificuldade do doente em interpretar a informação dada ou porque este não é capaz de os ingerir (13,43). De salientar, que nem todos os suplementos são nutricionalmente completos (43). Igualmente, apesar de terem como objetivo final a melhoria da qualidade de vida, podem ser mal tolerados. O doente não deve sentir-se culpado se não conseguir fazer um adequado uso dos mesmos. Quando assim é, deve ter um acompanhamento que, por um lado, o auxilie na forma de administração e, por outro, permita intervir de forma precoce no quadro sintomático consequente que possa surgir (13,43).

2.2. Orexígenos e Imunonutrição.

Ainda não existem muitos estudos sobre orexígenos em cuidados paliativos, além disso, os existentes são bastante heterogéneos, na sua composição e mecanismo ação, pelo que não é possível tecer uma conclusão concreta. No entanto, pode verificar-se que há várias substâncias

com efeitos sobre o apetite e perda de peso, quando administrados durante curto espaço de tempo. Acetato de megestrol, acetato de medroxiprogesterona e corticoides são exemplos dessas substâncias. Estas substâncias aumentam a ingestão alimentar e diminuem a perda de peso, mas não afetam a qualidade de vida (37).

Os imunonutrientes são substâncias que funcionam como modeladores do sistema imunitário, de onde se destacam: omega-3, arginina e nucleotídeos (28). Os principais estudos realizados nesta área recaem sobre ácidos gordos n-3 (ácido eicosapentanoico) tanto orais como para administração enteral (37). No caso da administração por via parenteral, não há estudos específicos a avaliarem os seus efeitos na perda de peso e anorexia (37). Esta estratégia está associada a boa relação custo-benefício, melhoria da função imune, redução da resposta inflamatória e melhoria da funcionalidade intestinal (28).

2.3. Nutrição Artificial

A nutrição artificial é uma abordagem terapêutica que envolve o uso tecnológico para fornecimento de fluidos e nutrientes, dos quais fazem parte a nutrição enteral e parenteral (45). É considerada quando a alimentação oral não é suficiente ou possível para suprir os requisitos nutricionais (29,41). Inicialmente, este procedimento seria para ser utilizados de forma temporária, até a patologia ser revertida, atualmente, pode estar associada a cuidados de longa duração e mesmo cuidados domiciliários (45). A sua qualidade e eficácia dependem dos profissionais de saúde envolvidos na prestação dos cuidados associados, da predisposição do doente em colaborar, do método escolhido, do material e das instalações (37).

Na consideração da nutrição artificial para um doente, deve ter-se em conta diversos fatores, como por exemplo, o significado da alimentação, a sua associação à religião e ao ambiente sociopsicológico do doente (31). Os princípios éticos, como o princípio da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça devem envolver qualquer abordagem

(31,46). Apesar de se tratar de uma decisão médica, muitos outros profissionais, como nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos de saúde, devem estar envolvidos, de forma a ajudar o doente nesta nova fase (28).

Vários estudos têm sido realizados ao longo dos últimos anos, mas há ainda escassa informação acerca da nutrição artificial em cuidados paliativos (30,47). Uma revisão, efetuada em 2014 (47), sobre a nutrição artificial, durante a fase terminal, em que foram analisados estudos randomizados controlados e estudos prospetivos de alta qualidade, concluiu que a evidência científica é insuficiente para tecer recomendações sobre a sua utilidade. Até agora, não foram encontradas quaisquer evidências de que a nutrição artificial, em termos de fim de vida, tenha vantagens, quer em relação à qualidade de vida quer quanto ao prognóstico (31,37,48,49). No caso de se tratar de um doente terminal por patologia oncológica, segundo *guidelines* internacionais (37,50–52), a nutrição artificial pode não ser apropriada se a esperança média de vida for inferior a 3 meses, se o *índice de Karnofsky* for igual ou inferior a 50 ou se o *performance status ECOG* for igual ou superior ou igual a 3. As indicações mais comuns para iniciar a nutrição artificial, apesar da possibilidade de nutrição oral, são a perda de peso e a anorexia. Além disso, esta decisão é mais frequentemente justificada por motivos socioculturais e religiosos do que por motivos médicos (53,54).

Sempre que necessário, deve ser feito uma reavaliação do método de nutrição aplicado, pesando os benefícios e malefícios, num diálogo constante com o doente e com a família (35,41,55). O consentimento informado é essencial na aplicação deste tipo de medida terapêutica, devido à falta de vantagens, às complicações e ao mau prognóstico associados.

2.4. Nutrição Enteral

Na nutrição enteral os alimentos e fluidos são administrados através de uma sonda colocada no trato intestinal. Esta é usada quando o trato intestinal se encontra funcional e a

alimentação oral não é suficiente – apesar do aconselhamento nutricional –, ou quando, simplesmente, esta não é possível (41,49,51).

Vários métodos são utilizados nesta abordagem, sonda transnasal – nasogástrica ou nasojejunal – ou via percutânea – Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), gastrostomia radiologicamente inserida, gastrostomia cirúrgica ou jejunostomia. Não há evidência científica que referencie a melhor técnica a ser aplicada. No entanto, deve ser preferida gastrostomia num tratamento a longo prazo, devido ao maior conforto e facilidade de manipulação. Se houver alguma contraindicação à gastrostomia, a jejunostomia é o melhor método a ser aplicado (49). Além disso, a PEG está associada a um maior risco de infeções, em doentes oncológicos e menor risco de disfagia em doentes com cancro da cabeça e pescoço, enquanto a sonda nasogástrica está mais associada a deslocação da sonda (41). A nutrição pode ser administrada de forma contínua ou em *bolus*. A forma contínua é preferida uma vez que maximiza tolerância e aumenta absorção. No entanto, a forma em *bolus* é utilizada frequentemente no domicílio uma vez que permite maior mobilidade ao doente, está associada a maior facilidade na sua utilização e assemelha-se mais a uma alimentação tradicional (32).

A nutrição enteral apresenta diversas vantagens e, a mais importante, a conservação ou mesmo melhoria da qualidade de vida, associado à sua função como promotora de bem-estar e conforto para o doente (13,51). Promove a manutenção ou, até mesmo, a melhoria do estado funcional do doente, principalmente em doentes com insuficiente ingestão oral e consequente perda de peso (51). Para além destes benefícios genéricos da intervenção nutricional, a nutrição enteral previne a deterioração nutricional e melhora o prognóstico, aumentando a esperança média de vida (13). Permite que a funcionalidade do trato digestivo se mantenha, estando por isso indicado em muitas patologias em que há défice nutricional mas sem alterações na integridade gastrointestinal, em casos de alteração da consciência, cirurgia digestiva, anorexia ou estados hipercatabólicos (56).

Pode ainda considerar-se que este tipo de nutrição apresenta algumas vantagens face à nutrição parenteral, apesar da controvérsia que envolve este assunto (36,41)(Tabela 2). Num estudo de Chow (36), observou-se que a nutrição enteral apresenta uma menor probabilidade de se associar a infeções e está relacionada a menos custos financeiros. Além disso, a nutrição parenteral leva a atrofia gástrica e translocação bacteriana, causado pela ausência de alimentos no trato gastrointestinal, ao qual se associa um possível crescimento tumoral (36,57). Por outro lado, doentes com nutrição enteral recebem menos calorias que doentes com nutrição parenteral (36,57). A metanálise de Chow (36) mostra que não há vantagem significativa em doentes que recebem nutrição parenteral. Por seu turno, um estudo de Bozzeti (58) sugere que a nutrição enteral pode estar associada a maior taxa de sobrevivência que a nutrição parenteral. Contudo, o conforto deve ser um dos fatores prioritários na escolha do método de administração nutricional (41), e um dos mais considerados pelos doentes. Num estudo de Scolapio (59), foi concluído que 91% dos doentes escolheram nutrição parenteral quando lhes era dada a escolha entre esta e a nutrição enteral.

Tratando-se de um método invasivo, a nutrição enteral apresenta várias complicações. As complicações podem ser divididas em gastrointestinais – náusea, vômitos, diarreia e obstipação mais raramente –, mecânicas – aspiração pulmonar, deslocamento do tubo, obstrução da sonda - e metabólicas – hiperglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e alterações hídricas (41). Num estudo elaborado por Pancorbo-Hidalgo (56), as complicações mais frequentemente encontradas foram deslocamento da sonda de alimentação (45,5%), alterações hidroeletrólíticas (45,5%), hiperglicemia (34,5%), diarreia (32,8%), vômitos (20,4%), obstrução da sonda (12,5%) e aspiração pulmonar (3,1%). De todas, a complicação mais recuada e a que, simultaneamente, se associa a um maior índice de mortalidade, é a aspiração pulmonar, pelo que deve ser feita uma monitorização acrescida do doente, de forma a prevenir e tratar adequada e atempadamente as possíveis complicações que possam surgir (41).

Tabela 2 - Principais diferenças entre Nutrição Enteral e Nutrição Parenteral

Principais diferenças entre Nutrição Enteral e Nutrição Parenteral	
Nutrição Enteral	Nutrição Parental
<ul style="list-style-type: none"> • Maior taxa de sobrevivência • Menos custos financeiros • Menor risco de infecção e outras complicações • Mais fácil de instituir em ambulatório • Associada a maior taxa de mortalidade em doentes malnutridos • Associada a complicações gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e obstipação • Tem como principal complicação a pneumonia por aspiração • Sonda nasogástrica ou nasoenteral: <ul style="list-style-type: none"> ○ Associa-se a grande desconforto ○ Erosão ou perfuração da mucosa esofágica ○ Hemorragia gastrointestinal aguda ○ Aumento da agitação e ansiedade • Gastro ou jejunostomia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimento invasivo cirúrgico, que necessita anestesia ○ Risco associados à cirurgia, nomeadamente infecção abdominal/peritonite ○ Perfuração intestinal ou gástrica ○ Hemorragia gastrointestinal aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a administração de uma quantidade predefinida de calorias, micronutrientes e substratos • Requer menos tempo para melhorar o estado nutricional do doente • Leva a translocação bacteriana e atrofia gástrica • Associa-se a risco aumentado de desenvolvimento tumoral, pela ausência de alimentos no trato gastrointestinal • Apresenta complicações relacionadas ao cateter: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infecção sanguínea ○ Infecção dermatológica localizada ou extensa ○ Pneumotórax – por inserção do cateter ○ Trombose venosa ○ Tromboflebite ○ Deslocação, obstrução ou rutura do cateter • Associada a complicações técnicas como complicação associada à inserção do cateter e flebite • Sem vantagens significativas em relação à nutrição enteral

2.5. Nutrição Parenteral

A nutrição parenteral é fornecida por meio de um cateter venoso central ou periférico. Pode ser parcial ou total, fornecendo todos os nutrientes para a produção energética adequada. As indicações para nutrição parenteral em fim de vida são restritas. A sua aplicabilidade destina-

se a situações de trânsito intestinal não funcional ou quando o acesso para nutrição enteral não é possível (devido a obstrução ou outra alteração intestinal), e a sobrevivência com a patologia é superior ao tempo de vida se a nutrição fosse totalmente suspensa (30,52). Um estudo de Orreval (60) mostrou que, em doentes paliativos, as indicações mais comuns para nutrição parenteral eram náuseas, vômitos e obstrução intestinal. A nutrição parenteral não se associa a diminuição da anorexia.

Tal como no caso da nutrição enteral, a nutrição parenteral apresenta diversos benefícios. Permite a administração de uma quantidade predefinida de calorias, micronutrientes e substratos (36). Está associada a melhoria do estado nutricional, nomeadamente em doentes oncológicos, mas apenas naqueles que não tenham depleção nutricional extrema. Desta forma, pode ser aplicada em doentes com perda de peso, associada a ingestão insuficiente, que pode originar uma melhoria da qualidade de vida (52). Em doentes com disfunção do trato intestinal, este tipo de intervenção nutricional é bastante necessária. Além disso, a nutrição parenteral pode ser usada no domicílio, e está associada a um melhor estado funcional e à promoção da reabilitação (61). Em comparação com a nutrição enteral, está relacionada com uma menor taxa de mortalidade em doentes malnutridos e requer menos tempo para melhorar o estado nutricional do doente (36).

A nutrição parenteral está associada a diversas complicações, sendo a prevenção a principal forma de as evitar. Estas podem ser divididas em infecciosas, metabólicas, mecânicas e psicológicas (41). A complicação mais temida e mais relevante é a infeção associada ao cateter (36,41). Tanto as complicações infecciosas como as mecânicas – deslocação do cateter, oclusão do lúmen, rutura do cateter, trombose venosa – estão relacionadas com o uso de cateter. Com a evolução tecnológica e científica, houve melhoria na segurança da colocação e uso de cateteres venosos centrais, acarretando com isso uma diminuição do risco de complicações. Dentro das alterações metabólicas encontram-se hiperglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e alterações

hídricas – complicações agudas e precoces – e doença óssea e disfunção hepática – complicações associadas ao uso prolongado de nutrição parenteral (28,36,44). Atualmente, devido ao uso de fórmulas com conteúdo mais restrito em glucose, as complicações como hiperglicemia, hipertrigliceridemia e esteatose hepática são menos frequentes (41). No que diz respeito a complicações psicológicas, o impacto sobre a vida do doente é mínima, podendo ser ainda mais reduzida se a infusão for realidade durante o período noturno. Tanto a nutrição quanto a hidratação parenteral tem impacto positivo na qualidade de vida dos doentes (41,63). Tal como na nutrição enteral, a monitorização do doente deve ser reforçada. Nomeadamente os valores de glicemia e eletrólitos, de forma a avaliar a evolução clínica e prevenir e tratar atempadamente as possíveis complicações (41,49).

Um estudo prospetivo revelou que doentes oncológicos, com obstrução gastrointestinal, sob alimentação parenteral têm uma sobrevivência mais longa, e uma melhor *performance status*, porém, revelam um maior risco de complicações infecciosas por dia de tratamento, em comparação com disfunção gastrointestinal não maligna (64).

2.6. Hidratação Parenteral

Existem vários argumentos a favor e contra a hidratação parenteral no final da vida, mas a evidência científica ainda é bastante escassa, tanto por razões metodológicas como, e principalmente, por razões éticas. A literatura existente até ao momento indica que o valor da hidratação artificial é limitado(35). Num estudo de Tatsuya (65), 72% dos médicos japoneses consideram que é difícil determinar adequadamente as indicações médicas para hidratação intravenosa. Num estudo randomizado de 2013(66), no qual foram comparados dois grupos de doentes com patologia oncológica em estágio avançado, um recebendo hidratação parenteral e outro recendo placebo, foi demonstrado o valor limitado da hidratação artificial. Observou-se que não houve diferença significativa nos sintomas de desidratação e nos scores de delírio assim

como na sobrevivência entre os dois grupos. Em ambos os grupos foi denotada uma melhoria nos sintomas de desidratação, benefícios que poderão estar associados ao maior número de visitas por profissionais de saúde ou com o efeito placebo.

A hidratação pode ser considerada um cuidado humano básico, que se reflete no conforto e no bem-estar, como a prevenção de complicações associadas ao tratamento, tais como a acumulação de metabolitos de opióides e outros fármacos, prevenindo o delírio. Na revisão da literatura de Dev (62), é descrito que existe grande conflito no que concerne aos achados obtidos relativos à associação entre os sintomas e a presença de desidratação em final de vida – vários estudos mostram sintomas que se relacionam a uma diminuição da ingestão de líquidos, outros mostram uma pequena correlação.

No entanto, também pode ser argumentado que é uma terapêutica fútil, que afeta a aceitação por parte do doente do seu estágio terminal. Pode falar-se, ainda, da sua relação com o aumento do tempo de vida, que nem sempre se associa à qualidade da mesma. Além disso, a própria hidratação tem consequências como retenção de fluidos, ascite, edema e aumento das secreções pulmonares. Por último, há que considerar todas as complicações associadas a invasão que este procedimento representa, das quais se podem destacar: infecção dermatológica, dor, desconforto e possíveis tromboflebites (62,67).

A hidratação pode ser alcançada por via intravenosa, subcutânea (dermoclise) e retal (proctoclise). A hidratação subcutânea, hipodermoclise, apresenta-se como uma alternativa à hidratação endovenosa, com algumas vantagens nesta fase avançada da doença, das quais se destaca o conforto, menos riscos associados à técnica, maior facilidade de manipulação e a sua aplicabilidade em ambiente domiciliário, que acarreta menos custos (62).

Na tabela 3 são representadas as principais vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de estratégias nutricionais.

Tabela 3 - Vantagens e Desvantagens dos Principais Tipos de Estratégias Nutricionais

	Vantagens	Desvantagens
Nutrição Oral	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia nutricional na sua forma mais “pura” • Possibilita alimentação com toda a sua significância • Permite noção de autonomia • Estratégia nutricional não invasiva • Baixo custo 	<ul style="list-style-type: none"> • Acarreta sintomas que podem diminuir consideravelmente a qualidade de vida
Suplementos Oraís	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilitam alimentação com toda a sua significância • Permitem noção de autonomia • Aumentam o aporte nutritivo • Associam-se a melhoria da qualidade de vida, no sentido em que melhoram a <i>performance status</i> • Permitem que seja adaptado às necessidades de cada doente • Podem ser ajustados ao paladar do doente • Estratégia nutricional não invasiva • Baixo Custo 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem ser mal tolerados, pelos seus efeitos adversos • Nem todos os suplementos são nutricionalmente completos • Necessário que sejam consumidos em quantidade adequada para ter efeito • Indispensável acompanhamento por nutricionista ou dietista
Nutrição Artificial	<ul style="list-style-type: none"> • Permite nutrição de doentes com impossibilidade de alimentação oral • Associa-se à prevenção da deterioração nutricional • Leva a melhoria da capacidade funcional do doente • Predispõe a um aumento da esperança média de vida, quando numa fase não terminal • Se tolerada, leva a melhoria da qualidade de vida quando numa fase não terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia nutricional invasiva • Sintomas associados à alimentação intensificados (nutrição enteral) • Aumento do tempo de internamento hospitalar • Necessidade de análises periódicas • Associada a complicações, nomeadamente metabólicas, mecânicas, gastrointestinais (no caso da nutrição enteral) e infecciosas (no caso da nutrição parenteral)

Tabela 3 - Vantagens e Desvantagens dos Principais Tipos de Estratégias Nutricionais (continuação)

	Vantagens	Desvantagens
Nutrição Artificial	<ul style="list-style-type: none"> • Transmite a ilusão para os familiares e para o doente que este continua a alimentar-se e a ser bem cuidado • Diminui sintomas de sede ou fome que podem aparecer • Pode diminuir a sensação de cansaço • Pode diminuir a perda ponderal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependente do método escolhido, profissionais de saúde, da cooperação do doente, dos materiais e das instalações • Pode prolongar tempo de vida sem qualidade • Não há evidência de que a nutrição artificial em termos de fim de vida tenha vantagens • Falsas expectativas
Hidratação Parenteral	<ul style="list-style-type: none"> • Associa-se à prevenção da deterioração nutricional • Fornece um cuidado humano básico • Previne, ainda que de forma limitada, sintomas como confusão, agitação e irritabilidade neuromuscular • Oferece conforto • Previne complicações, nomeadamente as associadas a fármacos. • Transmite a ilusão para os familiares e para o doente que estes continuam a alimentar-se e a ser bem cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Interfere com a aceitação do estado terminal • Não é consensual que previna sintomas associados à desidratação • Associa a um prolongamento do tempo de vida, que nem sempre é de qualidade • Dolorosa e intrusiva • Associa-se a complicações relacionadas ao cateter como infeção localizada, celulite, dor e possíveis tromboflebites. • Associa-se a complicações relacionadas com a própria hidratação como retenção de fluídos, ascite, edema e aumento das secreções pulmonares • Maior produção urinária e portanto maior necessidade de auxílios para urinar, como algália • Impede produção de cetonas e outros metabolitos gerados com a desidratação que agem como anestésicos naturais, diminuindo o sofrimento e o nível de consciência.

3) Nutrição em cuidados paliativos – questões éticas

A saúde é, indubitavelmente, um dos aspetos mais importantes no bem-estar do ser humano. Sem ela, o indivíduo é colocado numa posição de enorme fragilidade em relação a si mesmo e ao mundo que o rodeia, que pode transcender a dor e o desconforto que se sente a nível físico, provocado pela doença. Quando o doente se depara com a eventualidade de não ser possível curar-se, entra num tumulto de emoções e sentimentos que o obrigam a reajustar os objetivos e expectativas em relação ao futuro, e a adaptar-se a uma realidade nova e diferente daquela a que se habituou. Nestes casos, a possibilidade de morte, enquanto alternativa, é, muitas vezes, completamente descartada, como se se tratasse de uma hipótese impensável, não concretizável que, muitas vezes, é vista, em termos religiosos, como um pecado. Se assim é, a adaptação a uma nova conceção de vida, de bem-estar, torna-se um processo doloroso, de preocupação e sofrimento.

3.1. Suporte Nutricional – iniciar, continuar e suspender

Apesar de estarem a aumentar o número de estudos realizados nesta área, ainda há pouca evidência científica que sustente a decisão no que toca ao suporte nutricional (13,47). Numa tomada de decisão quanto ao início, continuação, suspensão temporária ou suspensão definitiva do suporte nutricional, estão presentes fatores referentes à qualidade de vida do doente e aos seus desejos, que envolvem questões éticas e legais (32). Devem ser considerados todos os benefícios, riscos e complicações associados, num balanço entre os objetivos traçados para o doente, a realidade clínica da sua situação e os desejos do doente e da sua família (25,26,32). Na tabela 4 apresentam-se os principais fatores a favor e contra a suspensão temporária ou definitiva do suporte nutricional. De salientar a importância de uma boa conversação e comunicação tanto entre os diversos profissionais de saúde envolvidos, como também com o doente e a sua família (32).

Tabela 4 - Fatores a favor e contra a Suspensão do Suporte Nutricional

Suspensão temporária e definitiva do Suporte Nutricional	
Fatores a Favor	Fatores Contra
<ul style="list-style-type: none"> • A nutrição e hidratação são vistas como terapêuticas • Prolongamento do tempo de vida sem qualidade • Falta de conforto e bem-estar • Ausência dos efeitos adversos e complicações das medidas de aplicação nutricional • Encargo financeiro associado à terapêutica nutricional • Futilidade terapêutica • Suspensão da nutrição e hidratação funciona como analgésico • Diminuição dos sintomas relacionados com a alimentação e hidratação • Morte sem alimentação e com desidratação é não dolorosa, confortável e pacífica • O uso de nutrição ou hidratação artificial é visto como alteração da morte – morte não natural • Os sintomas associados à desidratação são facilmente controláveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição e hidratação vistas como cuidado básico essencial • Efeitos adversos da suspensão do suporte nutricional (como a xerostomia) • Ansiedade e sofrimento para o doente e sua família • Diminuição da qualidade de vida associada ao impacto psicológico e físico • Ideia de que antecipa a morte • Valores culturais e crenças do doente e família • Sensação de abandono e desistência associadas • Alguns médicos consideram ser uma atitude eticamente reprovável • Alguns médicos consideram que perdem a autoridade nas decisões • Falta de formação legal e ética por parte dos profissionais de saúde – medo de repercussões

No caso de ser o próprio doente a decidir que lhe deve ser retirada a nutrição por completo, deve respeitar-se a sua autonomia (32). Este não deve sentir-se culpado por não querer continuar a alimentação (32). Todavia, esta vontade pode ter por base um quadro depressivo, sendo a

vontade do doente a antecipação da morte que, se tratado devidamente, pode reverter-se (28). Portanto, é importante que se perceba qual a base desta decisão. A suspensão definitiva da nutrição e hidratação pode ser vista como “autoeutanasia”, na medida em que o doente dessa forma adquire o controlo da sua própria morte (31). Para poder decidir corretamente e em consciência, o doente deve estar informado de todas as consequências que possam advir da suspensão definitiva do suporte nutricional e das alternativas terapêuticas (31,68). Toda a equipa médica, bem como os familiares e cuidadores, devem estar envolvidos nesta decisão. Uma vez que a decisão esteja tomada, a equipa de saúde deve estar preparada para dar toda a assistência necessária, nomeadamente no alívio e controlo dos sintomas, para que a morte decorra com o menor sofrimento possível (31).

Nem sempre é claro se deve ou não ser iniciada nutrição ou hidratação artificial, por não se saber qual é o valor que ela tem para o doente e por receio de que a sua suspensão seja um processo difícil. Quando assim acontece, os médicos, o doente e a família ficam num impasse. Dessa forma, é legítimo que se proceda a um pequeno teste, no qual se inicia a nutrição artificial, que deverá decorrer durante um determinado tempo pré-estabelecido, instituindo-se, desde o início, os objetivos da terapêutica. Após este período, será possível perceber quais os seus benefícios e malefícios, tendo noção se deve ser considerada a continuação ou suspensão da mesma (26,46,69).

Saber os benefícios e desvantagens da continuação da nutrição não é suficiente para a tomada de decisão. É uma situação que está rodeada de questões éticas, legais, culturais e religiosas. Num estudo retrospectivo realizado no Hospital Universitário de Seoul em 2007 (53), foi possível observar que os médicos decidem, numa elevada percentagens dos casos, continuar a nutrição ou hidratação artificial mesmo nos últimos dias de vida. Os investigadores consideraram que as razões subjacentes residem, por um lado, na reprovação ética da suspensão da nutrição e hidratação e na consideração destas como um cuidado básico, e, por outro, no

encurtamento da vida do doente pela suspensão da nutrição e na nutrição e hidratação como medida de auxílio no controlo dos sintomas e que não está associada a um aumento do sofrimento. Além disso, este estudo mostra que o objetivo principal é a hidratação e não a nutrição, e que o número de calorias administrado vai diminuindo com o aproximar do fim de vida.

Num estudo de Farber (70), que analisou a opinião de médicos internistas acerca da suspensão temporária ou definitiva do suporte nutricional, conclui-se que, apesar dos imperativos legais e éticos, muitos doentes não veem a sua vontade ser respeitada no que toca à suspensão da nutrição. Muitos internistas mostraram-se relutantes a fazê-lo por várias razões, como: a ideia de que estavam a causar a morte ao fazê-lo; a perda de autoridade nas decisões; a nutrição e hidratação são consideradas terapêuticas de rotina; a falta de formação ética e legal no que diz respeito a estes assuntos. Percebeu-se, também, que é mais fácil retirar outras terapêuticas de suporte de vida porque a nutrição é considerada um cuidado necessário básico e há bastante preocupação relativamente ao sofrimento causado pela suspensão temporária ou definitiva da mesma. Outro estudo (71), analisou a experiência dos profissionais de saúde quando confrontados com a suspensão definitiva da nutrição artificial em fase terminal e os dilemas éticos que acompanham esta decisão. Foi concluído que os profissionais de saúde têm falta de informação no que concerne à suspensão definitiva da nutrição artificial. Observou-se ainda que os dilemas éticos influenciam grandemente a decisão nomeadamente: diferenças de opinião entre os profissionais de saúde, falta de informação relativa à suspensão definitiva da nutrição artificial, sentimento de desconforto perante a família, culpa, sentimento de abandono para com o doente e ansiedade.

Contudo, os profissionais de saúde mais facilmente aceitam a suspensão temporária ou definitiva da nutrição, se esta for uma situação com a qual se deparam na sua prática clínica. Num estudo de Leheup (72), observou-se que os cuidadores que tinham sido confrontados com

a suspensão definitiva da nutrição artificial em algum ponto da sua carreira profissional, mais facilmente aceitavam e percebiam esta prática. Neste estudo foi possível observar-se quais eram as razões mais relevantes para a suspensão definitiva da nutrição artificial. A mais comumente referida foi a opinião do doente, seguida da opinião de toda a equipa de saúde e, por último, os efeitos adversos da nutrição artificial.

A suspensão definitiva do suporte nutricional tem vantagens. Funciona como analgésico (73), na medida em que a desidratação leva à produção de cetonas e outros metabolitos, que agem como anestésicos naturais e diminuem o nível de consciência (62). Muitos profissionais de saúde testemunham que a morte que ocorre após a suspensão definitiva da administração da nutrição e hidratação é pacífica, confortável e não é dolorosa (46,73). Estes reportam que os doentes desidratados experienciam melhoria sintomática, com menor sensação de choque, menos tosse, menos congestão pulmonar, menos retenção de líquidos, menor produção de urina com menor necessidade de cateterização, menos episódios de “cama-molhada”, menos episódios de vômitos ou diarreia e menos dor. Muitos deles não experienciam fome ou sede (34,46). Aquilo que é relatado é, essencialmente, a xerostomia, que pode ser melhorada com um bom cuidado por parte dos profissionais de saúde - oferecendo cubos de gelo, mantendo os lábios, nariz e olhos húmidos, tendo bom cuidado oral e usando a analgesia necessária. Também é referida a vontade de comer determinados alimentos – os chamados “alimentos reconfortantes” –, que, pelo seu sabor ou por serem alimentos particularmente desejados pelo doente, lhe provocam prazer, ajudando ao seu bem-estar. A equipa de saúde deve aceder aos desejos do doente, dando-lhe esses mesmos alimentos (46,74).

Não há diferença legal ou ética entre suspender temporariamente e suspender definitivamente a nutrição/hidratação (46,70). No entanto, muitos autores afirmam que suspender definitivamente o suporte nutricional é insustentável e deve ser evitado (70). A diferença reside principalmente nas consequências psicológicas. A suspensão temporária é

menos danosa a nível emocional do que suspensão definitiva, uma vez que a última é vista como um meio de causar diretamente a morte do doente (46,70).

3.2. Princípios éticos e questões legais

Na década de 80, surgiram os princípios éticos: princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Estes devem reger eticamente as decisões de iniciar, continuar, suspender ou retirar o suporte nutricional e servem de apoio aos doentes para recusar qualquer terapêutica (28,70).

O princípio da autonomia deve ser levado em consideração em todas as deliberações. Trata-se da garantia de que o doente só é tratado se for essa a sua vontade (31). Sempre que possível deve haver uma conversa antecipada com o doente de forma a saber quais as suas preferências em relação às tomadas de decisões sobre os seus tratamentos, nomeadamente acerca da nutrição (45). Quando assim não acontece, tanto os profissionais de saúde como os familiares têm bastante dificuldade em predizer as preferências do doente e podem sujeitar o doente a tratamentos que este não desejaria. Num estudo de Zaros (75), observou-se que os doentes, incapazes de tomar decisões e que, por essa razão, tinham procuradores de cuidados de saúde, não tinham tido conversas sobre as decisões relacionadas com o final de vida e estavam sujeitos a maior quantidade de tratamentos de suporte de vida agressivos.

Dessa forma, o doente deve ser encorajado não só a dar a conhecer as suas preferências aos profissionais de saúde e aos seus familiares e cuidadores, como também deve elaborar uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (46). A vontade do doente deve ser mais importante do que o princípio da beneficência e do que a opinião, tanto dos profissionais, como da família (45). Quando não há conhecimento da sua vontade, deve prevalecer o melhor interesse para o doente, ou seja, o princípio da beneficência (46).

O princípio da autonomia é regulado pelo consentimento informado, que se define pela expressão direito à escolha e determinação da vontade do doente no que toca tratamentos médicos, participação em ensaios clínicos e projetos de investigação e participação em ações de formação pré e pós graduada. Deve ser encarado com um processo contínuo e participado, em que a comunicação eficaz é essencial. Este assegura que o doente é respeitado e previne que este seja sujeito a tratamentos ou intervenções indesejadas (76). O doente deve receber todas as informações – nomeadamente objetivos do tratamento, riscos, efeitos adversos e complicações – de forma a consciencializar a sua decisão (31,45,46).

Todavia, nem sempre os doentes têm vontade de tomar a decisão com conhecimento. Num estudo de Fallowfield, demonstrou-se que, de entre os 1046 doentes com cancro em fase paliativa, 84,9% queriam toda a informação possível, ao passo que 7,3% queriam apenas “boas notícias” e 7,8% deixam a decisão para os profissionais de saúde. Desta forma, mais importante do que dar todas as informações é respeitar os desejos do doente. No entanto, é necessário que o doente tenha capacidade de entender totalmente as informações dadas e formular uma decisão (45).

O doente pode antecipadamente exercer o seu direito de elaborar uma DAV, e assim certificar-se que as suas vontades serão respeitadas, se se tornar incapaz. A lei n.º25/2012, de 16 de Julho (77), regula as DAV, designadamente sob a forma de testamento vital e a nomeação de procurador de cuidados de saúde. As DAV, nomeadamente sob a forma de testamento vital, são o documento no qual, uma pessoa capaz, maior de idade e não interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que toca aos cuidados de saúde que deseja ou não receber no caso de se tornar incapaz. Na DAV podem ser expressas várias disposições, nomeadamente: não ser submetida a tratamento de suporte artificial das funções vitais; não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado ao seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que

concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais; receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada; não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental; autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos. Se o doente tiver anteriormente estipulado na DAV que recusa tratamento, mesmo que se torne incapaz, deve manter-se a sua decisão, desde que não haja razões que façam acreditar que este mudou de ideias, não se verifique desatualização na vontade do doente face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado, ou não haja mudanças relevantes nas circunstâncias em que a decisão foi tomada (45,77,78).

Pode ainda ser nomeado um procurador de cuidados de saúde, através de uma procuração, que, de forma voluntaria e gratuita, representa o doente em matéria de cuidados de saúde no caso deste se encontrar incapaz de expressar, de forma formal e autónoma, a sua vontade. O procurador de cuidados de saúde é responsável por representar o doente tendo em conta a sua vontade, melhor interesse, crenças e valores (45), tomando as decisões que forem necessárias.

O princípio da não maleficência remete para a não realização de ações que possam provocar o mal ao doente (45). Por todos os valores humanitários, culturais, religiosos e pelo seu valor como fonte de vida, o suporte nutricional, mesmo que se mostre desconfortável e dispensável para o doente, pode continuar a ser aplicado, desnecessariamente (28,32). Quando, neste caso, a estratégia nutricional aplicada causa muito sofrimento, apresentando mais riscos e complicações do que benefícios, deve questionar-se o seu valor. Os clínicos devem evitar o “sobretreamento” – o tratamento fútil, inútil e desnecessário – tentando também não exagerar no uso de tecnologias, simplesmente por elas existirem. Desta forma, só deve ser mantido um tratamento quando este mostra ser benéfico para o doente, ou seja, quando as vantagens se sobrepõem aos riscos (31,32).

O princípio da beneficência implica um comportamento orientado pela máxima de que deve ser feito o que é melhor para o doente. O benefício deve ser o objetivo primordial no que toca à implementação de uma terapêutica. Contudo, nem sempre isso acontece. Muitos clínicos tomam decisões com base em razões que não vão ao encontro deste princípio de beneficência: seja para evitar uma discussão com o doente ou uma ação legal, seja pela insistência da família, pela necessidade da inclusão do doente num estudo que esteja a realizar, pela curiosidade em saber se o tratamento vai resultar ou, ainda, possibilidade de aumentar o seu prestígio. A legitimidade destas razões só se verifica caso o benefício para o doente seja identificado. Nem sempre é fácil encontrar o equilíbrio entre o princípio da beneficência e da não maleficência. Isto mostra que, mesmo que haja riscos e complicações, pode ser moralmente correto uma terapêutica que traga benefício ao doente (45).

O princípio da justiça baseia-se na ideologia Aristotélica de “tratar os iguais como iguais” (31). Todos os doentes têm direito a igualdade de critérios de decisão de tratamento e de cuidados. No processo de escolha da terapêutica deve ser considerado o uso de recurso de forma equitativa, maximizando os benefícios (45).

Numa perspetiva legal, o suporte nutricional, designadamente a nutrição artificial, é entendido como terapêutica médica e, portanto, é sujeita aos mesmos princípios que outros tratamentos (26,79). É considerado, pela maioria dos médicos como uma medida de cuidado extraordinário (26,80).

3.3. Fatores culturais, religiosos, psicológicos e financeiros

Como já foi referido, os fatores não clínicos tornam-se considerações relevantíssimas no momento da suspensão temporária ou definitiva da alimentação. Os sentimentos envolvidos nesta situação podem apoderar-se do doente e da sua família. É muito mais fácil escolher iniciar um tratamento, mesmo que este tenha muitos riscos e complicações, do que pará-lo (25). A

componente psicológica é extremamente importante, e portanto, deve ser assegurado um cuidado elegante por parte da equipa de saúde no relacionamento a estes aspetos. Quando a anorexia, perda de peso ou, até mesmo, a caquexia se tornam uma realidade para o doente, deve ser assegurado que este perceba o que está a acontecer, qual a razão para esses sintomas se terem verificado e o que pode ser feito para tratar ou pelo menos diminuir as suas repercussões. Se o doente e a sua família entenderem o que está a levar a estes sintomas, poderão mais facilmente compreender que um aumento do aporte nutricional não reverte o estado clínico (26).

Os valores culturais e religiosos são importantes no processo de decisão (26,81). Este facto está consagrado na alínea 2) da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (82), da Direção Geral da Saúde: “o doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”. A cultura ocidental e oriental são exemplo de como as diferenças culturais afetam as decisões clínicas. No Oriente, o objetivo primordial é o prolongamento da vida a todo custo, mesmo recorrendo a terapêutica fútil. Além disso, não é permitida autonomia ao doente, na medida em que é ocultada a doença e o estágio da mesma. Já no ocidente, valoriza-se a autonomia do doente na tomada de decisão, bem como a qualidade de vida (28). Neste contexto, é importante perceber que, apesar de muitos doentes, pelas suas crenças e valores, dirigirem a sua atenção para o prolongamento da vida, cabe à equipa de saúde garantir que os factos reais não cedem às emoções e aos mitos acerca destes temas (26).

Por último, deve considerar-se ponderar as implicações financeiras associados às diferentes estratégias nutricionais (26).

3.4. A Família e cuidadores

Na tomada de decisão sobre uma intervenção nutricional, a família é um pilar. A família encerra em si muitas das posições que serão assumidas pelo doente, sendo também a sua fonte

de stresse ou de bem-estar. Desta forma, o seu valor para uma intervenção deste género é indubitável. Se o doente o consentir, deve ser garantido à família a informação completa e a explicação de todas as dúvidas que possam ter para que não fiquem com pressupostos erróneos. No entanto, o doente é o responsável por todas as decisões que se relacionam com a sua doença, salvo raras exceções como em caso de incapacidade do doente, em que a família, através de um nomeado, passa a ter responsabilidade legal (32).

A anorexia causa forte preocupação e sofrimento à família, porque existe uma associação generalizada do bem-estar com a alimentação (83). É importante, no entanto, diferenciar o sofrimento da família do sofrimento do doente (32). Deve explicar-se à família que, nesta fase da doença, o doente sente menos apetite e que a nutrição nem sempre aumenta o seu conforto do doente, muitas vezes estando associado a sofrimento (13,32).

Por vezes, os familiares e cuidadores não têm a mesma vontade/opinião que o doente no que toca ao início, continuação, suspensão temporária ou suspensão definitiva da nutrição. Pode dever-se a diversos fatores: o sentimento de que não estão a fazer o seu papel, não perceberem o que o doente sente, a ideia de que suspender, temporariamente ou definitivamente, a nutrição é antecipar a morte e não terem como objetivo o melhor para o doente (45). Isto pode levar a insistência da parte dos familiares e cuidadores para que o doente seja alimentado, o que pode levar a uma fonte de conflito (31), já que os familiares dificilmente consideram a suspensão temporária ou definitiva da nutrição.

Os termos nutrir e alimentar são muitas vezes confundidos, mas este último tem uma essência emocional, social e cultural que não pode ser esquecida (28,31,45). Num estudo de Raijmakers (84), que analisou a perspetiva dos familiares e cuidadores em relação à diminuição da ingestão oral dos doentes, observou-se que estes dão um significado positivo à alimentação: significado psicológico, nutricional e social. Cuidar é essencial à componente social do ser humano, e nutrir é visto como um dos pontos nucleares do cuidado humano. Assim sendo,

deixar de o fazer é sentido pelos familiares como negligência, não apenas dos profissionais de saúde, mas também deles próprios. O sentimento de culpa e a incapacidade de serem objetivos ao analisar o contexto em que o doente se encontra impede, muitas vezes, os familiares de aceitar que as desvantagens se sobrepõem às vantagens (26,28,31,45). Num estudo Japonês (85), 70% dos membros da família expressaram elevado grau de stresse emocional, incluindo sentimentos de impotência e culpa, quando o doente perdia a capacidade de se alimentar oralmente. Os familiares ou cuidadores pelo seu sentimento de dever, apesar de bem-intencionados, podem colocar um peso de culpa enorme no doente, uma vez que lhe transmitem a ideia de que se se alimentasse, ou tivesse mais apetite, melhorava. Para resolver estas questões deve assegurar-se que tantos os familiares como o doente sejam ouvidos e esclarecidos, no que toca às suas expectativas, esperanças e sentimento de perda ou derrota. De salientar que poder-se-á tentar substituir o cuidado da nutrição por outras atividades de cuidado, como comunicação, banho, toque ou massagem (26), que podem contribuir também, de forma considerável, para o conforto do doente.

Quando os familiares têm que decidir pelo doente, esta decisão é ainda mais complicada de ser tomada. Num estudo de Bükki (86), percebeu-se que, apesar dos doentes e familiares terem as mesmas preferências no que toca a nutrição e hidratação artificial em fase terminal, os familiares têm mais dificuldade em aceitar a suspensão, se tiverem que decidir pelo doente, tendo em atenção os aspetos a considerar na tomada de decisão sobre o suporte nutricional – tabela 5.

3.5. Capacidade de comunicação e equipa multidisciplinar

A comunicação é uma das ferramentas mais importantes para o profissional de saúde em cuidados paliativos. A boa relação com o doente e com a sua família pode ter um impacto muito positivo na perceção da informação. Além disso, não deve ser privado ao doente ou à família o

acesso à informação sobre o estado de saúde do doente, o seu prognóstico ou os tratamentos que este está ou poderá ser sujeito. Trata-se de um dever médico e ético dos profissionais de saúde. O doente poderá assim, conforme a sua vontade, tomar as decisões ou medidas que necessitar (87).

Deve ser privilegiada uma troca de informações constante durante o decurso da doença de forma a prevenir o sofrimento e preparar os doentes e a família para possíveis complicações que possam vir a surgir (26). Uma equipa multidisciplinar que esteja interligada e com boa comunicação entre os seus elementos transparece, para o doente e para os cuidadores, maior integridade e segurança. Os profissionais de saúde devem ser sensíveis a todas as questões que se relacionam com a nutrição, tentando responder e esclarecer qualquer dúvida ou mal conceção que possa existir e que possa afetar a capacidade de decisão e até mesmo a satisfação do doente (13,34).

Muitos mal entendidos e muito sofrimento pode ser evitado se os profissionais de saúde tiverem uma capacidade de comunicação de qualidade. Ainda há bastantes falhas no que toca à formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, não só no que concerne à aprendizagem de técnicas de comunicação, como também em todas as outras vertentes que envolvem os cuidados a doentes nesta área. Uma aposta na formação de todos os membros envolvidos no tratamento e cuidado de doentes em fase avançada e terminal é, por isso, emergente (13,83). Contudo, não basta o treino e especialização da equipa de saúde, se a população não se encontrar devidamente informada. É necessária uma maior abertura no que toca à abordagem de assuntos relacionados com a morte e o final da vida, o que facilita a sua aceitação. Desta forma, muito mais facilmente será a discussão das mesmas, quando for necessário (83).

3.6. Doente em fase terminal

Na fase terminal, os doentes deixam de ter interesse na alimentação. Sintomas como disgeusia, problemas na deglutição, alterações dispépticas e alterações intestinais intensificam-se, provocando perda de apetite (31). Desta forma, os sintomas, como a anorexia e a perda de peso, acentuam-se, e com eles a preocupação com o suporte nutricional (83). Nesta situação, os profissionais de saúde devem adotar estratégias que visem o controlo sintomático, melhorando a qualidade de vida do doente, diminuindo também dessa forma, a ansiedade da família.

Atualmente, há um enorme e intenso debate público à volta da nutrição e da hidratação em fase terminal., sendo vários os dilemas éticos que provocam stresse ao doente e à família. Quando o suporte nutricional é suspenso por risco de aspiração, há grande dificuldade em decidir se se deve dar bebida a um doente com sede (83). Não foram identificadas razões que justifiquem não dar alimento ou, no mínimo, bebida, ao doente se ele quiser, a não ser que seja causa de maior sofrimento (78,83). Contudo, não há evidência que providenciar nutrição nesta fase seja benéfico, tanto no prognóstico como na qualidade de vida (46,68). De fato, foi reportado que a sobrevivência é encurtada em alguns doentes a quem se administra fluidos intravenosos (46).

Tabela 5 - Aspetos a ter em consideração na tomada de decisão sobre o suporte nutricional

Aspetos a ter em consideração na decisão sobre o suporte nutricional
Quais os desejos do doente? (Princípio da autonomia)
A decisão é tomada com consentimento informado, no caso de o doente ser competente?
No caso de o doente ser incapaz, a decisão deve ser tomada pelo procurador de cuidados de saúde. Estão a ser respeitadas as preferências demonstradas anteriormente pelo doente?
Quais os benefícios da estratégia nutricional a ser aplicada? (Princípio da beneficência)
Quais os efeitos adversos e complicações da estratégia nutricional? (Princípio da não maleficência)
Os potenciais benefícios sobrepõe-se aos efeitos adversos, riscos e complicações?
Qual o prognóstico médico do doente e qual o impacto da estratégia nutricional no prognóstico do doente?
Qual o impacto na qualidade de vida do doente?
Está a ser respeitada a legislação?
Qual o impacto económico da estratégia nutricional?
Foi conversado e explicado ao doente, família e cuidadores, todas as questões referentes à nutrição e hidratação e foram tiradas todas as dúvidas?
O plano nutricional vai de encontro às necessidades e especificidades do doente?
A equipa de saúde funciona como uma equipa multidisciplinar, com trabalho coordenado e objetivos comuns?

4) Abordagem Nutricional a um doente em Cuidados Paliativos

O plano nutricional deve ser pensado desde o início do diagnóstico do doente. É uma parte importante do seu cuidado, na medida em que ajuda no alívio sintomático, previne o aparecimento de alterações psicológicas como depressão, melhora a interação social e a

qualidade de vida (32). O doente deve ser, desde o início, acompanhado por toda a equipa de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas ou dietistas (30).

Inicialmente, através de uma avaliação nutricional, pretende-se perceber se o doente se encontra desnutrido e avaliar o seu estado nutricional, por um lado para traçar um plano de acordo com as suas necessidades e, por outro, para poder ter uma base com a qual se possa fazer uma comparação com as alterações que forem surgindo (32).

Pode iniciar-se esta avaliação através da compreensão da existência de desnutrição, ou risco de que esta ocorra, para o que se podem utilizar várias ferramentas, cuja escolha deve ter em conta o objetivo para o qual está a ser escolhida, as suas limitações e aplicações (88,89). Podemos utilizar o MNA (*Mini Nutritional Assesement*) e o MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*), que são questionários que abrangem a cognição, a avaliação da antropometria e a perceção da saúde e que permitem a identificação de doentes desnutridos (90,91).

O MUST tem como objetivo a deteção da desnutrição com base no conhecimento sobre a associação entre a alteração do estado nutricional e a alteração funcional (92). Avalia parâmetros como o Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2); a perda de peso recente, não intencional e inexplicada e a existência de fatores que levem a preocupação com o estado nutricional – como a anemia, doenças crónicas, o cansaço, desequilíbrio hidroeletrólítico, entre outros (32,69). Por sua vez, o MNA é usado para rastreio de malnutrição ou risco de desnutrição e avaliação nutricional. Este instrumento permite fazer a avaliação antropométrica, a avaliação do estado geral – estilo de vida, medicação e mobilidade –, a avaliação dos hábitos nutricionais – número de refeições, aporte alimentar e de líquidos e autonomia na alimentação – e a avaliação subjetiva – auto-avaliação de saúde e estado nutricional (93).

Podem ainda ser usados o NRI (*Nutritional Risk Index*) e GNRI (*Geriatric Nutritional Risk Index*), que abrangem parâmetros clínicos e bioquímicos, e o SGA (*Subjective Global Assessment*) e o NRS-2002 (*Nutritional Risk Screening*), que abrangem a história clínica, gravidade de doença e avaliação subjetiva do doente (90,91). A ESPEN (*The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism*) aconselha o uso do SGA para a avaliação após rastreio (94), que engloba a componente da história e do exame físico. A avaliação não deve limitar-se a estas ferramentas de rastreio. Deve ser realizada uma avaliação nutricional completa para identificar quais as necessidades nutricionais específicas do doente, e para confirmação diagnóstica do que for detetado através das ferramentas de rastreio. Esta avaliação deverá consistir numa história clínica completa, num exame físico completo, medidas antropométricas, dados laboratoriais e outros exames complementares que forem necessários, dependendo do estado clínico do doente (94).

A história clínica deve incluir informações acerca da(s) patologia(s) presente(s), do quadro sintomático, dos antecedentes pessoais, das informações nutricionais e hábitos fisiológicos e medicamentosos. Para auxílio desta avaliação, podemos fazer uso de questionários como o *Modified Dietary History Method* (MDHM), no qual são registados os alimentos ingeridos durante três dias através de uma lista fornecida de acordo com os hábitos alimentares do país na qual se encontra o indivíduo (95), o Questionário de Frequência Alimentar (QFA), que permite perceber qual a média de consumo de porções alimentares standardizadas (95,96) ou o *Simplified Nutritional Appetite Questionnaire* (SNAQ), que estima o apetite do doente (97).

O exame físico permite observar o aspeto geral, a pele e mucosas e o sistema muscular em particular. Como medidas antropométricas podemos avaliar o IMC, as pregas cutâneas, o perímetro braquial, o perímetro abdominal, o perímetro bitrocantariano, a espessura do adutor do polegar e a bioimpedância (90). Podemos ainda recorrer a avaliações funcionais como a força da preensão palmar, o tempo de marcha de 10m e a capacidade de se equilibrar numa

perna (98). Através da avaliação laboratorial, podemos avaliar vários marcadores, nomeadamente a albumina, a pré-albumina, a transferrina e a creatinina das 24 horas (98). Após esta avaliação, devem ser estabelecidos objetivos para o plano nutricional do doente, com base nos resultados obtidos na avaliação. Deve ainda ter-se em consideração as preferências religiosas, culturais, morais e os desejos do doente. Dessa forma, é possível elaborar o plano nutricional, que deve ser individualizado (13) e adequado, não só em termos das necessidades específicas do doente, como também no que toca ao prognóstico e tempo expectável de vida (30). O suporte nutricional deverá ser prescrito tendo em consideração o estado hidroeletrólítico, o número de calorias necessárias e a quantidade de proteínas, lípidos, hidratos de carbono e micronutrientes que devem ser administrados diariamente (61). A estratégia nutricional deve ser estabelecida, tendo em conta as características do doente e as vantagens e desvantagens da própria estratégia.

O controlo sintomático e conforto do doente são aspetos a ter em consideração aquando do delineamento do plano nutricional. A avaliação dos resultados do plano traçado permite à equipa de saúde saber se são necessárias alterações e se os objetivos estão a ser cumpridos. Este acompanhamento deve manter-se durante toda a evolução da doença e do estado clínico, de forma dinâmica, ou seja, de forma a permitir alterações sempre que seja necessário (32).

Assim, é apresentada uma proposta de abordagem nutricional ao doente em cuidados paliativos, que foi desenhado e é apresentado no esquema 1, e que poderá constituir um instrumento de apoio aos profissionais que cuidam destes doentes.

Esquema 1 - Abordagem Nutricional a um Doente em Cuidados Paliativos



Discussão e Conclusão

A alimentação é um dos aspetos mais relevantes na vida do ser humano. Também na medicina essa importância se revela, principalmente em cuidados paliativos, pelos dilemas éticos que levanta. A alimentação tem, na sua essência, uma importância não só fisiológica, como cultural, social e religiosa. Por outro lado, a nutrição pode ser considerada um termo mais restrito, que se foca substancialmente mais na função fisiológica, de obtenção de alimentos ou nutrientes para o crescimento, metabolismo e reparação celular. No entanto, torna-se complicado fazer essa dissociação. A nutrição como intervenção médica é compreendida ainda em parte como se de alimentação se tratasse e, por isso, ainda é gerada grande controvérsia à sua volta.

A nutrição de doentes com doença em estágio avançado, bem como a estratégia de aplicação da mesma, é motivo de grande preocupação entre os profissionais de saúde. Com o tempo, tem surgido maior evidência científica para determinar quais as indicações dos diferentes tipos de estratégias de intervenção nutricional em cuidados paliativos, bem como as suas vantagens, efeitos adversos e complicações. Todavia, há bastante dificuldade em realizar estudos, nomeadamente estudos controlados randomizados, pelas implicações éticas que acarretam, principalmente em indivíduos em final de vida.

Pela sua grande influência na qualidade de vida dos doentes, o cuidado nutricional deve ser parte integrante dos cuidados paliativos, desde o momento do diagnóstico até ao final da vida. É importante que se faça uma avaliação global do doente, no sentido de perceber qual o melhor plano a ser traçado. A equipa de saúde deve colocar objetivos nutricionais que devem ser acordados com o doente e a sua família. Estes objetivos devem ser revistos e analisados durante todo o processo da doença, de forma a permitir a readaptação dos mesmos à nova realidade de cada momento. Dessa forma, maximiza-se o potencial do cuidado nutricional

principalmente no seu objetivo principal: a qualidade de vida. À medida que a doença avança, as necessidades do doente vão sendo alteradas, em termos de tipo de estratégia nutricional a ser usada, composição nutricional, medidas de otimização do conforto e medidas de controlo sintomático.

A Intervenção Nutricional em Cuidados Paliativos é bastante necessária na medida em que pode alterar em grande medida o bem-estar do doente e até mesmo o da sua família. O seu foco deve ser proporcionar ao doente uma boa qualidade de vida, com poucos sintomas. Para além deste, deve tentar-se atingir a capacidade funcional máxima.

O aconselhamento nutricional é uma medida importante no que concerne o cuidado nutricional. Sabe-se que deve ser direcionado às particularidades do doente, devendo ser flexível, e, de preferência, deve tentar ir ao encontro dos gostos do doente e do seu paladar. Contudo, alerta-se para a necessidade de serem realizados mais estudos sobre esta intervenção em cuidados paliativos, uma vez que existem poucas conclusões relevantes sobre estes. Esses estudos deveriam caracterizar melhor as populações em estudo e estabelecer de forma adequada a intervenção nutricional específica a ser estudada, além da necessidade de serem facilmente replicáveis.

A nutrição oral é sempre preferível à nutrição artificial, não só porque é mais fisiológica, como também pelas complicações associadas à segunda. Esta deve ser desenhada para o doente, tendo em conta as suas necessidades energéticas, proteicas e nutricionais. Podem ser tomadas medidas para aumentar o consumo calórico, de forma a contrariar a perda de peso, ou ainda considerar a adição de suplementos alimentares, orexígenos ou imunonutrientes. No entanto, mais uma vez, mais estudos são necessários para perceber a sua aplicabilidade na nutrição de doentes em Cuidados Paliativos.

A nutrição artificial é uma estratégia nutricional que pode ser aplicada quando a nutrição oral não é mais eficiente para repor as necessidades do doente. Antes de ponderar a sua aplicação, é necessário ter em consideração muitos aspetos, nomeadamente a sua associação a diversas complicações, além da necessidade de cuidado personalizado e especializado, muitas vezes associado a aumento do tempo de internamento hospitalar. A sua aplicação pode iludir a família e o doente, criando falsas expectativas no que toca à recuperação e ao tempo de vida. Contudo, esta pode ser necessária e vantajosa, pela aumento da qualidade de vida e melhoria da capacidade funcional, em doentes em fase não terminal.

Não há evidência científica que prove que a nutrição artificial em fase terminal tenha qualquer utilidade no que toca a aumento do tempo de vida ou mesmo melhoria da qualidade de vida. A sua utilização está muito mais frequentemente associada a perda de peso e anorexia. Muitas vezes é aplicada, apesar da ausência de benefício, por razões culturais ou religiosos. Nesta fase, deve privilegiar-se muito mais a qualidade de vida do doente através de medidas de controlo sintomático e outras que levem a um maior conforto e bem-estar.

As nutrições enteral e parenteral diferem bastante no que toca às suas vantagens e desvantagens. A nutrição enteral está associada a um menor risco de infeções, menor custo e maior taxa de sobrevivência. Além disso, assemelha-se mais à alimentação tradicional. No entanto, apesar de todas as vantagens, a nutrição parenteral parece ser privilegiada em detrimento da nutrição enteral, pelos doentes, devido ao desconforto que a nutrição enteral pode provocar.

Ainda existe uma grande controvérsia no que toca à necessidade de hidratação em fim de vida. Se, por um lado, a hidratação parenteral está relacionada com a prevenção de sintomas associados à desidratação, como o delírio, e prevenção de complicações associadas à toma de fármacos, por outro pode levar a um prolongamento da vida sem qualidade, além de estar, ela mesma, associada a complicações que, numa fase final, leva a um agravamento significativo da

qualidade de vida. Ainda restam muitas dúvidas relativamente à associação entre a desidratação e o aparecimento de sintomas consequentes a esta, nomeadamente sede. Além disso, foi observado que a morte associada à desidratação não é dolorosa, sendo mais confortável, pela diminuição dos sintomas e pelo efeito analgésico associado. Assim, os aspetos mais importantes a ter em consideração na decisão deverão ser: os sintomas associados à desidratação e o seu impacto no bem-estar dos doentes e se a desidratação é benéfica em relação à melhoria da qualidade de vida. De não menos consideração é o impacto psicológico que esta pode ter para o doente e para os seus familiares: pode conduzir a uma sensação de maior cuidado pelo doente e respeito por si e pela sua dignidade. Mais estudos deverão ser conduzidos de forma a compreender quais os benefícios sintomáticos, no prognóstico e na qualidade de vida.

Outro ponto que tem que ser alterado na mentalidade geral e, em particular, na dos profissionais de saúde é o pressuposto de que a alimentação em cuidados paliativos está desagregada de procedimentos e instrumentos tecnológicos (*“low tech – high touch”*). Ainda permanece a ideia de que a sua ação se limita ao conforto e controlo sintomático, através de medidas terapêuticas que não façam uso de tecnologias, como medidas farmacológicas e humanistas – por exemplo, medidas de cuidados higiénicos, manutenção do bem-estar psicológico e garantia de que o doente não tem fome. Contudo, a introdução de gastrostomia endoscópica percutânea ou de alimentação parenteral são exemplos de medidas instrumentais que estão à disposição nesta área (28).

Muitos são os dilemas éticos que envolvem a nutrição em cuidados paliativos. Iniciar, continuar, suspender ou parar a alimentação não é uma decisão meramente clínica, pelo impacto psicológico e sociocultural. A suspensão temporária e definitiva da nutrição é um tema de grande controvérsia clínica e ética. Enquanto, para alguns, a nutrição e hidratação são tidas como cuidado essencial, com um impacto positivo no estado emocional e psicológico do doente e da família, para outros, esta é, frequentemente, apenas uma terapêutica fútil que leva ao

prolongamento da vida sem qualidade. A suspensão definitiva da nutrição é ainda considerada uma medida reprovável do ponto de vista ético, muitas vezes associada à falta de formação ética e legal dos profissionais de saúde. Contudo, há que considerar os efeitos adversos associados à mesma, que muitas vezes prejudicam a qualidade de vida significativamente, não compensando os seus benefícios. Os princípios éticos poderão ajudar os profissionais de saúde na tomada destas decisões. Nestas escolhas, mais importante que os benefícios para o doente, serão os desejos do mesmo. Deve ser ouvida a sua opinião, quais os seus valores e crenças e qual a sua perceção de todas as opções apresentadas. Depois, é importante que sejam pesados os benefícios e os malefícios, sendo importante que as vantagens superem as desvantagens, apostando fortemente no efeito que poderá ter sobre a qualidade de vida. Assim, tendo em conta a igualdade de direitos, é tomada uma decisão, nunca esquecendo a legalidade das mesmas, o impacto económico e a importância da família.

Estes cuidados devem ser tomados por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais de diversas áreas, designadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e conselheiros espirituais para obtenção de melhores resultados. Exige-se responsabilidade e dedicação destes profissionais e, se possível, que tenham formação em Cuidados Paliativos. Mais esforços devem ser conduzidos para que os profissionais de saúde tenham educação específica em cuidados continuados e paliativos. Em relação à enfermagem, deve ser feita uma aposta ainda mais reforçada, principalmente pela falta de guias que ditem a conduta a ser tomada neste tipo de cuidados (83). Uma melhor qualificação dos profissionais certamente levará a uma melhor qualidade dos serviços prestados, nomeadamente em termos da qualidade do plano traçado e das estratégias aplicadas. O profissional deve ser criativo nas medidas aplicadas e sensível quanto aos gostos e preferências do doente, de forma a ajustar o plano às suas preferências e de forma a encontrar estratégias que facilitem a nutrição – alimentação oral e intervenção nutricional. Seria importante o desenvolvimento de novas

formas de melhorar a aceitação das medidas de cuidado por parte dos doentes, designadamente através da criação de uma forma de participação simbólica nas refeições. Esta medida ajudaria o doente e a família a lidar com alguns problemas e emoções provocadas pela suspensão da alimentação.

Não menos importante será a aposta numa formação da população em geral, que altere as conceções erradas e mitos pré-existentes, além de informar adequadamente sobre todas as questões relacionadas com o final de vida que tanto debate público, pessoal e emocional provocam.

A discussão de todas as questões que abrangem o suporte nutricional – sintomas, tipos de estratégia nutricional, indicações, efeitos adversos, complicações – deve ser tida tanto com o doente, como com os seus familiares ou cuidadores. Depois disso, deve ser entendido como fator primordial a melhoria do conforto e da qualidade de vida, com especial preservação da dignidade. Por fim, é preciso traçar um plano nutricional individualizado, tendo em conta a avaliação nutricional previamente realizada, e os objetivos específicos atribuídos para o doente

Assim, toda a equipa de saúde deverá estar ao serviço do doente e da sua família de forma a direcionar os esforços para os objetivos terapêuticos propostos, tendo por base o diagnóstico, prognóstico e as necessidades individualizadas de cada doente. Nestas situações, todo o conhecimento e sensibilidade dos profissionais será posto à prova na luta contra o sofrimento e na obtenção do melhor cuidado para o bem-estar do doente.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho:

À Professora Doutora Marília Dourado, por ter aceitado o meu convite para me orientar na realização deste trabalho, por me ajudar a contornar todas as dificuldades que enfrentei e por todas as sugestões pertinentes e competentes. Esta orientação foi fulcral para o desenvolvimento do trabalho e para o resultado final.

Ao Dr. Rui Garcia, por todo o auxílio na escolha do tema e elaboração dos objetivos e pelo apoio dado durante a realização e finalização do trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pelo incentivo demonstrado ao longo de todo o percurso.

À minha irmã, pela paciência demonstrada em cada etapa e por toda a colaboração na realização deste trabalho.

Aos meus colegas, que ao partilharem as mesmas vivências, foram um contributo não só emocional como de construção científica.

A todos aqueles que, apesar de não terem sido referidos, foram importantes para ultrapassar obstáculos que foram surgindo.

A todos, o meu sincero agradecimento.

Referências bibliográficas

1. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):675–97.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases. WHO. 2014.
3. Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA). População por grupo etário [Internet]. [cited 2016 Jan 2]. Available from: <http://tinyurl.com/jrya62c>
4. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal. 2012.
5. Marques AL. História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Cuid Paliativos*. 2014;1(1):7–12.
6. Marques A, Gonçalves E, Salazar H, Neto IG, Capelas ML, Tavares M, et al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. 2009;14(158):32–8.
7. Neto IG. Palliative care development is well under way in Portugal. *Eur J Palliat Care*. 2010;17(6):278–81.
8. Lei nº 52/2012, de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Nº172, Série I-. *Diário da República*. 2012.
9. Barbosa A, Neto IG. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Faculdade de Medicina da Universidade Lisboa; 2010.
10. World Health Association. *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*. WHO Geneva. 2002.
11. World Palliative Care Alliance. *Global atlas of palliative care at the end of life*. 2014.
12. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):494–9.

13. Gillespie L, Raftery A-M. Nutrition in Palliative and end-of-life care. *Nutr Palliat Care*. 2014;19–20.
14. National Cancer Institute. Nutrition in Cancer Care: Nutrition in Advanced Cancer [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://tinyurl.com/hz9n6nl>
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The Manual [Internet]. 2004 [cited 2016 Jan 18]. Available from: <http://tinyurl.com/l2me19>
16. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Living Well With an Advanced Chronic or Terminal Condition: How Ethics Helps. A guide for patients , family and carers. Australian Government publication. Australia; 2011.
17. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoonsen B, Vermandere M, Warmenhoven F, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med*. 2013;27(3):197–208.
18. Waller A, Girgis A, Johnson C, Mitchell G, Yates P, Kristjanson L, et al. Facilitating needs based cancer care for people with a chronic disease: Evaluation of an intervention using a multi-centre interrupted time series design. *BMC Palliat Care*. 2010;9:2.
19. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014;28(1):49–58.
20. Pereira É, Teixeira C, Santos a Dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física e Esporte, São Paulo*. 2012;26(2):241–50.
21. Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23(11):3249–55.
22. Hutton JL, Martin L, Field CJ, Wismer W V., Bruera ED, Watanabe SM, et al. Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. *Am J Clin Nutr*. 2006;84(5):1163–70.

23. Drissi M, Cwieluch O, Lechner P, Radziwill R, Vehling-Kaiser U, Hengst K, et al. Nutrition care in patients with cancer: A retrospective multicenter analysis of current practice - Indications for further studies? *Clin Nutr. Elsevier Ltd*; 2015;34(2):207–11.
24. Bazzan AJ, Newberg AB, Cho WC, Monti DA. Diet and nutrition in cancer survivorship and palliative care. Hindawi Publ Coporation. 2013;
25. Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proc Nutr Soc.* 2007;63(03):427–9.
26. Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: Is that the right question? *J Clin Oncol.* 2005;23(25):6256–9.
27. Caro MMM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr.* 2007;26(3):289–301.
28. Benarroz MDO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2009;25(9):1875–82.
29. Stiles E. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nurs Stand.* 2013;27(20):35–42.
30. Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. *Nutrition. Elsevier Inc.;* 2015;31(4):615–6.
31. Van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: Ethical issues. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014;28(2):247–53.
32. Holmes S. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nurs Stand.* 2011;25(1):48–56.
33. Amano K, Maeda I, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, et al. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Support Palliat Care.* 2015;0:1–4.
34. Slomka J. Withholding nutrition at the ed of life: Clinical and ethical issues. *Cleve Clin J Med.* 2003;70(6):548–52.
35. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni a., Clark J, Lundquist G, et al.

- Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol*. 2011;22(7):1478–86.
36. Chow R, Bruera E, Chiu L, Chow S, Chiu N, Lam H, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2016;5(1):30–41.
 37. Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Clinical nutrition guidelines of the French speaking society of clinical nutrition and metabolism (SFNEP): Summary of recommendations for adults undergoing non-surgical anticancer treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46(8):667–74.
 38. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *Lancet Oncol*. Elsevier Ltd; 2011;12(5):489–95.
 39. Hopkinson JB, Okamoto I, Addington-Hall JM. What to eat when off treatment and living with involuntary weight loss and cancer: A systematic search and narrative review. *Support Care Cancer*. 2011;19(1):1–17.
 40. Balstad TR, Solheim TS, Strasser F, Kaasa S, Bye A. Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: A systematic literature review. *Crit Rev Oncol Hematol*. Elsevier Ireland Ltd; 2014;91(2):210–21.
 41. Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. *Ann Palliat Med*. 2016;5(1):42–9.
 42. Sloane PD, Ivey J, Helton M, Barrick AL, Cerna A. Nutritional Issues in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(7):476–85.
 43. NHS. Nutritional Screening in Palliative Care. NHS Foundation Trust,. 2013.
 44. NHS. A Guide to Prescribing Adult Oral Nutritional Supplements (ONS) in the Community. NHS Found Trust. 2013;
 45. Holmes S. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *ART Sci*. 2010;25(14):43–6.

46. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review. *J Parenter Enter Nutr.* 2010;34(1):79–88.
47. Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane database Syst Rev.* 2014;(4).
48. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients with a focus on refractory cachexia. *European Clinical Guidelines [Internet].* 2010 [cited 2016 Feb 10]. Available from: <http://tinyurl.com/gkq9y8t>
49. Caccialanza R, Pedrazzoli P, Cereda E, Gavazzi C, Pinto C, Beretta GD, et al. Nutritional Support in Cancer Patients : A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *J Cancer.* 2016;7(2):131–5.
50. Bozzetti F, August DA, Huhmann MB, The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *J Parenter Enter Nutr.* 2009;33(5):472–500.
51. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2006;25(2):245–59.
52. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright a., Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr. Elsevier Ltd;* 2009;28(4):445–54.
53. Oh DY, Kim JH, Lee SH, Kim DW, Im SA, Kim TY, et al. Artificial nutrition and hydration in terminal cancer patients: the real and the ideal. *Support Care Cancer.* 2007;15(6):631–6.
54. Pazart L, Cretin E, Grodard G, Cornet C, Mathieu-Nicot F, Bonnetain F, et al. Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2014;15:370.

55. Merenstein D. Feeding Tube Placement in Patientst With Advanced Cancer: A teachable Moment. *JAMA Intern Med.* 2015;175(1):15–8.
56. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernandez FP, Ramírez-Pérez C. Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):482–90.
57. Boelens PG, Heesakkers FFBM, Luyer MDP, van Barneveld KWY, de Hingh IHJT, Nieuwenhuijzen GAP, et al. Reduction of postoperative ileus by early enteral nutrition in patients undergoing major rectal surgery: prospective, randomized, controlled trial. *Ann Surg.* 2014;259(4):649–55.
58. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer : a randomised multicentre trial. *Lancet.* 2001;358:1487–92.
59. Scolapio JS, Picco MF, Tarrosa VB. Enteral versus parenteral nutrition: the patient’s preference. *J Parenter Enter Nutr.* 2002;26(4):248–50.
60. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients.* 2013;5(1):267–82.
61. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients. *Clin Nutr.* 2009;28(4):467–79.
62. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care.* 2012;6(3):365–70.
63. Culine S, Chambrier C, Tadmouri A, Senesse P, Seys P, Radji A, et al. Home parenteral nutrition improves quality of life and nutritional status in patients with cancer: A French observational multicentre study. *Support Care Cancer.* 2014;22(7):1867–74.
64. Chermesh I, Mashiach T, Amit A, Haim N, Papier I, Efergan R, et al. Home parenteral

- nutrition (HTPN) for incurable patients with cancer with gastrointestinal obstruction: do the benefits outweigh the risks? *Med Oncol*. 2011;28:83–8.
65. Tatsuya M, Yasuo S, Isamu A. Attitudes of Japanese Physicians Toward Terminal Dehydration: A Nationwide Survey. *J Clin Oncol*. 2002;20(24):4699–704.
 66. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(1):111–8.
 67. Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, et al. Hydration and nutrition at the end of life : a systematic review of emotional impact , perceptions , and decision- making among patients , family , and health care staff. *Psychooncology*. 2011;21:913–21.
 68. Westaby D, Young A, O’Toole P, Smith G, Sanders DS. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. *Gut*. 2010;59(12):1592–605.
 69. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support , Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition Nutrition support in adults Oral nutrition support , enteral tube feeding and parenteral nutrition [Internet]. 2006 [cited 2016 Feb 28]. Available from: <http://tinyurl.com/zeckm2t>
 70. Farber NJ, Simpson P, Salam T, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Physicians’ decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment. *Arch Intern Med*. 2006;166(5):560–4.
 71. Piot E, Leheup BF, Goetz C, Quilliot D, Niemier J-Y, Wary B, et al. Caregivers Confronted With the Withdrawal of Artificial Nutrition at the End of Life: Prevalence of Reasons for Experienced Difficulties. *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;32(7):732–7.
 72. Leheup BF, Piot E, Goetz C, Quilliot D, Niemier J-Y, Wary B, et al. Withdrawal of artificial nutrition: influence of prior experience on the perception of caregivers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(4):401–6.
 73. Farhangfar A, Makarewicz M, Ghosh S, Jha N, Scrimger R, Gramlich L, et al. Nutrition impact symptoms in a population cohort of head and neck cancer patients:

- Multivariate regression analysis of symptoms on oral intake, weight loss and survival. *Oral Oncol.* Elsevier Ltd; 2014;50(9):877–83.
74. Fine RL. Ethical issues in artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract.* 2006;21(2):118–25.
 75. Zaros MC, Curtis JR, Silveira MJ, Elmore JG. Opportunity Lost: End-of-Life Discussions in Cancer Patients Who Die in the Hospital. *J Hosp Med.* 2013;8(6):334–40.
 76. Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento Informado - Relatório Final. 2009.
 77. Lei nº25/2012, de 16 de Julho -Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). N.º 136, Série I. Diário da República. 2012.
 78. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: The duties of a doctor registered with the General Medical Council [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 18]. p. 91. Available from: <http://tinyurl.com/62g73cj>
 79. Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA.* 2000;284(19):2495–501.
 80. Rousseau P. Ethical and legal issues in palliative care. *Prim Care.* 2001;28(2):391–400.
 81. Manalo MFC. End-of-life decisions about withholding or withdrawing therapy: Medical, ethical, and religio-cultural considerations. *Palliat Care Res Treatment.* 2013;7(1):1–5.
 82. Direção Geral da Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. 2008;3–5.
 83. Neuberger J. More Care Less Pathway: A Review of the Liverpool Care Pathway. 2013.
 84. Raijmakers NJ, Clark JB, van Zuylen L, Allan SG, van der Heide A. Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: A qualitative study. *Palliat Med.* 2013;27(7):665–72.
 85. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment

- orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *J Pain Symptom Manage*. Elsevier Inc; 2010;40(5):671–83.
86. Bükki J, Unterpaul T, Nübling G, Jox RJ, Lorenzl S. Decision making at the end of life--cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. *Support Care Cancer*. 2014;22(12):3287–99.
 87. Fallowfield LJ, Jenkins V a, Beveridge H a. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*. 2002;16(4):297–303.
 88. Schueren MAEVB Van Der, Guaitoli PR, Jansma EP, Vet HCW De. Nutrition screening tools : Does one size fi t all ? A systematic review of screening tools for the hospital setting q. *Clin Nutr*. Elsevier Ltd; 2014;33(1):39–58.
 89. D MEM, Hon BS, D RJSP, Nutr R. An analytic appraisal of nutrition screening tools supported by original data with particular reference to age. *Nutrition*. Elsevier Inc.; 2012;28(5):477–94.
 90. Veríssimo MT. *Geriatrics fundamental - saber e praticar*. Lidel, editor. 2014. 22 - 88 p.
 91. Raslan M, Gonzalez MC, Torrinhas RSMM, Ravacci GR, Pereira JCR, Waitzberg DL. Complementarity of Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) for predicting poor clinical outcomes in hospitalized patients. *Clin Nutr*. Elsevier; 2011 Feb;30(1):49–53.
 92. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415–21.
 93. Velasco C, García E, Rodríguez V, Frias L, Garriga R, Alvarez J, et al. Comparison of four nutritional screening tools to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study. *Eur J Clin Nutr*. 2011;65(2):269–74.
 94. Isenring EA, Banks M, Ferguson M, Bauer JD. Beyond Malnutrition Screening: Appropriate Methods to Guide Nutrition Care for Aged Care Residents. *YJADA*. Elsevier; 2012;112(3):376–81.
 95. Haveman-Nies a, Tucker KL, de Groot LC, Wilson PW, van Staveren W a. Evaluation of dietary quality in relationship to nutritional and lifestyle factors in elderly people of

the US Framingham Heart Study and the European SENECA study. *Eur J Clin Nutr.* 2001;55(February):870–80.

96. Benedetta B, Frongillo E, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, et al. Low Nutrient Intake Is an Essential Component of Frailty in Older Persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(6):586–93.
97. Pilgrim L. A, Robinson M. S, Sayer Aihie A, Roberts C. H. An overview of appetite decline in older people. *Nurs Older People.* 2015;27(5):29–35.
98. Loureiro M. Validação do Mini -Nutricional Assesment Em Idosos. 2008;143.