

HOSPITAL BRUNO BORN
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – ATENDIMENTO AO PACIENTE
ONCOLÓGICO

**Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: concepções de profissionais da
Estratégia de Saúde da Família**

Angela Cristina da Silva Cascaes

Lajeado
2020

Angela Cristina da Silva Cascaes

**Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: concepções de profissionais da
Estratégia de Saúde da Família**

Artigo proposto para obtenção do grau de Especialista em
Residência Multiprofissional em Saúde - Atendimento ao
Paciente Oncológico.

Orientador(a): M.^a Alice Bertotto Poersch

Lajeado

2020

Artigo Original

Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: concepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Nutrition in oncological palliative care: conceptions of professionals of the Family Health Strategy

Angela Cristina da Silva Cascaes ¹

Nutricionista. Residente no programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atendimento ao Paciente Oncológico (Hospital Bruno Born)

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5590-1821>

Alice Bertotto Poersch ²

Farmacêutica. Mestre em Farmacologia. Preceptora no programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atendimento ao Paciente Oncológico (Hospital Bruno Born)

Angela Cristina da Silva Cascaes

Rua Presidente Prudente de Moraes, 985/304 - Joinville/SC - CEP: 89218-000

Telefone: (51) 99588 - 9236/(47) 99164 - 4032

cascaesangela@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar as concepções de profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca dos aspectos alimentares e nutricionais relacionados aos cuidados paliativos oncológicos, antes e após oficinas temáticas, com abordagens educativas. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no interior do sul do Brasil; os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com questões abertas, antes e após abordagens educativas, sendo analisados por meio da análise de conteúdo categorial. Participaram onze profissionais; a análise dos questionários aplicados previamente às ações educativas identificou duas categorias e um total de seis subcategorias, sendo as categorias intituladas como: Cuidados paliativos: saberes e concepções e Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas; a análise após as ações preservou as categorias anteriores e observou quatro subcategorias. Foi identificada uma ampliação nas concepções dos participantes a respeito do tema. Entretanto, em relação aos cuidados paliativos, a associação isolada com a terminalidade foi ainda observada após as ações educativas. A implementação de políticas públicas e ações em ensino deve ser considerada em caráter de urgência para todos os níveis de atenção e áreas de conhecimento em saúde. A comunicação efetiva e a atuação interprofissional são, entre outras, ferramentas imprescindíveis para a integralidade dos processos de cuidados.

Palavras-chave: Nutrição, Cuidados Paliativos, Câncer, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the conceptions of professionals from teams of the Family Health Strategy (FHS) about the food and nutritional aspects related to palliative oncology care, before and after thematic workshops, with educational approaches. This is an exploratory study with a qualitative approach, carried out in the interior of southern Brazil; the data were collected through the application of a semi-structured questionnaire with open questions, before and after educational approaches, being analyzed through the analysis of categorical content. Eleven professionals participated; the analysis of the questionnaires previously applied to the educational actions identified two categories and a total of six subcategories, the categories being entitled: Palliative care: knowledge and concepts and Food and nutrition in oncology palliative care: senses and choices; the analysis after the actions preserved the previous categories and observed four new subcategories. An increase in the participants' conceptions regarding the theme was identified. However, in relation to palliative care, the isolated association with terminality was still observed after educational actions. The implementation of public policies and actions in education must be considered as an urgent matter for all levels of care and areas of health knowledge. Effective communication and interprofessional action are, among others, essential tools for the integrality of care processes.

Keywords: Nutrition, Palliative Care, Cancer, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças crônicas mais desafiadoras em nível epidemiológico, social e econômico. É a segunda principal causa de morte no mundo, sendo que uma em cada seis mortes estão relacionadas à doença. Estimativas atuais apontam números cada vez mais elevados para novos casos da doença no Brasil e no mundo ¹.

Os avanços conquistados pela oncologia vêm apresentando resultados promissores e com melhores perspectivas de tratamento ao paciente com câncer. No entanto, os efeitos adversos e o estado nutricional podem provocar limitações às respostas terapêuticas, debilitar o indivíduo e afetar a sua qualidade de vida. Vale ressaltar que a trajetória do paciente com câncer inicia com o diagnóstico e abrange todas as etapas da doença e dos cuidados, sendo estes com intenção curativa ou não ².

Nesta perspectiva, e considerando que a assistência oncológica deve ser pensada e praticada de acordo com o princípio da integralidade, os cuidados paliativos devem ser essencialmente implementados em todas as fases da doença e em todos os níveis de atenção. Atualmente esta modalidade de cuidado é definida como cuidados holísticos ativos direcionados a indivíduos de todas as idades, que enfrentam sintomas e sofrimentos devido a doenças graves e, especialmente, àqueles que estão no fim da vida. Objetivam através da avaliação ampla e precoce, proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente, suas famílias e seus cuidadores ³.

O câncer estabelece um forte impacto sobre a qualidade de vida do paciente quando relacionado aos aspectos nutricionais. Desta forma, o acompanhamento nutricional é necessário ao longo de todo o curso da doença, devendo ser estruturado conforme as necessidades e indicações dos cuidados ². Em um modelo de cuidado no qual as abordagens paliativas estão concomitantemente presentes às práticas de tratamento padrão, as questões nutricionais têm maiores

possibilidades de serem compreendidas. Além de elaborar estratégias e realizar intervenções para que os danos relacionados ao estado nutricional sejam evitados ou controlados, a assistência nutricional nos cuidados paliativos permite ainda, através do conhecimento e comunicação efetiva, auxiliar pacientes, familiares e a própria equipe assistencial na tomada de decisão ⁴.

O Ministério da Saúde reconheceu através da Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, a necessidade de integrar os cuidados paliativos em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), afirmando a Atenção Básica (AB) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território. Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência paliativa oportuniza e tem como princípios essenciais, a integralidade e a humanização do cuidado ⁵. Neste contexto, a ESF visa a uma lógica de cuidado na APS voltado à família, seu território, sua cultura, e ainda, possibilita a criação e o fortalecimento de vínculos, bem como a valorização da autonomia do indivíduo ⁶.

A complexidade dos cuidados relacionados ao câncer, exige um entendimento universal por parte de toda a equipe assistencial envolvida. Apesar de amplos, os cuidados paliativos são possíveis de serem realizados pelas equipes de saúde na APS se estas estiverem devidamente capacitadas. É fundamental que sejam desenvolvidos programas de educação continuada para que os cuidados paliativos se tornem efetivos, habilitando a AB a estabelecer a continuidade do cuidado de forma humanizada e com abordagem interdisciplinar ^{7,8}.

Devido a necessidade do conhecimento sobre o tema, bem como a escassez de estudos que o abordem, o objetivo desta pesquisa foi avaliar as concepções de profissionais de equipes da ESF acerca dos aspectos alimentares e nutricionais relacionados aos cuidados paliativos oncológicos, antes e após oficinas temáticas, com abordagens educativas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Santa Clara do Sul, localizado no interior do sul do Brasil.

Foram convidados todos os profissionais das equipes da ESF do município. Este, atualmente conta com duas equipes nesta modalidade, nas quais estão vinculados um total de vinte profissionais: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois médicos e quatorze agentes comunitários de saúde (ACS). O convite foi realizado durante uma das reuniões semanais das equipes e na ocasião, foram apresentados os objetivos e a proposta da pesquisa.

Devido a situação de pandemia da COVID - 19, com a necessidade de distanciamento social e demandas aumentadas de trabalho entre as equipes de saúde no período da pesquisa, houve a limitação para a participação dos profissionais. A amostra foi composta por onze profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; atuar na assistência de uma das equipes da ESF; ter no mínimo seis meses de tempo de atuação na equipe; preencher e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); participar integralmente dos encontros e atividades propostas.

Os recursos metodológicos para a coleta dos dados foram estabelecidos nas seguintes etapas: a aplicação de um questionário, de forma individual, para avaliar o entendimento prévio acerca da temática; a realização de quatro oficinas educativas (cada uma executada em tempo médio de noventa minutos) para a ampliação e/ou produção de conhecimento, com discussões coletivas; a reaplicação do questionário citado anteriormente, após a conclusão das oficinas, para observar possíveis alterações nas concepções dos participantes.

A execução das oficinas contemplou além deste, um estudo realizado por uma psicóloga que mediou conteúdos referentes ao tema: Cuidados paliativos na abordagem ao familiar do paciente

com câncer. Os objetivos de cada pesquisa foram apresentados e conduzidos de forma individual no que diz respeito às questões específicas de cada área (nutrição e psicologia), porém, os conceitos e os princípios dos cuidados paliativos foram abordados em caráter coletivo.

O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário semiestruturado formulado pela autora, com um roteiro para a caracterização dos participantes e questões abertas que respondessem os objetivos da pesquisa. As etapas para a coleta dos dados e suas respectivas especificações estão apresentadas no Quadro 1.

A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Taquari, sob o CAAE 28749220.6.0000.5310, atendendo aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos ⁹. Os encontros para a execução das etapas aconteceram entre os meses de setembro e novembro de 2020. Todos os participantes assinaram o TCLE e ficaram sob posse de uma cópia deste.

Para análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo categorial e identificação das categorias por método indutivo. Tal processo contemplou as seguintes fases: a pré-análise, na qual as ideias iniciais foram sistematizadas; a exploração do material através de recortes das ideias e parágrafos, na qual foram identificadas as unidades de registro e de contexto, que possibilitaram uma primeira categorização. Diante das categorias iniciais foram agrupadas as subcategorias, resultando na categorização final; após este processo, foi realizado o tratamento, inferência e interpretação dos resultados ¹⁰.

Os sujeitos não estão identificados pelos nomes fictícios atribuídos por estes por meio do questionário, mas por códigos que possibilitem uma melhor compreensão e a manutenção do anonimato. Todos estão codificados como P (profissionais), seguidos de progressão numérica de acordo com o número de participantes (P1 a P11).

Quadro 1 - Apresentação e especificações das etapas realizadas para a coleta dos dados.

Etapas	Identificação	Especificações
Primeiro encontro	Assinatura do TCLE	Apresentação pela autora, seguida de leitura e assinatura dos profissionais.
	Aplicação do questionário	Cada participante preencheu o questionário com dados para caracterização (nome fictício, atribuído pelo participante; idade; sexo; profissão e tempo de atuação na equipe) e as seguintes questões norteadoras: Possui formação e/ou experiência em cuidados paliativos?/Se sim, há quanto tempo? Descreva seu entendimento sobre cuidados paliativos; Os pacientes com câncer que recebem cuidados paliativos estão necessariamente em fases avançadas da doença ou em terminalidade? O paciente com câncer em cuidados paliativos tem condições de decidir como deve ou deseja se alimentar? A alimentação artificial deve ser oferecida para que o paciente com câncer não “morra de fome” ou desnutrido?/Comente a sua opinião; A suspensão da alimentação para o paciente com câncer na fase final da vida significa a desistência de tratá-lo?
	Oficina 1	“Refletindo os princípios” - foram apresentados os princípios dos cuidados paliativos e realizada a discussão coletiva.
Segundo encontro	Oficina 2	“O sentido das palavras” - diante de um varal de palavras sugestivas aos aspectos nutricionais relacionados aos cuidados paliativos oncológicos, cada participante escolheu duas, e seus sentidos foram discutidos individual e coletivamente.
Terceiro encontro	Oficina 3	“Discutindo estratégias de cuidado” - diante de um caso clínico, os sujeitos pensaram em estratégias para seguir com os cuidados através da ESF.
Quarto encontro	Oficina 4	“Diretivas Antecipadas de Vontade” - após uma explanação sobre a Resolução nº 1.995/2012 ¹¹ , os sujeitos confeccionaram diretivas, refletindo suas posições como um paciente. Os profissionais que se sentiram confortáveis, expuseram suas diretivas e houve a discussão coletiva sobre o tema.
	Reaplicação do questionário	Após a conclusão da última oficina o mesmo questionário aplicado previamente, foi novamente preenchido de forma individual pelos participantes.

Fonte: dados da pesquisa (2020).

RESULTADOS

Os onze participantes tinham idade média de 39,0 anos (23 a 52 anos), sendo a maioria do sexo feminino. No que concerne ao cargo, dez atuavam como ACS e um como enfermeiro. O tempo de trabalho na ESF variou entre um e dezenove anos. A caracterização dos participantes está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – caracterização do perfil dos participantes segundo a faixa etária, sexo, atuação profissional e tempo de trabalho na ESF.

Faixa etária	Nº	%
20 - 29	3	27,27
30 - 39	3	27,27
40 - 49	2	18,18
50 - 59	3	27,27
Sexo	Nº	%
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,09
Atuação profissional	Nº	%
ACS	10	90,9
Enfermeiro	1	9,09
Tempo de trabalho na ESF	Nº	%
1 - 5 anos	4	36,36
6 - 10 anos	4	36,36
11 - 15 anos	1	9,09
16 - 20 anos	2	18,18

Fonte: dados da pesquisa (2020).

Concepções prévias às ações educativas

Em relação à formação e/ou experiência profissional, a maioria afirmou que não teve quaisquer contatos prévios com os cuidados paliativos. No entanto, um profissional que atua como ACS afirmou ter experiência nesta modalidade de cuidado, relacionando-a às experiências de vida.

A análise dos dados acerca das concepções prévias à ação educativa permitiu a construção de duas categorias: Cuidados paliativos: saberes e concepções e Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas.

Cuidados paliativos: saberes e concepções

Nesta categoria estão concentradas as ideias acerca do entendimento sobre o conceito, bem como o momento oportuno para a implementação dos cuidados paliativos na trajetória do paciente com câncer. A representação alusiva a esta categoria está descrita no Quadro 2.

Quadro 2. Representação categórica prévia às ações educativas, referente à categoria: cuidados paliativos: saberes e concepções.

Categoria	Unidades de contexto	Subcategorias
Cuidados paliativos: saberes e concepções	<p>“Não sei nada.” (P2).</p> <p>“Não sei dizer ao certo do que se trata, já escutei a palavra, mas não sei explicar o que é.”(P3).</p> <p>“Não sei explicar o que seria, provavelmente conheço esses cuidados, mas não pelo nome.” (P6).</p>	O saber e o não saber sobre os cuidados paliativos
	<p>“Dispensados ao paciente em fase terminal, com o objetivo de minimizar o sofrimento.” (P4).</p> <p>“Acredito que seja o cuidado com o paciente “enquanto” está no processo de tratamento... que os pacientes que recebem esses cuidados, estão em fases avançadas da doença.” (P5).</p> <p>“Acho que são os cuidados com o paciente durante a sua enfermidade ... na fase avançada”. (P8).</p>	Cuidado ao paciente, no contexto da doença avançada
	<p>“Ouvir as pessoas, entender o que falam, cuidar e observar as ações.” (P1).</p> <p>“Eu entendo como o cuidado da família em relação ao doente. Ex: atenção, carinho e escuta.” (P11).</p>	A comunicação e a humanização como instrumentos dos cuidados

Fonte: dados da pesquisa (2020).

De acordo com os dados obtidos, quatro participantes não souberam conceituar ou mencionar o momento adequado para a inserção dos cuidados paliativos na história do doente com câncer.

A mesma quantidade de participantes supracitada, manifestou um entendimento de que os cuidados paliativos devem ser estabelecidos na fase avançada da doença, de forma complementar ou não; um profissional referiu que devem ser dispensados aos doentes em fase terminal, objetivando o alívio do sofrimento. Partindo do pressuposto de que a terminalidade faz parte do contexto da doença avançada, esta ideia foi considerada para a identificação da subcategoria: cuidado ao paciente, no contexto da doença avançada.

A escuta e a atenção humanizada foram abordadas como alicerces para os cuidados paliativos, enfatizando um cuidado voltado às relações humanas e familiares, bem como à partilha de afetos.

De modo geral, é perceptível uma deficiência de conhecimento destes profissionais sobre o que é ou quando iniciar esta modalidade de cuidado. Embora tenha sido observado um entendimento de que os cuidados paliativos podem não ser excludentes, algumas respostas apresentaram concepções de que estes cuidados devem ser proporcionados e centrados no paciente com a doença a partir da fase avançada ou terminalidade.

Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas

A categoria em questão congrega elementos referentes à percepção dos profissionais sobre os aspectos alimentares e nutricionais relacionados aos cuidados paliativos oncológicos. Para tal, foram agrupados os conteúdos que permitiram a construção da categorização representada no Quadro 3.

Quadro 3. Representação categórica prévia às ações educativas, referente à categoria: alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas.

Categoria	Unidades de contexto	Subcategorias
Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas	<p>“Claro que tem que se alimentar para não ficar fraco”. (P1).</p> <p>“... se uma pessoa não consegue mais se alimentar de forma oral deve escolher outro tipo de alimentação para sobreviver”. (P3).</p> <p>“... o corpo necessita de nutrientes e líquidos”. (P5).</p> <p>“... o paciente precisa de nutrientes para sobreviver”. (P6).</p>	Alimentar para restabelecer o corpo e preservar a vida
	<p>“É melhor que um nutricionista veja o que pode ser ingerido.” (P1).</p> <p>“Acho que é muito importante ter acompanhamento de profissionais de saúde especializados”. (P3).</p> <p>“Se estiver lúcido deve ser orientado e respeitado a sua vontade”. (P4).</p> <p>“Acredito que este paciente (em cuidados paliativos) não esteja mais em condições de decidir, visto estar em fases avançadas da doença.” (P5).</p> <p>“O paciente deve ter o direito de desejar, pedir com o que se alimentar.” (P7).</p> <p>“No meu ver quem decide o melhor para ele são os profissionais (equipe multidisciplinar).” (P8).</p> <p>“Dependendo da situação, se estiver em fase de término, devemos respeitar a escolha do paciente.” (P10).</p> <p>“Acho que devemos ter uma conversa franca entre profissionais e família.” (P11).</p>	Tomada de decisão
	<p>“Suspensão da alimentação significa a aceitação que a vida um dia termina, infelizmente.” (P1).</p> <p>“... Deixam o paciente sem alimentação? Não tenho conhecimento sobre isto.” (P4).</p> <p>“Acredito ser o melhor, porém, não sei o motivo de suspender”. (P5).</p> <p>“Suspender o alimento não significa a desistência de tratá-lo, pois na fase final, a pessoa não consegue mais digerir o alimento devido a doença.” (P9).</p> <p>“Acredito que talvez naquele momento, não dar alimento seja a melhor escolha”. (P11).</p>	Não alimentar no fim da vida

Fonte: dados da pesquisa (2020).

Os participantes foram questionados sobre a alimentação artificial como alternativa para evitar a desnutrição ou a morte por fome do paciente com câncer, e entre as respostas predominou a relação entre a alimentação de modo geral (artificial ou não), com aspectos condicionais para a vida e para o restabelecimento das funções do corpo.

Sobre o paciente com câncer em cuidados paliativos, ter condições de decidir como quer ou deseja se alimentar, os participantes manifestaram opiniões fragmentadas. Para alguns a decisão sobre o curso da alimentação deve partir dos profissionais de saúde, pois são capacitados para estabelecer as melhores escolhas em prol do paciente. O direito de escolha do paciente foi citado em três respostas, sendo em duas destas, condicionado a momentos: uma o condicionou à lucidez e outra à fase de terminalidade.

Sobre os significados de suspender a alimentação no fim da vida, boa parte dos participantes apresentou a crença de que esta possa ser a melhor escolha para o paciente nesta fase. No entanto, mesmo acreditando ser a decisão mais prudente, alguns profissionais apontaram desconhecimento ou não especificaram os motivos; um profissional expôs incompreensão sobre a possibilidade desta conduta.

Esta categorização mostra que os sentidos da alimentação estão amplamente relacionados às condições vitais. Além disso, foi observado que para alguns profissionais o paciente em cuidados paliativos oncológicos está em situação de total fragilidade, devendo a tomada de decisão mais adequada ser estabelecida pelos profissionais de saúde que atuam na assistência a este. As questões alimentares no fim da vida demandam maior clareza e entendimento entre estes profissionais.

Concepções após as ações educativas

No tocante a formação e/ou experiência profissional, a maioria manteve a afirmação de não ter contatos prévios com os cuidados paliativos, e o mesmo profissional que relatou experiência anterior, reafirmou esta vivência após as abordagens educativas.

Nesta etapa da análise dos dados, as categorias anteriores foram preservadas, e novas subcategorias observadas.

Cuidados paliativos: saberes e concepções

A representação categórica formada a partir das ideias referentes ao entendimento sobre os cuidados paliativos após as ações educativas, está descrita no Quadro 4.

Quadro 4. Representação categórica subsequente às ações educativas, referente à categoria cuidados paliativos: saberes e concepções.

Categoria	Unidades de contexto	Subcategorias
Cuidados paliativos: saberes e concepções	“Cuidados oferecidos aos pacientes e familiares... para tentar diminuir a dor e o sofrimento.” (P3). “... cuidado no decorrer da doença, que exclua/diminua a dor e o sofrimento. Seria o cuidado em cima do cuidado.” (P5). “Toda forma complementar no tratamento do paciente, que não seja somente por medicação.” (P7). “Todo e qualquer cuidado que diminua sofrimentos psicológicos e espirituais..., enfim, tudo o que causa sofrimento.” (P8). “... todos os cuidados possíveis para aliviar o sofrimento dos pacientes e de seus familiares.” (P9). “Todo e qualquer cuidado que terá uma pessoa que está em doença terminal ou não, mas que esteja em sofrimento.” (P11).	Integralidade do cuidado para alívio da dor e do sofrimento
	“Cuidados para aliviar a dor e sofrimento, e ter um final de vida mais tranquilo.” (P2). “Cuidados prestados ao paciente com prognóstico de morte, independente do tempo transcorrido entre o diagnóstico e a terminalidade.” (P4). “São todos os cuidados com o paciente em fase terminal, respeitando suas vontades ou então fazendo o que for melhor para ele.” (P6).	Cuidados de fim da vida

Fonte: dados da pesquisa (2020).

As percepções expressas pela maioria dos profissionais evidenciam que os cuidados paliativos devem ser plenamente empregados, de forma complementar ou não, para o alívio da dor e do sofrimento diante da doença.

A relação entre a atenção paliativa com o prognóstico de morte ou a fase de terminalidade também foi observada, identificando os cuidados paliativos como perspectiva de cuidados para o fim da vida.

Apenas um participante não descreveu a sua compreensão e outro apresentou uma resposta inespecífica, não sendo agrupada para esta categorização.

Ainda que a maioria dos profissionais correferiram os cuidados paliativos com cuidados para alívio da dor e do sofrimento, os entendimentos não manifestaram conceitos de forma abrangente.

Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas

Das respostas relacionadas aos aspectos alimentares e nutricionais nos cuidados paliativos oncológicos, foi definida a categorização representada no Quadro 5.

Quadro 5. Representação categórica subsequente às ações educativas, referente à categoria: alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas.

Categoria	Unidades de contexto	Subcategorias
Alimentar e nutrir nos cuidados paliativos oncológicos: sentidos e escolhas	<p>“O paciente tem condições de decidir o que tem vontade, falar sobre os seus desejos.” (P1).</p> <p>“Respeitar a vontade do paciente... e não apenas para satisfazer a família.” (P4).</p> <p>“... em estado terminal o paciente pode expressar desejo por tal alimento, estando ele sem chance de melhorar, acredito que deve ser atendido.” (P7).</p> <p>“Se for para conforto, deve utilizar a alimentação por sonda, caso contrário deve acatar o desejo do paciente ou família.” (P11).</p>	Acolher os desejos e vontades
	<p>“Não, pois às vezes só vai trazer desconforto.” (P2).</p> <p>“Nem sempre, às vezes é pra não causar maior sofrimento. Nem sempre a alimentação será boa, não vai salvar e nem melhorar ou trazer a cura para o paciente.” (P3).</p> <p>“Não, apenas significa que a alimentação não traz benefício, ou mesmo que esteja causando dor/desconforto para o paciente.” (P4).</p> <p>“Não, apenas irá evitar desconforto.” (P6).</p> <p>“... às vezes acredito que será a melhor escolha, evitando algum desconforto.” (P11).</p>	Suspender para confortar

Fonte: dados da pesquisa (2020).

O acolhimento aos desejos e vontades do doente foi fortemente considerado na questão sobre o uso da alimentação artificial, como estratégia para evitar a desnutrição ou morte por fome,

bem como sobre os pacientes com câncer em cuidados paliativos terem condições de decidir como querem ou desejam se alimentar. Foram ainda expressas, ideias referentes à tomada de decisão por familiares (não especificando o momento) e a associação desta questão com a terminalidade.

As respostas sobre a questão da suspensão alimentar significar a desistência de tratar o paciente na fase final da vida, trouxeram a ideia central de que esta conduta pode ser benéfica ao oportunizar o alívio dos sofrimentos e evitar desconfortos ao paciente nesta fase.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que após as abordagens educativas a maioria dos profissionais manteve a afirmação de não ter formação e/ou experiência em cuidados paliativos.

A respeito do entendimento prévio sobre a temática, além do desconhecimento de alguns profissionais sobre os cuidados paliativos, foi observada a definição destes, como cuidados direcionados a pacientes em terminalidade ou com a doença na fase avançada, e ainda, a atribuição à escuta e à atenção humanizada como bases para os processos dos cuidados; entre as concepções sobre os aspectos alimentares e nutricionais, predominaram a designação da responsabilidade pela tomada de decisões aos profissionais de saúde, os aspectos vitais estarem condicionados à alimentação, e a suspensão alimentar na fase final da vida foi percebida (sem maiores especificações) como conduta benéfica ao paciente.

As ideias identificadas após as abordagens educativas foram de que os cuidados paliativos são cuidados integrais para o alívio da dor e do sofrimento, sendo que para alguns participantes, devem ser proporcionados quando o paciente está na fase de terminalidade; no que concerne aos

aspectos alimentares e nutricionais, o acolhimento aos desejos e vontades do paciente, bem como a priorização do conforto, foram expressivamente manifestados e caracterizados como ideias centrais.

Embora a maioria dos participantes atue como ACS, sendo pouco provável a formação e inexistindo a exigência de experiência nesta modalidade de cuidado para o seu ingresso na profissão, atualmente a formação em cuidados paliativos é de modo geral, pouco presente nos currículos educacionais brasileiros entre todas as profissões ¹².

Os resultados dos dados levantados pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre a educação na área ao longo do ano de 2019, mostram que dos serviços especializados em cuidados paliativos vinculados ao ensino: 37,2% estão ligados a cursos de graduação, 57,1% têm relação com programas de residência (médica ou multiprofissional) e 19,9% com outras modalidades de pós-graduação. Quanto à produção científica, 45,5% das equipes mapeadas estão envolvidas com algum tipo de pesquisa sobre os cuidados paliativos e 20,4% publicaram os seus estudos ¹³.

Para que estes cuidados sejam ofertados adequadamente, são necessárias ações que capacitem os profissionais, sejam em cursos de graduação e pós-graduação, ou em promoções de educação permanente e continuada. Além disso, a inserção dos cuidados paliativos nas matrizes curriculares é de suma importância dentro do contexto das transições demográficas e epidemiológicas da população brasileira ¹².

Apesar de existirem iniciativas de integração dos cuidados paliativos nos serviços de atenção primária à saúde, muitas melhorias são necessárias. A implementação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento e ao incentivo à esta prática, deve ser vista como medida prioritária para a qualificação dos serviços de saúde no Brasil. Assim, é importante a reformulação das bases de ensino, para que as demandas relacionadas à atenção paliativa sejam atendidas de forma integral, com qualidade e segurança ^{14, 15}.

A falta de capacitação, com o conseqüente desconhecimento dos profissionais acerca do conceito e do momento adequado para a inserção dos cuidados paliativos na trajetória do paciente com câncer, implica em percepções que limitam esta prática ao contexto da doença avançada, bem como à fase da terminalidade ¹⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que os critérios estabelecidos para o início dos cuidados paliativos são: no momento do diagnóstico; quando a doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é questionável; ou quando as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida estão esgotadas ¹⁷.

A *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) afirma que a integração precoce dos cuidados paliativos é benéfica e deve ser instituída a partir do diagnóstico de câncer. As abordagens paliativas não impedem a prestação do tratamento modificador da doença, mas de forma complementar a este, auxiliam para um melhor desfecho associado à qualidade de vida do paciente e de seus familiares e/ou cuidadores ¹⁸.

Em 2010 foi publicado um estudo que avaliou os efeitos da integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico padrão, em comparação com o tratamento padrão isolado. Um total de 151 pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas metastático foram incluídos no estudo. Os resultados apontaram que a integração precoce dos cuidados paliativos com o tratamento padrão, resultou em sobrevida prolongada por aproximadamente dois meses, melhoras clinicamente significativas na qualidade de vida e no humor entre os participantes ¹⁹.

Nesta lógica, outro estudo publicado em 2018 avaliou se a integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos, complementar ao tratamento oncológico padrão, agrega benefícios em comparação com os cuidados convencionais. De 29 de abril de 2013 a 29 de fevereiro de 2016, a pesquisa selecionou 186 pacientes que foram distribuídos aleatoriamente para o grupo de cuidados paliativos precoces e sistemáticos (n = 92) ou para o grupo de cuidados oncológicos padrão (n = 94). A amostra foi considerada pela adesão em 12 semanas: 65 pacientes no grupo de intervenção e

68 no grupo de controle. Os resultados mostraram que a integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico padrão, aumentou a qualidade de vida dos pacientes com câncer em estágio avançado ²⁰.

O cuidado humanizado, a comunicação e o acolhimento fazem parte das perspectivas de cuidados que impulsionam a atenção paliativa. O desenvolvimento científico e tecnológico proporciona inúmeros benefícios na área da saúde, mas a condição humana não pode ser mensurada exclusivamente de forma técnica pelos avanços tecnológicos ²¹.

A Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza a comunicação como ferramenta para qualificar as relações humanas na assistência à saúde e estimular a autonomia do indivíduo, e ainda, busca através do acolhimento nortear os processos da atenção humanizada ²². Seja qual for o nível de formação ou especialidade, nos cuidados paliativos os profissionais têm as relações humanas como pilares do seu trabalho. Assim, necessitam saber o que, quando e como falar, além das habilidades de escuta e mensuração adequada da partilha de afetos ^{21,23}.

O cuidado humanizado no contexto dos cuidados paliativos, valoriza a escuta entre outras formas de comunicação, pois permite que o profissional acolha as demandas do paciente e de seus familiares e/ou cuidadores de forma global ²³.

A atenção voltada ao indivíduo em sua totalidade e a necessidade de incorporar técnicas de intervenção diante dos sofrimentos, obrigatoriamente direcionam a prática dos cuidados paliativos para um trabalho de caráter interprofissional, com o propósito de proporcionar a integralidade do cuidado ²⁴.

Através da abordagem integral, os cuidados paliativos atuam com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e de morte, promovendo o alívio da dor e de outros sintomas, bem como valorizando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do ser humano ¹⁷.

Os objetivos do suporte nutricional nos cuidados paliativos variam conforme a evolução e o prognóstico da doença. As estratégias de assistência devem considerar todos os fatores que interferem nos aspectos alimentares e na qualidade de vida do paciente com câncer ²⁵. Devido à progressão da doença e/ou tratamento ao qual o indivíduo é submetido, é comum que ocorram adversidades relacionadas à alimentação. As alterações ou incapacidade de sentir o sabor, deglutir e digerir os alimentos, e até mesmo a perda da capacidade funcional entre outros sintomas, geram desconfortos e sofrimentos aos pacientes e seus familiares ²⁶.

A alimentação diz respeito à nutrição, e além disso, abrange significados mais amplos. As dimensões culturais, sociais e espirituais das práticas alimentares podem influenciar na saúde e no bem-estar do indivíduo, sendo que para muitas pessoas, alimentar é a forma mais expressiva de afeto e cuidado ²⁷.

Dependendo do tipo e estágio da doença oncológica, a maioria dos indivíduos não atinge as recomendações e as metas adequadas alimentando-se por via oral, necessitando assim de outros meios para prover ou complementar o aporte nutricional. Pacientes com a doença na fase inicial ou com perspectivas de sobrevida a longo prazo, e/ou submetidos a tratamentos com potencial curativo, podem se beneficiar com o suporte nutricional artificial ²⁸.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), em casos de expectativa de sobrevida maior que seis meses, a terapia nutricional baseia-se em promover uma ingestão calórico-proteica adequada, diminuição dos distúrbios metabólicos e manutenção de qualidade de vida do paciente com câncer. É importante ressaltar que é comum estes pacientes apresentarem a caquexia refratária nas fases avançadas da doença, em que a terapia nutricional convencional não apresenta efetividade ²⁹.

A nutrição artificial seria intuitivamente a abordagem ideal para suprir as demandas nutricionais de pacientes com câncer em estado catabólico e sem perspectiva de alimentação

adequada por via oral. Porém, devido à ausência de evidências que comprovem os seus benefícios para pacientes em processo de morte, nestes casos esta alternativa não é recomendada, pois está fortemente relacionada a maiores riscos de complicações ²⁹.

As diretrizes da *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) recomendam considerar a sobrevivência do paciente com câncer. Se for de vários meses ou anos, a terapia nutricional deve ser administrada com o objetivo de assegurar um aporte nutricional adequado, diminuir os riscos de complicações, melhorar o desempenho e a qualidade de vida. O suporte nutricional pode incluir intervenções para minimizar os impactos nutricionais, aconselhamento nutricional, suplementação e, entre outros, a nutrição artificial. Contudo, as intervenções paliativas como informação e compreensão da doença, preparação para o fim da vida, a vontade do paciente, bem como seus aspectos espirituais e biográficos, devem ser considerados em relação à terapia nutricional ³⁰.

Ainda segundo a ESPEN, para pacientes em terminalidade recomenda-se um tratamento baseado no conforto. Não é comprovado que a hidratação e a nutrição artificiais proporcionem quaisquer benefícios nestas situações. Em estados de confusão aguda, sugere-se o uso de uma hidratação curta para descartar a desidratação como causa precedente. Não existem evidências concretas para determinar o início da fase de morte; portanto, a intervenção nutricional deve se manter individualizada. O suporte nutricional traz pouco ou nenhum benefício nas últimas semanas de vida. Sabe-se que durante o hipometabolismo terminal, as quantidades normais de energia e outros nutrientes podem ser excessivas chegando a causar sofrimento metabólico ³⁰.

Os profissionais envolvidos com os cuidados aos pacientes em terminalidade, precisam estar preparados para discussões como sobre manter ou suspender medidas terapêuticas ³¹. Conforme já mencionado, a comunicação é um dos pilares essenciais para os cuidados paliativos, sendo que uma de suas atribuições é disponibilizar de forma efetiva, a informação necessária para capacitar e

facilitar a tomada de decisão, bem como assegurar que os valores e preferências do doente sejam devidamente respeitados ³².

A tomada de decisão deve considerar além dos desejos do paciente, através da sua participação ativa no cuidado, os possíveis efeitos ocasionados a este. Em situações nas quais o paciente não se encontra apto a tomar as decisões e não as tenha informado previamente, cabe ao seu representante (nomeado pelo paciente) ou caso não haja um, à família, determinar o curso dos planos de cuidados propostos pela equipe assistencial. No entanto, em casos nos quais a suspensão da alimentação é indicada, é possível e frequente a interpretação de que tal conduta é um ato de negligência ou precipitação do processo de morte, com a ideia de que o paciente morrerá de fome ³³.

³⁴.

O Código de Ética Médica brasileiro estabelece que é vedado ao profissional médico, desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal, sobre a decisão da realização de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Determina ainda, que nos casos de incurabilidade da doença ou terminalidade, o médico deverá oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, não implementando ações inúteis ou obstinadas ³⁵.

A alimentação na fase final da vida é ainda um assunto controverso que pode envolver mitos e emoções, tanto entre os pacientes e seus familiares, quanto entre os profissionais envolvidos no cuidado. A opção pela suspensão da alimentação nestes casos, deve ser pensada e pautada de acordo com todos os princípios bioéticos ^{34,36}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou uma ampliação nas concepções dos participantes a respeito do tema. Entretanto, em relação aos cuidados paliativos, a associação isolada com a terminalidade foi ainda observada após as ações educativas.

Uma provável interferência relacionada a estes resultados foi tempo insuficiente para uma total assimilação de conteúdos extremamente complexos. Vale salientar que a maioria dos participantes negou quaisquer contatos prévios com os cuidados paliativos em suas respostas, e predominou entre estes uma profissão específica, impossibilitando a diversificação dos olhares.

É preciso desmistificar a ideia de que os cuidados paliativos são destinados a pacientes em terminalidade. Assim, a implementação de políticas públicas e ações em ensino deve ser considerada em caráter de urgência para todos os níveis de atenção e áreas de conhecimento em saúde.

Os aspectos alimentares e nutricionais nos cuidados paliativos oncológicos demandam o entendimento entre todos os atores envolvidos. Diante disso, a comunicação efetiva e a atuação interprofissional são, entre outras, ferramentas imprescindíveis para a integralidade dos processos de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet]. 6ª edição. INCA. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>
2. Guimarães RF, Sousa ALC, Oliveira CM, Stringhini MLF. Avaliação Nutricional e da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer do Aparelho Digestório. *Saúde em Rev* [Internet]. 2016;16(44):63–74. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-nimep/index.php/sr/article/view/2662/1796>
3. IAHPIC. Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
4. Baumstarck K, Boyer L, Pauly V, Orleans V, Marin A, Fond G, et al. Use of artificial nutrition near the end of life: Results from a French national population-based study of hospitalized cancer patients. *Cancer Med* [Internet]. 2020;9(2):530–40. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cam4.2731>
5. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução N° 41, De 31 de Outubro de 2018. Diário Of da União [Internet]. 2018;seção 1:276. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/doi-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
6. Caccia-Bava M do CG, Mattos ATR de, Rocha JSY. Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Rocha JSY, organizador. *Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil*. Atheneu. São Paulo; 2012. p. 75–86.
7. Pilatti P, Lagni VB, Picasso MC, Puma K, Mestriner RJ de S, Machado DDO, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2017;12(39):1–10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1339/846>
8. Silva KF da, Pucci VR, Flores TG, Giaretton DWL, Weiller TH, Concatto MEP, et al. Construindo a Linha De Cuidado Do Paciente Oncológico Paliativo Em Um Município Do Sul Do Brasil: Relato De Experiência. *Rev APS* [Internet]. 2019;21(3):470–7. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15944>
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasil; 2012 p. 555–62. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Bardin L. Terceira parte: método. In: Bardin L, organizador. *Análise de conteúdo*. 1ª. São Paulo: Edições 70; 2016. p. 123–68.

11. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. D Of da União [Internet]. 2012; Seção I(170):269–70. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
12. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise Situacional e Recomendações para a Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos No Brasil [Internet]. ANCP. São Paulo; 2018. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/analise-situacional_ANCP-18122018.pdf
13. Santos AFJ dos, Ferreira EAL, Guirro ÚB do PG. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 [Internet]. 1ª. ANCP. São Paulo; 2020. 1–52 p. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
14. Hermes HR, Arruda Lamarca IC. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2013;18(9):2577–88. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
15. Queiroga VM, Menezes LV, Lima JMR, Andrade DDBC. Cuidados Paliativos de Idosos no Contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. Brazilian J Dev [Internet]. 2020;6(6):38821–32. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11870>
16. Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT, et al. Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department. Med (United States) [Internet]. 2017;96(19):1–5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5428648/pdf/medi-96-e6943.pdf>
17. World Health Organization. Cancer [Internet]. WHO Definition of Palliative Care. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
18. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol [Internet]. 2017;35(1):96–112. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.1474>
19. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic cancer. new Engl J of Med [Internet]. 2010; 363(8):733–42. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678?articleTools=true>
20. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2018;19(3):394–404. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(18\)30060-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(18)30060-3/fulltext)

21. Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. Mundo da Saúde [Internet]. 2012;36(3):507–20. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf
22. Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
23. Silva M. J. P. da, Araújo M. M. T. de. Comunicação em cuidados paliativos: Sentidos da comunicação. Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 75-79, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
24. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud Avancados[Internet].016;30(88): 15566. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88_-0155_.pdf
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso nacional de nutrição oncológica, 2015 [Internet]. 2ª. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 186 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao-2015.pdf>
26. Pinho-Reis C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. Rev Nutrícias [Internet]. 2012; (15):24–7. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000400006&lng=pt
27. BRASIL. M da S. Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira [Internet]. Vol. 2, Ministério da Saúde. 2014. 6–17 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
28. Hamilton K k, Grant BL. Dietoterapia para prevenção e tratamento do câncer e sobreviventes de câncer. In: Mahan LK, Janice L Raymond, organizadores. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. 14ª. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018. p. 729–52.
29. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz Braspen de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer. Braspen J 2019 [Internet]. 2019;34(Supl 1):2–32. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2019/artigos/jan-fev-mar-2019.pdf>
30. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr [Internet]. 2017;36(1):11–48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
31. Jatoi A, Loprinzi CL. The role of parenteral and enteral/oral nutritional support in patients with cancer [Internet]. UpToDate. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-role-of-parenteral-and-enteral-oral-nutritional-support-in-patients-with-cancer?source=mostViewed_widget
32. Capelas ML, da Silva SCS, Alvarenga MIS, Coelho SP. Cuidados paliativos: O que é importante saber. Patient Care [Internet]. 2016;21(225):15–20. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Capelas/publication/305659147_Cuidados_Paliativos_O_que_e_importante_saber/links/pdf

33. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, et al. Discrepancies among Patients, Family Members, and Physicians in Korea in Terms of Values Regarding the Withholding of Treatment from Patients with Terminal Malignancies. *Am Cancer Soc J* [Internet]. 2004; 100(9): 1961–6. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.20184>
34. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioética* [Internet]. 2013;21(3):463–76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>
35. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222 de 2018 e 2.226 de 2019. [Internet]. 2019. 108 p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
36. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal ? *Rev da Soc Bras Clínica Médica* [Internet]. 2008;6(4):150–5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n4/a150-155.pdf>