

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

FOOD AND NUTRITION FOR PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

LUCIANA FERNANDES DE MEDEIROS AZEVEDO

lumedeirospsi@hotmail.com, Av. Rio branco - centro, Santa cruz – RN

Professora Doutora do departamento de psicologia da FACISA – Faculdade de ciências da saúde do Traíri, Santa cruz - RN

Doutora em psicologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2010). Mestre em Psicologia pela mesma universidade (2003). Professora adjunta do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/ Facisa/UFRN.

Currículo Lattes:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4767683Y6>

MILCA DE FREITAS SILVA ANDRADE

milcadedfreitas@hotmail.com, Travessa beija flor nº71, Nossa senhora da apresentação

Discente do curso de nutrição do centro universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN

Currículo Lattes:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K43354>

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

FOOD AND NUTRITION FOR PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

RESUMO:

Os cuidados paliativos se constituem em um conjunto de cuidados a pacientes que possuem patologias que não possuem mais tratamento curativo, dentro desses cuidados temos a terapia nutricional que atuará tanto para incentivar alimentação oral, quanto para amenizar sintomas gastrointestinais que prejudiquem a qualidade de vida do paciente, esses sintomas tanto podem ser provenientes da própria patologia como da terapia medicamentosa, sendo de fundamental importância a atuação do nutricionista, que deverá adotar uma conduta que envolva o a funcionalidade dos alimentos para amenizar sinais e sintomas que tragam desconforto, como também deverá avaliar possíveis fatores psicológicos e emocionais que interfiram na alimentação. Dentre os principais sintomas que trazem desconforto ao paciente temos a anorexia, alterações de paladar (disgeusia, hipogeusia, ageusia), ascite, constipação, diarreia, disfagia, fadiga, hiperglicemia, hipercalcemia, hipertensão arterial, náuseas, vômitos, obstrução intestinal e xerostomia. Vários são os fatores psicológicos que podem interferir na alimentação desse paciente, como falta de vontade de viver, o ambiente hospitalar e o afastamento do convívio familiar, esses fatores podem também resultar em sintomas físicos, que deverão ser tratados da mesma forma que os de origem orgânica. Toda e qualquer conduta realizada em pacientes sob cuidados paliativos, são regidas por princípios da bioética e as ações devem ser tomadas junto com a equipe de saúde responsável pelos cuidados, em comum acordo com o paciente e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: paciente sob cuidados paliativos, nutrição em pacientes fora de possibilidades de cura, Bioética em nutrição.

ABSTRACT

Palliative care constitute a set of care for patients who have diseases that have no more curative treatment within those we care to nutrition therapy that will serve both to encourage oral feeding , how to alleviate gastrointestinal symptoms that impair quality of life of patients these symptoms may be either from the disease itself as drug therapy , which is paramount in the performance of the dietitian who will adopt a course

of conduct involving the the functionality of foods to alleviate signs and symptoms that bring discomfort , as you should also evaluate possible factors psychological and emotional that interfere with feeding. The main symptoms that bring discomfort to the patient have anorexia , altered taste (dysgeusia , hypogeusia , ageusia) , ascites , constipation, diarrhea , dysphagia , fatigue , hyperglycemia , hypercalcemia , hypertension, nausea , vomiting , intestinal obstruction and xerostomia . There are many psychological factors that can interfere with eating this patient , as a lack of will to live , the hospital environment and the remoteness of family life , these factors can also result in physical symptoms , which should be treated the same way as the original organic . Any conduct performed in patients under palliative care , are governed by principles of bioethics and actions should be taken along with the healthcare team responsible for the care , in concert with the patient and their family .

KEYWORDS: palliative care, nutrition in patients outside of healing possibilities, bioethics in nutrition.

INTRODUÇÃO

Uma doença sem possibilidades de cura é aquela que não responde a mais nenhum tratamento disponível, seja pela característica maligna da doença em curso e/ou pelo insucesso do tratamento. Dessa maneira diz-se, então, que o paciente encontra-se fora de possibilidades de cura, tendo sido isto baseado no melhor diagnóstico apresentado, encontrando-se o paciente apenas sobre cuidados paliativos. Pode-se usar como exemplo de doenças sem possibilidades de cura as doenças crônicas em estágio avançado como o câncer^{1,2,3,4}.

Os cuidados paliativos são voltados para estes pacientes sem possibilidades e constituem um campo interdisciplinar de cuidados totais, que têm como objetivo oferecer tratamento para controle de sintomas que trazem desconforto, como náuseas, vômitos, constipação, diarreia, entre outros. Com a finalidade de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares⁵.

A nutrição é de grande importância nos cuidados paliativos, ajudando o paciente nos aspectos físico, psicológico e social, promovendo também o bem-estar e a qualidade de vida. Podemos ressaltar a importância do suporte nutricional na doença sem possibilidades de cura, pois existem benefícios que melhoram a qualidade de vida do paciente, que contribuem para a diminuição da resposta catabólica, amplia o sistema imunológico, contribui para o melhor desempenho funcional do sistema digestório e reduz as complicações decorrentes da imobilização⁶.

A intervenção nutricional nesses pacientes vai além dos benefícios físicos e está intimamente relacionada aos aspectos culturais, religiosos e a hábitos alimentares individuais, podendo oferecer conforto emocional, auxiliar na diminuição da ansiedade, aumentar a auto-estima e independência, além de permitir maior integração e comunicação com seus familiares^{6,7}.

No entanto, a terapia nutricional dificilmente conseguirá restaurar o estado nutricional do paciente somente através da alimentação via oral, já que na maioria dos casos o que o paciente consegue ingerir não é o suficiente para atingir sua necessidade energética diária, sendo assim o gasto energético maior que o consumo, isso se deve ao metabolismo acelerado que acompanha a maioria das patologias sem cura. Também podemos atribuir a baixa ingestão energética ao apetite diminuído pelos efeitos

colaterais dos medicamentos ou por aspectos emocionais que levem a recusa alimentar. Nesse ponto, a intervenção do nutricionista é de tentar aumentar o aporte calórico, a fim de que as necessidades energéticas cheguem o mais próximo do ideal, neste momento atentar para as preferências e hábitos alimentares incentivarão o consumo dos alimentos, que serão importantes também para o controle de sintomas gastrointestinais desagradáveis, garantindo assim satisfação e conforto do paciente^{1,4,7,6}.

O objetivo e a relevância do presente trabalho se dá na reunião de material científico que mostre os benefícios da terapia nutricional dentro dos cuidados paliativos, mostrando a importância da alimentação para o paciente sem possibilidades de cura, além de discutir os aspectos bioéticos que envolvem a nutrição nos cuidados paliativos.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente Trabalho é do tipo Artigo de Revisão, onde serão resumidas, analisadas e discutidas informações anteriormente publicadas, através de revisão bibliográfica, com finalidade de reunir material científico que defina a atuação do profissional nutricionista frente aos cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

A revisão bibliográfica será realizada com base em materiais científicos de publicações em livros, revistas científicas, cadernos de saúde, apresentações de trabalhos em congressos e de artigos científicos disponíveis em bases de dados online, onde serão utilizadas exclusivamente as bases SCIELO, BVS, e PROQUEST. Os descritores utilizados foram: paciente sob cuidados paliativos, nutrição em pacientes fora de possibilidades de cura, Bioética em nutrição. Serão utilizadas somente publicações feitas a partir do ano de 2004 até 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os aspectos emocionais, psicológicos e sociais da alimentação

A alimentação tem importância vital para o homem, está inscrita nos princípios culturais do ser humano, estando presente nos registros mais remotos da civilização. Sem dúvidas a alimentação é um modo de relacionamento e comunicação entre as pessoas, estando inserida contínua e intimamente na vida do homem. O alimento, a

culinária e tudo o que circula ao redor de cada indivíduo envolve sua história familiar, sentimentos e lembranças, que estão ligados com a primeira experiência da vida de cada um com o leite materno, sendo a fase da amamentação considerada uma das mais vitais atividades realizadas pelo ser humano⁷.

O ato de comer vem a ser mais que a ingestão de nutrientes, possui um grande valor social e psicológico, já que envolve relações humanas e está ligada a uma gama de afetos e simbolismos. Vai além de uma dieta balanceada com proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas e minerais nas quantidades adequadas. Nesse aspecto, a alimentação ganha um longo histórico, ligada a fatores religiosos e culturais. Sendo assim, torna-se impossível separar a alimentação de aspectos emocionais, tudo aquilo que se vive pode interferir no comportamento alimentar⁴.

Para um paciente hospitalizado e sem possibilidades de cura, a alimentação certamente será afetada, já que existe uma mudança em todas as atitudes envolvidas no ato de comer. Se levados em conta os fatores psicológicos destes pacientes que sabem não existir mais tratamento para sua doença, e pela perda da vontade de viver, alguns pacientes podem vir a recusar a alimentação oral, podendo esta fase perdurar até a morte. Para outros, a alimentação pode ser utilizada como fonte de alívio, trazendo bem estar, indo além de benefícios físicos, oferecendo conforto emocional e auxiliando na diminuição da ansiedade. A estes pacientes podemos destacar a importância da alimentação dentro dos cuidados paliativos^{4,5,6}.

O paciente em cuidados paliativos e a nutrição

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como um modelo de atenção à saúde cujo objetivo é minimizar os efeitos adversos do tratamento e reduzir os sintomas da doença em curso, trazendo qualidade de vida aos pacientes e a seus familiares, visam à prevenção, redução e o alívio do sofrimento, do tratamento da dor e de outros sintomas físicos e psicossociais⁸.

Os cuidados paliativos estão fundamentados em princípios que valorizam a vida e consideram a morte como um processo natural, não há abreviação e nem prolongamento da vida, são cuidados cujo objetivo não é mais o tratamento curativo, e que necessitam da assistência de uma equipe interdisciplinar capacitada ao atendimento humanizado do paciente fora de possibilidades de cura².

Sendo considerada essencial para a existência humana, a nutrição também faz parte dos cuidados paliativos. Sendo utilizada para amenizar os efeitos do estado hipermetabólico, que é o aumento de gasto de energia pelo organismo, fazendo também ajustes de micronutrientes, eletrólitos e repondo alguma substância funcional. A atuação do nutricionista é fundamental no sucesso dos cuidados paliativos, que visa entre outras coisas, a melhoria da qualidade de vida do paciente, com a redução dos principais sintomas que causam desconforto, como náuseas, vômito, constipação, diarreia, e xerostomia, causados pela terapia medicamentosa e pela própria doença em estágio avançado^{1,4,6}.

Esses sintomas que são relatados pelos pacientes devem ser vistos não só como uma desordem de origem orgânica ou físico-química, deve ser levado em conta os fatores psicológicos associados à doença e ao seu mau prognóstico. Eles também podem ser considerados como manifestações corporais que tiveram origem a partir de fatores psicológicos, podendo ser incluso entre estes fatores o fato de muitos pacientes saberem o grau avançado da doença^{3,7}.

Na prática profissional, em muitos momentos o nutricionista não saberá diferenciar os sintomas de origem psicológica para os de origem orgânica e ambos terão que ser trabalhados pelo profissional de nutrição do mesmo modo, ou seja, a alimentação deverá ser modificada a fim de reduzir ou eliminar o sintoma citado pelo paciente para que o mesmo sinta que está sendo tratado, e que suas queixas estão sendo ouvidas. O nutricionista saberá melhor do que qualquer outro profissional estabelecer a relação do paciente com a alimentação e a melhora dos sintomas, sendo esta capacidade de compreensão ampliada quando discutidas com outros profissionais envolvidos nos cuidados paliativos do paciente^{4,7}.

O trabalho multidisciplinar com a avaliação de outros profissionais da equipe de saúde se torna imprescindível, sabendo que quando houver uma abordagem comum por parte da equipe que presta os cuidados paliativos, isto será favorável ao paciente que em uma fase de enorme fragilidade precisa sentir o trabalho dos profissionais ao seu redor, de forma harmoniosa e coerente e dará retorno a equipe de saúde, incluindo um melhor relacionamento nutricionista-paciente⁹.

Em suma, as ações da nutrição nos cuidados paliativos não visa o reestabelecimento do estado nutricional ou ganho de peso do paciente, mas tem em vista

o alívio dos sintomas que estão diretamente ligados à alimentação, principalmente os sintomas gastrintestinais. O principal objetivo é a melhoria da qualidade de vida, levando sempre em consideração as escolhas do paciente ao elaborar as condutas, respeitando os princípios da bioética, em especial o da autonomia, assim como manter uma boa comunicação com o paciente, seus familiares e a equipe de saúde, sabendo que essa comunicação será o pilar para a adesão aos cuidados e levando a uma aceitação do mau prognóstico da doença^{3,4}.

Condutas e estratégias nutricionais utilizadas nos cuidados paliativos

Ao elaborar uma conduta nutricional para pacientes que estão em cuidados paliativos, deve-se considerar que além dos sintomas físicos e do estado nutricional, há subjacente um histórico alimentar influenciado pelo estilo de vida que o paciente teve antes do seu diagnóstico, e que a alimentação é algo individual e que pode ter sido motivo para conflitos emocionais, como por exemplo, um paciente obeso ou com graus de magreza que passou a vida travando uma batalha contra o consumo de alimentos, uns pelo consumo excessivo, outros pela inapetência^{1,5,6}.

A alimentação deve sempre ser ofertada de acordo com a aceitação e tolerância do paciente, juntamente com o suporte emocional, respeitando as necessidades e as preferências do indivíduo. Os aspectos agradáveis da alimentação devem ser priorizados e os momentos das refeições deve se tornar algo prazeroso e sociável^{1,5,6}.

As orientações nutricionais propostas a esses pacientes devem ser adequadas às suas queixas, observando as comorbidades associadas e as intolerâncias alimentares, devendo o nutricionista demonstrar preocupação com o paciente, estando disponível quando for chamado e estando aberto à realização dos desejos alimentares do paciente, dentro do possível¹⁰.

Preferencialmente, as refeições devem ser feitas por via Oral, no caso de pacientes com sintomas de origem gastrointestinal, como náuseas, anorexia, saciedade precoce e disfagia a alimentação torna-se dificultosa e muitas vezes leva a recusa do paciente. Nesse ponto, a ingestão oral pode ser encorajada com modificações dos alimentos e de suas apresentações. Os suplementos nutricionais líquidos podem ser considerados nos casos de pacientes incapazes de consumir energia e proteínas suficientes para manter o peso ideal e o estado nutricional adequados¹¹.

O apetite também pode sofrer alterações ao longo do dia, os pacientes com câncer, por exemplo, referem que normalmente a vontade de comer diminui ao longo do dia, o que significa que a manhã é geralmente o melhor momento para a alimentação. Isso pode ser atribuído à digestão e ao esvaziamento gástrico lentos decorrentes da produção diminuída de secreções digestivas, como também da atrofia da mucosa gastrointestinal e do músculo gástrico. Esse quadro também pode manifestar-se como resultado da fadiga relacionada com o tratamento¹².

Em alguns casos, poderão existir momentos em que haja a indicação da suspensão da alimentação pela via oral, sendo então feito uso de cateteres e sondas, com o objetivo de não causar sofrimento ou piorar o quadro clínico, evitando assim que os cuidados paliativos tornem-se prejudiciais, devendo sempre ser priorizado o conforto do paciente. Nesse caso, como em todos os outros que envolvem os cuidados paliativos, a discussão deve sempre envolver toda a equipe multidisciplinar, os cuidadores e os familiares que participam dos cuidados^{1,6}.

Principais condutas nutricionais utilizadas na diminuição de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos

As patologias que não tem mais cura, tendem a ser agressivas e comprometer vários órgãos e funções do paciente, com sintomas de manifestação sistêmica. Aliado a esses sintomas causados pela patologia, existem ainda os efeitos adversos causados pela terapia medicamentosa, que tem o objetivo de aliviar sintomas mais sérios ligados a patologia de base. A maioria dos sintomas resultantes da terapia farmacológica, afetam o sistema gastrointestinal, então nesse momento entra o importante papel da terapia nutricional, que através de uma maneira mais natural, a alimentação, tentará reduzir o desconforto e a intensidade desses sintomas. O quadro abaixo relaciona os principais sintomas citados na literatura como causa de desconforto e qual a melhor conduta nutricional a ser tomada em cada caso^{4, 5, 6}.

Sintomas mais comuns	Conduta nutricional
Anemia ou sangramento	• Caso ocorram, sugerir o consumo de alimentos ricos em ferro. As fontes mais importantes são o fígado e miúdos de animais em geral; carne bovina e gema de ovos. Indicar o consumo também de beterraba, verduras de folhas verdes-escuro, inhame, feijões, lentilha, ervilha seca, melado e açaí; • Logo após o consumo desses alimentos, orientar o consumo do suco ou da própria fruta cítrica, rica em vitamina C, para facilitar o aproveitamento do mineral ferro pelo organismo; • Evitar associar refrigerantes, mate, chá ou café aos alimentos ricos em ferro, pois eles dificultam o aproveitamento desse mineral pelo organismo.
Anorexia E Alterações de paladar (Disgeusia, hipogeusia, ageusia) casos de diminuição e perda do paladar.	• Estimular a ingestão de pequenas quantidades de alimento do agrado do paciente e a intervalos regulares (a cada 3 horas); • Evitar restrições dietéticas; • Incentivar as refeições junto com a família, fortalecendo esse importante momento de troca; • Recorrer à imaginação e à criatividade com o uso das cores, louça agradável à vista, ervas finas e outros artifícios de decoração, para tornar o alimento atrativo para o paciente. • Comer e beber bem devagar; • Evitar beber líquidos, principalmente com gás, junto com o almoço e jantar. Beba-os trinta minutos antes ou após as refeições; • Incentivar a Preparação de pratos coloridos e variados e a inclusão de novos alimentos no cardápio; • Para os pacientes que vão para casa orientar que se possível deixar que outra pessoa prepare a refeição e que evite ficar na cozinha neste momento; • A comida deve ser servida na consistência que mais agradar ao paciente e que ele consiga tolerar melhor, podendo variar da

	consistência normal (alimentos ou preparações de qualquer consistência); branda (alimentos em pedaços e bem cozidos); pastosa (alimentos em forma de purês, suflês, amassados, desfiados ou liquidificados) ou líquida (sob a forma de sopas liquidificadas ou não, como sucos, sorvetes, gelatinas, geléias etc.). • Sugerir o aumento do aporte calórico das refeições das seguintes maneiras: • Adicionando azeite, óleo vegetal, creme de leite, manteiga, margarina ou gema de ovo em sopas, purês ou em mingaus; • Acrescentar alguma farinha instantânea (aveia, farinha láctea, de arroz, de milho etc.), leite em pó ou achocolatado ao leite ou leite batido com frutas; • Mingaus também são calóricos. Coma variando as farinhas: aveia, maisena, cremogema, fubá, farinha láctea, farinha de arroz, farinha de trigo (sem fermento).
Alterações do paladar: Relatos de gosto metálico ou exacerbação do sabor doce.	• Uso de frutas cítricas; • Uso de condimentos e especiarias; • Uso de alimentos em temperaturas frias ou mornas, pois tende a reduzir o sabor e melhorar a tolerância; • Para redução do sabor doce: incluem-se gotas de limão e toque de sal.
Ascite	• Em casos de ocorrência de náuseas e vômitos, entrar em contato com a equipe médica, pois pode se fazer necessária a drenagem do líquido (paracentese); • Orientar dieta alimentar com a devida restrição de sal (orientações gerais utilizadas para cardápios hipossódicos); • Recomendar o aumento da ingestão ou a reposição medicamentosa de cloreto de potássio.
Constipação	• Estímulo às mudanças de decúbito ou à deambulação; • Aumento da ingestão hídrica; • Inclusão de módulo de fibra solúvel; • Inclusão de alimentos como: grãos integrais, pipoca de milho, frutas

	(preferencialmente com casca), verduras (preferencialmente cruas), suco laxativo, iogurte com probiótico; • Coma alimentos ricos em fibras como pão, biscoito e cereais integrais; frutas frescas tipo mamão, laranja com bagaço, ameixa, tangerina, caqui, uva com casca e verduras (agrião, alface, acelga, brócolis, espinafre, couve, bertalha etc), abóbora, quiabo, vagem, caroço de feijão, ervilha, lentilha, farelo de trigo ou de aveia; • Evitar alimentos constipantes como maçã, banana, goiaba, caju, limão, cenoura cozida, batatas, aipim, inhame, cará, creme de arroz, chá preto, refrigerantes e mate.
Comprometimento Imunológico	Restrições alimentares: • Alimentos provenientes de locais poucos seguros do ponto de vista sanitário como bares, barracas e alguns restaurantes. • Salgadinhos de pacote de marcas não idôneas. • Ovos crus ou mal passados e preparação com estes. • Carnes, salsichas e linguiças mal passados. • Frios fatiados em bar, padaria ou mercado, podendo usar fatiador doméstico esterilizado ou peças inteiras fatiadas com facas limpas. • Ervas e temperos desidratados que não sofreram cocção, como canela em pó, orégano, pimenta do reino, louro em pó, alho desidratado entre outros. • Frutas secas ou cristalizadas cruas. • Oleaginosas cruas. • Leite de saquinho não fervido. • Queijo branco não pasteurizado ou ricota crua. • Chás em infusão, podendo consumir o chá preparado com a fervura do sache. • Legumes crus. • Folhas cruas. • Couve flor e brócolis (mesmo quando cozidos). • Frutas de casca finas e/ou difíceis de higienizar (amora, morango, uva, cereja, jabuticaba).

	• Frutas com casca média a grossa e sem esterilização, podendo ingerir frutas de casca média a grossa após esterilização e descascadas. • Água de coco sem pasteurização. • Caldo de cana Procedimento adequado para ingestão de frutas • Observar se a casca está íntegra, sem furos, amassados ou escoriações. • Lavar os alimentos em água corrente e potável para remover sujidades aderidas e reduz o número de bactérias. • Sanitização dos alimentos conforme a portaria CVS-6/99 que indica soluções cloradas para a desinfecção de alimentos. Dentre as opções recomendadas, o hipoclorito de sódio a 1% pode ser utilizado com • diluição de 20 ml de solução em 1 litro de água. • Após a desinfecção descascar estes alimentos antes de servir ao paciente. Condutas de higiene com os utensílios dos pacientes • Lavar normalmente os talheres, bules e louças. • Passar pela máquina de lavar louça (alta temperatura). • Borrifar álcool 70% antes de servir ao paciente. • Uso de canudos embalados individualmente.
Diarréia	• Medidas gerais: hidratação oral ou parenteral, • Caso o paciente esteja hospitalizado, controlar o fluxo da dieta enteral com o auxílio de bomba infusora. • Em domicílio, orientar os cuidadores com relação à frequência, volume e intervalos das dietas artesanais. • Orientar sobre o uso de soro caseiro via oral, precocemente, • Controle de ingestão de sacarose, • Controle da ingestão de alimentos gordurosos, • Restrição de lactose, • Restrição de alimentos ricos em fibras insolúveis ou laxativos, • Aumento da ingestão hídrica para reidratação, • Uso de bebidas repositoras de eletrólitos com isotônicos ou água de coco,

	• Sugerir a ingestão de alimentos como banana, maçã sem casca, goiaba sem casca e sementes, limão (refresco coado), água de coco, caju, batatas, chuchu, cenoura cozida, aipim, inhame, cará, creme ou água de arroz, pois eles ajudam a controlar ou evitar a diarreia. Além destes, arroz, macarrão com molho caseiro coado, farinhas, torradas, biscoito água e sal ou de maisena, gelatina, pêra sem casca, carnes grelhadas (frango, peixe ou boi) e leite de soja (que deve ser utilizado também nos casos de rejeição ao leite de vaca). • Evite frituras e alimentos gordurosos, mamão, laranja, ameixa e aveia, condimentos fortes como pimenta, além do leite e seus derivados; • Evite alimentos açucarados como doces concentrados (goiabada, marmelada etc.), chocolates etc.
Disfagia e Odinofagia (dor e dificuldade para deglutir)	• Pode ser diminuída com a ingestão de alimentos macios ou liquefeitos e servidos em temperatura moderada ou ambiente; • Fracionamento das refeições em 6 a 8 vezes por dia; • Inclusão de líquidos com maior densidade energética; • Uso de bebidas com temperatura fria ou gelada; • Uso de alimentos e bebidas em temperaturas mornas e frias; • Diminuição do uso de sal • A comida deve ser preparada na consistência que for mais bem tolerada, e que ofereça menos dificuldade para mastigar ou engolir, podendo variar entre branda, pastosa ou líquida (conforme descritas anteriormente); • Pequenos goles de água ou suco durante as refeições • também podem ajudar a engolir; • Fazer as refeições em pequenas quantidades, várias vezes ao dia.
Fadiga	• Consumir refeições mais frequentes, em pequenas quantidades, com ênfase particular no período da manhã; • Dar preferência a alimentos que sejam mais rápidos de fazer e mais fáceis de consumir.

Flatulência (excesso de gases)	• Orientar ao consumo lento dos alimentos, mastigando-os bem; • Evitar falar durante as refeições; • Se for usar alho e cebola no preparo das refeições, usá-los sempre refogados e com moderação; • Evite os alimentos que provocam gases: condimentos picantes, batata-doce, agrião, berinjela, couve-flor, couve-manteiga, repolho, mostarda, soja, caroço de feijão, ervilha seca, lentilha, aveia, ovos, vísceras (rim, coração, fígado, miolo); • Evitar refrigerantes e bebidas gasosas
Hiperglicemia	• Orientar quanto a carga glicêmica e o índice glicêmico dos alimentos; • Menor consumo ou exclusão de carboidratos refinados e maior consumo de carboidratos complexos; • Usar adoçantes a base de aspartame, sucralose, steviosídeos e acesulfame K; • Preferência por derivados do leite desnatados e carnes magras sem gordura aparente; • Fornecer orientações gerais para diabéticos, fazendo as alterações necessárias a cada paciente;
Hipercalcemia	• Hidratação: 2 a 6 litros de SF 0,9 % / 24h – respeitando a avaliação clínica do paciente; A desidratação diminui a filtração glomerular, que reduz ainda mais a eliminação de cálcio e sódio. • Incluir alimentos ricos em potássio se necessário; • Na hipercalcemia crônica: aumentar a ingestão hídrica.
Hipertensão arterial	• Orientações quanto ao menor consumo de alimentos ricos em sódio como: enlatados, embutidos, condimentos industrializados, etc; • Alimentos doces industrializados: atentar aos rótulos quanto a presença de sódio, ex.: biscoitos recheados e refrigerantes; • Dar preferência aos temperos naturais como alho, cebola, salsa, salsinha, coentro, orégano, manjericão; sugerir o uso de sal de ervas feito com ervas desidratadas.

Mucosite	• Introdução de módulo de glutamina; • Dieta sem alimentos ácidos; • Dieta com menos sal; • Dieta com alimentos em temperatura morna ou fria; • Uso de bebidas com temperatura fria ou gelada; • Dieta sem alimentos de consistência dura e seca; • Evitar alimentos ácidos, picantes, muito condimentados ou salgados; • Evitar alimentos duros, de difícil mastigação ou muito quentes • Preferir alimentos fáceis de mastigar e engolir (purê, suflê, mingau, pudim, gelatina etc); • Em casos graves, preferir alimentos líquidos, liquidificados, frios ou gelados ou em temperatura ambiente (nem frio e nem quente); • Indicar bochechos com solução de bicarbonato de sódio a 3 % (1 colher de chá para 1 copo de água), após a higiene bucal.
Náuseas e vômitos	• Fracionar as dietas 6 a 8 por dia, Realizar refeições em pequenas quantidades e aumentar o intervalo entre elas; • Respeitar a vontade, os gostos alimentares e os horários do paciente; • Preferir por alimentos frios e livres de condimentos; • Manter ambiente tranquilo e sentar o paciente à mesa durante as refeições sempre que possível, • Dar as medicações após as refeições (exceto os antieméticos), • Evitar frituras, Alimentos gordurosos e muito doces, e com Odor forte; • Preferir alimentos menos quentes; • Posicionamento reclinado por no mínimo uma hora após as Refeições; • Preferir alimentos de mais fácil digestão; • Preferir realizar as refeições em locais arejados, evitando locais quentes e abafados; • Introdução de bebidas contendo gengibre (sucos antieméticos).
Xerostomia	• Aumentar a ingestão hídrica; • Evitar alimentos ácidos, condimentados e com taxa elevada de glicose; • Preferir alimentos gelados e de consistência líquido/pastosos;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer gelo para chupar ou sorvete; Aumentar a salivação com o uso de chicletes sem açúcar; • Evitar jejum prolongado, de preferência, realizar seis refeições ao dia, de forma fracionada. • Serão úteis as preparações de saliva artificial e estimulantes de saliva (chicletes e balas); • Melhorar a mastigação dos alimentos; • Evitar o consumo de alimentos duros, crocantes e secos; • Uso de alimentos cítricos como limão para estimular a salivação; • Evitar líquidos como cafés, chás, refrigerantes tipo cola e chocolates. |
|--|---|

(Fonte: adaptado de ^{6, 10, 11, 12, 13, 14, 15}).

Os aspectos Bioéticos que envolvem a terapia nutricional nos cuidados paliativos

Todas as ações que envolvem pacientes sem possibilidade de cura que estão sob cuidados paliativos, envolvem questões bioéticas importantes que ganham cada vez mais espaço para discussão no meio acadêmico. Já que por muitas vezes essas questões são geradas por entrarem em conflito com a vontade do paciente e da sua família^{1,2}.

Dentre os princípios da bioética o que mais se aplica no que diz respeito aos cuidados paliativos é o da beneficência, que de uma maneira prática é a obrigação moral de agir para o benefício do outro, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios^{1,2}.

Na conduta nutricional, o princípio da beneficência se une ao princípio da não maleficiência, que diz que o profissional de saúde tem o dever de não causar mal de maneira intencional e/ou danos a seu paciente, isso se reflete nas questões de suspensão da oferta de alimentos por via oral e indicação de sonda ou nutrição parenteral, nesse

caso mesmo sabendo que a ingestão de alimentos pela via oral é a que obtém maiores benefícios físicos e emocionais, deve-se atentar aos casos de patologias específicas que envolvam o trato gastrointestinal em que a alimentação pode trazer mais prejuízos e desconforto do que benefícios, a nutrição via oral então pode ser suspensa de acordo com os princípios e práticas que regulam a restrição ou a retirada de qualquer tratamento médico^{1,2}.

O princípio da autonomia também é de suma importância nos cuidados paliativos, devem ser respeitadas as vontades de um paciente lúcido, que decide não se alimentar mais, que come menos, ou recusam cateteres para nutrição. Devem ser respeitadas também, os desejos daqueles pacientes sem autonomia, mas que expressaram seus desejos com instruções específicas e prévias que pode decidir se aceita ou não a terapia nutricional ou qualquer outro tratamento médico que o mesmo julgar desnecessário. Esse tipo de retirada da nutrição é sempre difícil, mas a equipe de saúde deverá respeitar a opinião do paciente, sabendo-se que todo o indivíduo tem direito de ter sua própria opinião em relação a diversos assuntos. Porém, não podemos deixar de orientar o paciente que está lúcido, para que o mesmo tenha as informações necessárias para poder formar a sua própria opinião^{1,2}.

É importante observar, que pacientes em cuidados paliativos aceitam os cuidados gerais, mas tendem a negar a nutrição forçada, e, geralmente, não se queixam de fome ou sede, e quando o fazem se contentam com pouca quantidade de comida ou água. Esses pacientes devem ser tratados de forma a assegurar o seu bem estar, assim como todos os outros, onde se aplica o quarto e último princípio da bioética, o da justiça, que diz que todos os indivíduos tem direito a saúde independente da sua situação financeira, religião ou raça, que todos devem saber de seus direitos e tratados dignamente, sem preconceitos¹⁸.

CONCLUSÕES

A preocupação em poder alimentar o paciente com uma patologia sem cura sob cuidados paliativos, bem como a forma e as estratégias de procedimento ainda são causas de discussão entre os profissionais de saúde. Além do controle dos sinais e sintomas, existe a necessidade de se conhecerem os hábitos alimentares dos mesmos. Embora pouco divulgada na literatura científica, essa abordagem é relevante para um aconselhamento nutricional mais efetivo que possa, de alguma maneira, refletir na melhora da qualidade de vida. O estado de saúde é influenciado pelos aspectos nutricionais, em virtude dessa relevante contribuição para a qualidade de vida, o cuidado nutricional deve estar integrado aos cuidados paliativos gerais. Trata-se de uma intervenção que demanda esforço e dedicação, devendo ser realizada por profissionais muito conscientes. Logo, o profissional nutricionista, sobretudo nesse contexto, tem um papel técnico de grande valia onde a sua sensibilidade e criatividade farão a diferença durante a avaliação e o aconselhamento nutricional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo em minha Vida.

Aos meus pais, por sempre estarem ao meu lado.

Ao meu esposo, Jordan, que me equilibra com sua paz e me tranquiliza com amor.

Ao meu filho, que ainda não veio ao mundo, mas já me enche de alegria ao imaginar como será seu rosto.

REFERÊNCIAS

- ¹ Benarroz M O, Faillace G B D, Barboza L A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2009000900002>. Acesso em: 15 de agosto 2013.
- ² Floriani C A, Schram M F R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):p. 2072-2080, set, 2007.
- ³ Moritz P R D (coordenador). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 6(4): p. 150-155, 2008.
- ⁴ Reiriz A B (organizador); Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?. **Revista da sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 6(4): p. 150-155, 2008.
- ⁵ Loyolla V C L (Organizador). Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma análise da bioética. **Revista Saúde, ética e Justiça**, 2011. p. 47-59.
- ⁶ Corrêa P H, Shibuya E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de cancerologia**, 53(3): p. 317-323, 2007.
- ⁷ Cordás T A, Kachani A T (coordenadores). **Nutrição em psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Controle do câncer: o conhecimento em ação. **Guia da OMS para programas eficazes**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2007.
- ⁹ Gonçalves H C B (Organizador). Equipe Interdisciplinar frente ao paciente terminal. In: 29ª Semana Científica da Faculdade de Medicina da UFF. **Anais ... Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 19 - n. 1, p. 269-276, Jan./Jun. 2007
- ¹⁰ Shils M E (Organizador). **Nutrição moderna na saúde e na doença**. 10ª Ed. Barueri, SP, 2009.

¹¹ UNIC. **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer.** Rio de Janeiro, RJ: UNATI/UERJ-UNIV, 2009.

¹² Waitzberg D L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.** 4^a Ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2009.

¹³ Ministério da saúde. **Guia de nutrição para pacientes e cuidadores:** orientações aos pacientes. Instituto nacional de câncer. 2^aed. Rio de Janeiro, INCA:2010.

¹⁴ Mahan L K, Escott-stump S. **Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia.** 13^a Ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

¹⁵ Alves F G (Organizador). Sociedade hospital samaritano. **Manual de condutas para pacientes oncológicos.** São Paulo, SP 2010.

Nutris - Revista Brasileira de Nutrição e Saúde – (periódico em construção)

A NUTRIS – Revista Brasileira de Nutrição e Saúde (*Brazilian Journal of Nutrition and Health*) é um periódico acadêmico-científico editado pelo Mestrado Acadêmico de Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Seu objetivo é publicar artigos acadêmicos e científicos inéditos na área da Nutrição, em suas diversas interfaces com outras áreas do conhecimento, com relevância e aplicabilidade para a saúde humana.

Composta por um Conselho Editorial experiente e diversificado, a NUTRIS apresenta-se em formato eletrônico, de livre acesso, com periodicidade semestral (abril e setembro).

1. ESCOPO E POLÍTICA

A NUTRIS – Revista Brasileira de Nutrição e Saúde (*Brazilian Journal of Nutrition and Health*) é um periódico acadêmico-científico editado pelo Mestrado Acadêmico de Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Seu objetivo é publicar artigos acadêmicos e científicos inéditos na área da Nutrição, em suas diversas interfaces com outras áreas do conhecimento, com relevância e aplicabilidade para a saúde humana.

Composta por um Conselho Editorial experiente e diversificado, a NUTRIS apresenta-se em formato eletrônico, de livre acesso, com periodicidade semestral (abril e setembro).

2. SELEÇÃO DE MATERIAL

Todo trabalho enviado à Revista deve ser inédito, em português, inglês ou espanhol, não podendo ter sido publicado anteriormente ou submetido a exame para publicação em outros locais.

Avalia-se a originalidade e a relevância do tema, a qualidade da metodologia utilizada, a clareza do texto e a adequação às normas de editoração desta Revista.

Toda submissão segue para arbitragem por pares (*double-blind peer review*) qualificados na área em questão, que decidem pela publicação, revisão ou não-publicação do material. Os resultados das avaliações são repassados aos autores.

Caso o manuscrito esteja disponível em várias línguas e seja de interesse do autor, o artigo poderá ser publicado em duas línguas (português/inglês ou espanhol/inglês).

3. CATEGORIA DAS SUBMISSÕES

A Revista avalia os seguintes materiais para publicação:

1. **Artigo original:** textos analíticos resultantes de pesquisas sobre temas relacionados à temática Nutrição e Saúde.
2. **Artigo de revisão:** textos analíticos resultantes de revisões da literatura científica sobre temas relacionados à temática Nutrição e Saúde.
3. **Artigo especial:** artigos a convite sobre temas em evidência.

4. DOCUMENTOS PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS

Junto ao artigo deve acompanhar a Carta de Submissão de Artigos, assinada pelo(s) autor(es), digitalizada (escaneada) ou enviada por correio a esta Revista. Endereço: Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde – CMANS. Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Patrocínios, subsídios ou apoios devem ser enunciados primeira página do artigo, junto à identificação dos autores. Se esses elementos não forem mencionados, será entendido que não existiram.

Resultados de pesquisas com seres humanos ou animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

5. NORMAS TÉCNICAS PARA SUBMISSÃO

Os trabalhos devem ser apresentados em formato eletrônico, em arquivo .DOC ou .DOCX.

O artigo deve ter no máximo 20 páginas e seguir esta formatação:

- Tamanho de página: A4;
- Fonte: Times New Roman;
- Tamanho dos títulos: 18 negrito;
- Tamanho dos subtítulos: 14 negrito;
- Tamanho do corpo do texto: 12 normal;
- Espaçamento entre linhas: 1,5;
- Páginas numeradas;
- Itálico para títulos de livros mencionados no corpo do artigo, palavras estrangeiras e em destaque;
- Citações com mais de 3 linhas: tamanho 10 com recuo de 4cm da margem esquerda;
- Notas de rodapé deverão vir numeradas e incluídas no final do trabalho;
- Tabelas e figuras devem vir no corpo do artigo, mas também poderão ser solicitadas em arquivos separados, caso a editoria julgue necessário.

A primeira página do trabalho deve conter **somente**:

- Título do trabalho em português e inglês;
- Nome completo dos autores;
- E-mail e endereço domiciliar dos autores;
- Afiliação dos autores (instituição e departamento, cidade, estado, país);
- Referência curricular resumida (máximo de 3 linhas por autor);
- Endereço (URL) do Currículo Lattes dos autores;
- Notificação de patrocínios, subsídios, apoios ou conflitos de interesse, caso necessário.

A segunda página deve conter **somente**:

- Título do trabalho em português e inglês;
- Resumo com 200 a 300 palavras;

- Palavras-chave (de três a cinco), de preferência contempladas pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde);
- Abstract e keywords;
- OBS: Artigos com erros de tradução no abstract serão devolvidos ao autor até correção dos mesmos.

A terceira página em diante deve conter o artigo propriamente dito. Sua estrutura deve apresentar:

- Introdução (incluindo objetivos e justificativa)
- Materiais e Métodos
- Resultados e Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências

6. Normas para referências

As referências devem seguir o **estilo Vancouver** e aparecer ao final do manuscrito, numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

Trabalhos submetidos fora dessas normas serão devolvidos ao autor.

Segue abaixo um resumo com os principais modelos do estilo Vancouver:

Livros e publicações com até seis autores

Quando se tratar de até seis autores, referenciam-se os autores separados por vírgula.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Livros e publicações com mais de seis autores

Quando se tratar de mais de seis autores, referenciam-se até os seis primeiros autores seguidos da expressão latina et al.

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, et al. American Medical Association Manual of Style: a guide for authors and editors. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.

Artigos em periódicos

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002 Jul;347(4):284-7.

Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002;288:2709-716.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood-leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Brandão AP, Nogueira AR, Oliveira JE, Guimarães JI, Suplicy H, Brandão AA, coordenadores. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005;84(Supl I):1-28.

Materiais eletrônicos disponíveis na internet

Para materiais eletrônicos na Internet, acrescentar as expressões “acesso em data” e “Disponível em: endereço eletrônico” após os elementos da referência convencional.

Livro em formato eletrônico

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001[acesso em 9 jul 2002]. Disponível em: <http://www.nap.edubooks0309074029.html>.

Artigo de periódico eletrônico

W. J. Haynie WJ, DeLuca VW, Matthews, B. Perceptions and Practices of Technology Student Association Advisors on Implementation Strategies and Teaching Methods. *JTE* [periódicos na Internet]. 2005 Spring [acesso em 27 mar 2005];16(2) Disponível em: <http://scholar.lib.vt.edu/journals/JTEv16n2haynie.html>

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódicos na Internet]. 2002 Jun [acesso em 12 ago 2002];102(6). Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN2002juneWawatch.htm>

Homepage/Website

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>