



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



**Andréia Campêlo Masson**

**Caracterização da atenção nutricional em um serviço de Cuidados Paliativos  
em hospital de alta complexidade**

Ribeirão Preto

2016



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



**Andréia Campêlo Masson**

**Caracterização da atenção nutricional em um serviço de Cuidados Paliativos  
em hospital de alta complexidade**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Clínica Médica.

**Área:** Especialização em Nutrição

**Orientadora:** Profa. Dra. Paula Garcia Chiarello

**Supervisora Titular:** Profa. Dra. Paula Garcia Chiarello

Ribeirão Preto

2016

**MASSON, ANDRÉIA CAMPÊLO**

**BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRÃO PRETO**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE

MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO:\_\_\_\_\_ SYSNO.:\_\_\_\_\_

**MONOGRAFIA 2016**

“TÍTULO: CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL EM UM SERVIÇO DE  
CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE”

ALUNO: ANDRÉIA CAMPÊLO MASSON

ORIENTADOR: PROFA. DRA. PAULA GARCIA CHIARELLO

## RESUMO

MASSON, A.C. **Caracterização da atenção nutricional em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade** 2016. Monografia de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, Ribeirão Preto, 2016.

O papel do nutricionista nos Cuidados Paliativos (CP) é promover melhoria da qualidade de vida por meio do alívio de sinais e sintomas, preocupação com o estado nutricional e promoção do bem estar. Essa atenção ainda é bastante nova e a criação de protocolos de atendimento carece de experiências mais próximas, além dos consensos nacionais e internacionais sobre o tema. **Objetivo:** Caracterizar a atenção nutricional em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, com informações de 100 atendimentos nutricionais registrados em prontuários de pacientes atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP/USP) entre abril de 2015 e setembro de 2016. Foram coletadas informações sobre o perfil dos pacientes; o quadro clínico; a capacidade funcional; sinais e sintomas com repercussão nutricional; apetite e ingestão alimentar; hábitos fisiológicos relatados pelo paciente; antropometria; exames laboratoriais de rotina e utilizados para diagnóstico nutricional e acompanhamento de terapêutica nutricional; diagnóstico nutricional e conduta nutricional tomada. Os dados avaliados foram tabulados e apresentados em porcentagem, média e desvio-padrão, para caracterização dos atendimentos. **Resultados:** Os atendimentos analisados tiveram como características principais pacientes idosos e oncológicos, com KPS maior ou igual a 50% e com grande prevalência de hiporexia e desnutrição. Além disso, os principais sintomas encontrados foram dor, fadiga/astenia, xerostomia, constipação, náusea, alteração do paladar, disfagia, empachamento e saciedade precoce. No que tange as condutas, o foco da atenção nutricional foi o controle de sinais e sintomas, além da tentativa de manutenção/recuperação do estado nutricional através de orientações sobre consumo alimentar, suplemento, terapia nutricional, entre outros, e a constante busca pelo conforto, bem-estar e prazer através da alimentação. Na

subdivisão do serviço temos que o paciente domiciliar possui um declínio evidente do estado nutricional, quando comparado com o paciente ambulatorial. **Conclusões:** A atenção nutricional do serviço de Cuidados Paliativos em um hospital de alta complexidade tem como foco de suas condutas o controle de sinais e sintomas, além da busca pela manutenção/recuperação do estado nutricional e a constante preocupação em relação ao conforto, bem-estar e prazer através da alimentação. Nossos dados podem contribuir para a caracterização da atenção nutricional em cuidados paliativos, auxiliando na construção de uma atenção nutricional mais integral e completa para estes pacientes.

**Palavras - chave:** cuidados paliativos, atenção nutricional

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO.....	10
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	10
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSSÃO.....	17
6. CONCLUSÕES.....	21
REFERÊNCIAS.....	21

## 1. INTRODUÇÃO

A realidade encontrada no Brasil nos dias de hoje é de um acentuado envelhecimento populacional, ocasionado pela mudança drástica nos perfis demográfico e epidemiológico da população (Silveira et al., 2014). Cerca de 14 milhões de brasileiros são idosos, o que representa um aumento de 500% em 40 anos. Sendo que a estimativa para 2020 é que essa população alcance os 32 milhões de habitantes (Silva et al., 2009).

Juntamente com esse aumento da expectativa de vida, ocorre um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças constituem um problema crescente e são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro; sendo o câncer uma das principais responsáveis por mortes com mais de 11 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos por ano, e a estimativa é que este número aumente chegando a 12 milhões em 2030 (Silva et al., 2009).

Dessa forma faz-se cada vez mais necessária a presença de um tipo de assistência denominada de Cuidados Paliativos (CP). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais" (Garcia et al., 2013).

Os princípios dos CP, segundo a OMS, são: promover alívio da dor e de outros sintomas aflitivos; afirmar a vida e encarar a morte como processo natural; não apressar nem atrasar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente; dar suporte para que os pacientes vivam ativos, tanto quanto for possível, até a morte; apoiar a família durante a doença do paciente e em sua perda; para satisfazer as necessidades dos pacientes e de seus parentes, usar uma abordagem em equipe que inclua aconselhamento na perda, se necessário; proporcionar qualidade de vida e talvez influenciar positivamente no curso da doença; ser aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias que tencionam prolongar a vida; entender e manejar complicações clínicas aflitivas (Garcia et al., 2013).

Nesse sentido, os CP podem ser realizados em qualquer contexto e instituição. Para tanto é de extrema importância uma equipe interdisciplinar que conte com médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontogeriatra, musicoterapeuta, conselheiro, capelão, entre outros profissionais. Fazendo-se possível a existência da equipe com constituições mais simples, como por exemplo, contendo médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e capelão, até as mais complexas. Sendo essencial que estes profissionais prestem assistência com qualidade ao paciente, jamais se esquecendo de respeitar sua autonomia (Silva et al., 2009).

Perante este quadro, o nutricionista tem papel essencial no tratamento do paciente em CP, atuando de forma intensiva sempre em sintonia com a equipe interdisciplinar, sendo responsável não só por assegurar uma adequada ingestão alimentar, de acordo com as necessidades nutricionais, mas também considerar condições físicas, psicológicas, religiosas, as quais irão interferir na melhora da qualidade de vida do paciente (Silva et al., 2009). Atuando assim, na promoção do bem estar do paciente e da família, reduzindo sintomas relacionados à alimentação, restaurando ou mantendo o estado nutricional do paciente sempre que possível, bem como ressignificando o ato de se alimentar. (Benarroz et al., 2009).

Segundo a American Dietetic Association (ADA), em 1992, a nutrição em CP deve oferecer conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade, no aumento da autoestima e da independência; permitir uma maior integridade e melhor comunicação com os seus familiares.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a alimentação possui além do papel fisiológico, o social e o emocional. Com a evolução da doença o paciente tende a reduzir a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, além de alterações fisiológicas como o retardo do esvaziamento gástrico e redução do apetite, alterações do paladar ou problemas de absorção, promovendo desconforto e isolamento social. Sendo objetivo do suporte nutricional em cuidados paliativos minimizar o desconforto causado pela alimentação, priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização entre pacientes e familiares durante as refeições (Silvia et al., 2010).

Pacientes em CP muitas vezes apresentam a Síndrome da Caquexia Associada ao Câncer, que é caracterizada como uma síndrome multifatorial, na qual há perda contínua de massa muscular (com perda ou ausência de perda de massa gorda), que não pode ser totalmente revertida pela terapia nutricional convencional, conduzindo ao comprometimento funcional progressivo do organismo. É importante que o profissional avalie em que fase o paciente encontra-se, pois assim poderá auxiliar o paciente tanto quanto possível para que o impacto na sua qualidade de vida seja minimizado. Sabendo-se que a fase de precaquexia é definida quando há perda de peso menor que 5% do peso corporal total, com anorexia e alterações metabólicas; enquanto que a Caquexia é definida quando há perda de peso maior que 5% do peso corporal, ou apresentando Índice de Massa Corporal (IMC) <20 e perda de peso maior que 2% do peso corporal, ou apresentando sarcopenia e perda de peso maior que 2% do peso corporal, com redução da ingestão alimentar e inflamação sistêmica; já a Caquexia Refratária define-se quando há catabolismo, não responsivo ao tratamento anticâncer, baixo score de desempenho e expectativa de vida menor que 3 meses. (Muscaritoli et al., 2010) (Fearon et al., 2011) (Consenso Brasileiro de Anorexia / Caquexia, 2011).

Buscando o atendimento integral ao paciente, possuímos 3 modalidades de atendimento, sendo estas a hospitalar, a ambulatorial e a domiciliar. A hospitalar ocorrerá no momento em que o paciente encontrar-se internado, sendo prestado o atendimento pela equipe de CP em caráter de inter consulta para a equipe primária do paciente, ou ainda em caráter integral pela equipe de CP quando está possuir leitos próprios. No presente estudo daremos enfoque às modalidades de atendimento ambulatorial e domiciliar e as intervenções nutricionais possíveis para cada caso, sendo que na última é possível que a equipe multidisciplinar vá à casa do paciente, que apresenta-se mais debilitado neste momento, com baixo score de desempenho; e conheça assim sua realidade, suas dificuldades, estabelecendo um plano de tratamento que possa cuidar e atender integralmente suas necessidades, visando seu conforto. Da mesma forma é feito em ambulatório, contando sempre com a equipe multidisciplinar, porém em um momento diferente de vida do paciente, onde o curso da doença não tenha afetado tão significativamente seu score de desempenho, podendo então locomover-se até o local de atendimento, onde da

mesma forma será cuidado integralmente pela equipe, que fará o tanto quanto for possível, para manter sua qualidade de vida.

A partir do exposto e da percepção do pequeno montante de dados na literatura contendo a fundamentação da atuação do nutricionista em uma equipe de CP, o presente artigo busca caracterizar a atuação do nutricionista em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade. Dessa forma, espera-se contribuir para a prática de outros profissionais nessa área, respeitando os princípios propostos pelos CP.

## 2. OBJETIVO

Caracterizar a atenção nutricional, ambulatorial e domiciliar, em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade.

## 3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo descritivo retrospectivo, utilizando dados de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP), em atendimentos nutricionais ambulatoriais e domiciliares de pacientes atendidos no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP/USP) entre abril de 2015 a setembro de 2016. O tamanho amostral foi de 100 pacientes, sendo 70 pacientes ambulatoriais e 30 pacientes domiciliares. Os critérios de inclusão foram pacientes acompanhados no serviço de Cuidados Paliativos que tenham ao menos uma consulta com o nutricionista. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética 5440 – USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP, com número de aprovação CAAE: 61276116.0.0000.544.

### **Informações colhidas no PEP:**

- Perfil: idade e sexo;
- Quadro clínico: diagnóstico (se oncológico ou não oncológico), data óbito (quando houver);
- Capacidade funcional: Karnofsky *Performance Status* (KPS), escala utilizada para a avaliação da capacidade funcional dos pacientes, variando de 100%, onde o paciente está totalmente saudável, a 0%, aonde o paciente chega a

óbito. Sendo que, de 100-80% o paciente está apto para atividades normais e trabalho, sem nenhum cuidado especial necessário, de 70-50% o paciente está inapto para o trabalho, apto para viver em casa e cuidar da maior parte de suas necessidades, e a partir de 40% o paciente está inapto para cuidar de si mesmo e a doença está progredindo rapidamente. Quanto menor a classificação na escala pior o prognóstico e menor a sobrevida;

- Sinais e sintomas com repercussão nutricional: saciedade precoce, alterações do paladar, disfagia, odinofagia, xerostomia, náuseas e vômitos, empachamento, diarreia, constipação, fadiga/astenia, dispneia, dor, sonolência, e outros;
- Apetite e ingestão alimentar: relato subjetivo do paciente quanto ao apetite (diminuído – hiporexia, preservado ou aumentado) e quanto à ingestão alimentar atual em relação à antes do diagnóstico (ingestão diminuída, ingestão preservada, ingestão exclusiva por terapia nutricional – enteral ou gastrostomia);
- Hábitos fisiológicos relatados pelo paciente: hábito intestinal, hábito urinário, ingestão hídrica, higiene bucal;
- Antropometria: peso, estatura e índice de massa corporal (IMC);
- Exames laboratoriais de rotina e utilizados para diagnóstico nutricional e acompanhamento de terapêutica nutricional: hemograma, sódio, potássio, cálcio iônico, ureia, creatinina, glicemia, enzimas hepáticas (AST/TGO, ALT/TGP), albumina, lipidograma, ferro, e outros;
- Diagnóstico nutricional;
- Conduta nutricional tomada, detalhamento das principais condutas:
  - *Orientação para sinais e sintomas*: orientações que visem aliviar os sinais e sintomas com repercussão nutricional trazidos pelos pacientes, como, utilização de ervas aromáticas no preparo dos alimentos para melhora das alterações no paladar, entre outros;
  - *Orientação em relação à ingestão alimentar*: orientações que visem alguma mudança na ingestão alimentar, como, aumento de calorias ingeridas, ingestão de fontes proteicas de alto valor biológico, modificação do aporte nutricional ofertado pela terapia nutricional, entre outros;

- *Orientação sobre suplemento nutricional*: orientações em relação à introdução de suplemento nutricional, quantidades utilizadas, diminuição ou aumento dessas quantidades;
- *Alimentação como forma de prazer, bem-estar e conforto*: orientações que visem o cuidado do paciente em final de vida, visando o aspecto social, de conforto, bem-estar e prazer da alimentação, respeitando os limites e desejos do paciente;
- *Orientação terapia nutricional*: orientações em relação ao aspecto prático da terapia nutricional, como, posicionamento para administração da dieta, tempo de administração, procedimentos de limpeza, preparo da dieta, entre outros;
- *Processo retirada gratuita dieta/suplemento*: condutas práticas e burocráticas para aquisição de dieta ou suplemento nutricional gratuitamente através de ONG's de apoio ao câncer ou prefeituras municipais.

### **Análise Estatística**

Os dados avaliados foram tabulados e apresentados em porcentagem, média e desvio-padrão, para caracterização dos atendimentos.

## **4. RESULTADOS**

Foram avaliados 100 prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos do HCFMRP/USP entre abril de 2015 a setembro de 2016, sendo 70% (n=70) atendimentos ambulatoriais e 30% (n=30) domiciliares, que tiveram ao menos uma consulta com a nutrição.

Na tabela 1 está representado o perfil dos pacientes nos atendimentos avaliados.

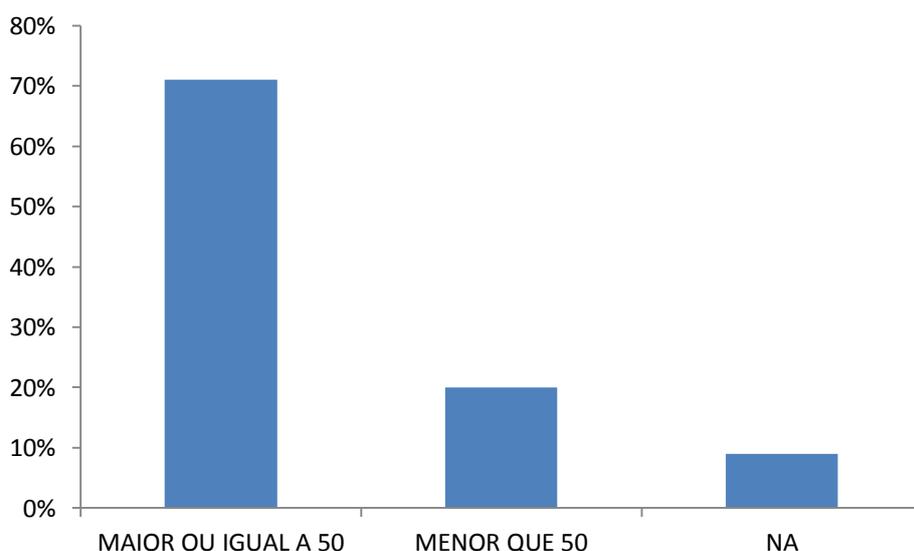
**Tabela 1 – Perfil dos pacientes representados em média e desvios-padrão (idade) e porcentagem (gênero)**

	<b>Idade (anos)</b>	<b>Gênero</b>
<b>Total (n=100)</b>	64,84 ( $\pm$ 13,447)	52% homens 48% mulheres

<b>Ambulatorial (n=70)</b>	62,8 (± 14,227)	54,3% homens 45,7% mulheres
<b>Domiciliar (n=30)</b>	69,6 (± 10,108)	53,3% mulheres 46,7% homens

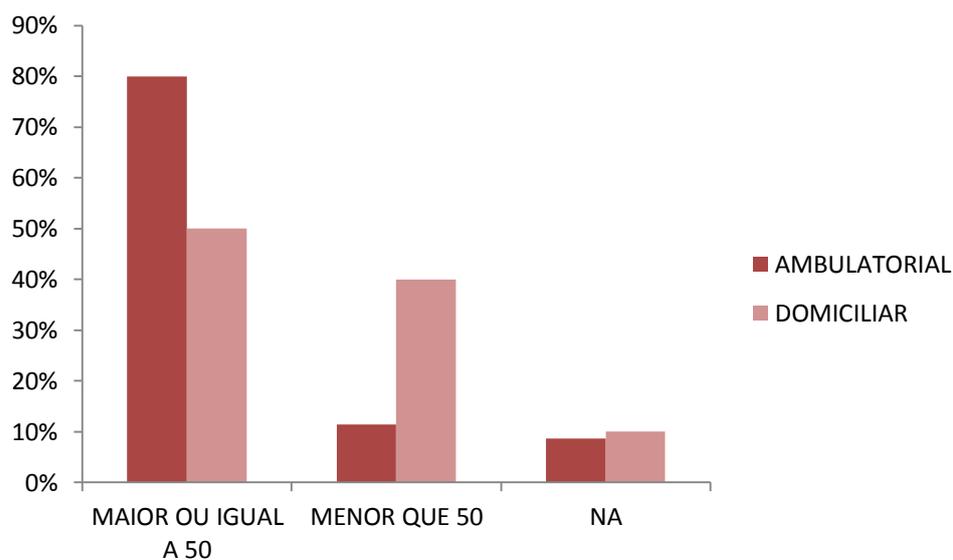
Na análise dos diagnósticos foi observado que no total, 94% dos pacientes eram oncológicos e 6% dos pacientes possuíam diagnóstico não oncológico. Dentre os ambulatoriais tivemos 95,7% de pacientes oncológicos e 4,3% de pacientes não oncológicos. Dentre os domiciliares foi encontrado que 90% dos pacientes eram oncológicos e 10% dos pacientes eram não oncológicos.

No gráfico 1 está representado o KPS dos paciente atendidos, dividindo-o em KPS maior ou igual a 50%, KPS menor que 50% e os pacientes que não tinham essa informação disponível no prontuário (NA = não se aplica). Nele podemos perceber que em torno de 70% dos pacientes possui KPS maior ou igual a 50% quando analisamos o todo.



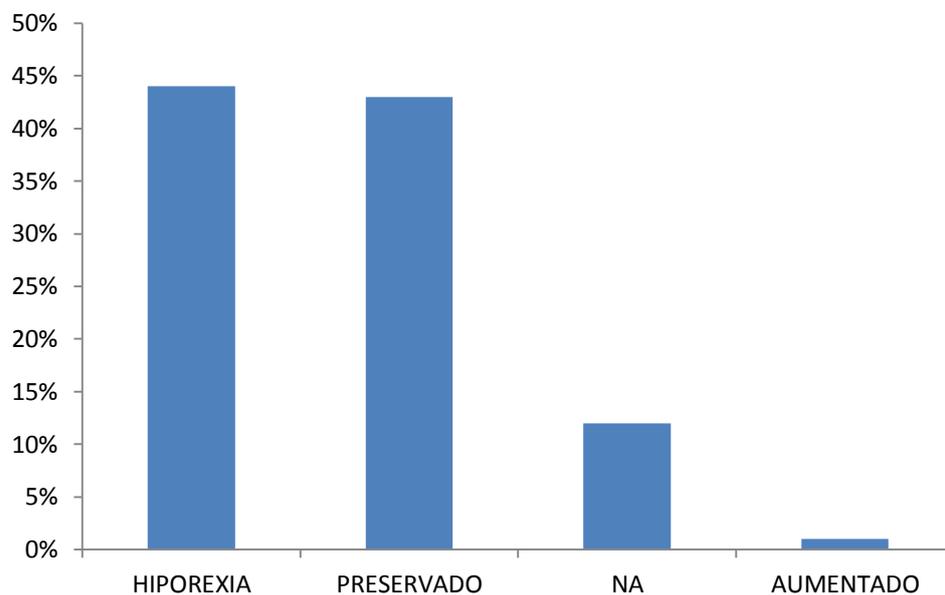
**Gráfico 1 – KPS pacientes atendidos (n=100)**

No gráfico 2 está representada a classificação do KPS dos pacientes, subdividindo-os em atendimentos ambulatoriais e domiciliares. Desta forma, conseguimos constatar que quase metade dos pacientes domiciliares possui o KPS menor que 50%, demonstrando assim uma pior funcionalidade e um pior prognóstico, em comparação com o paciente ambulatorial que possui cerca de 10% dos pacientes nesta classificação.



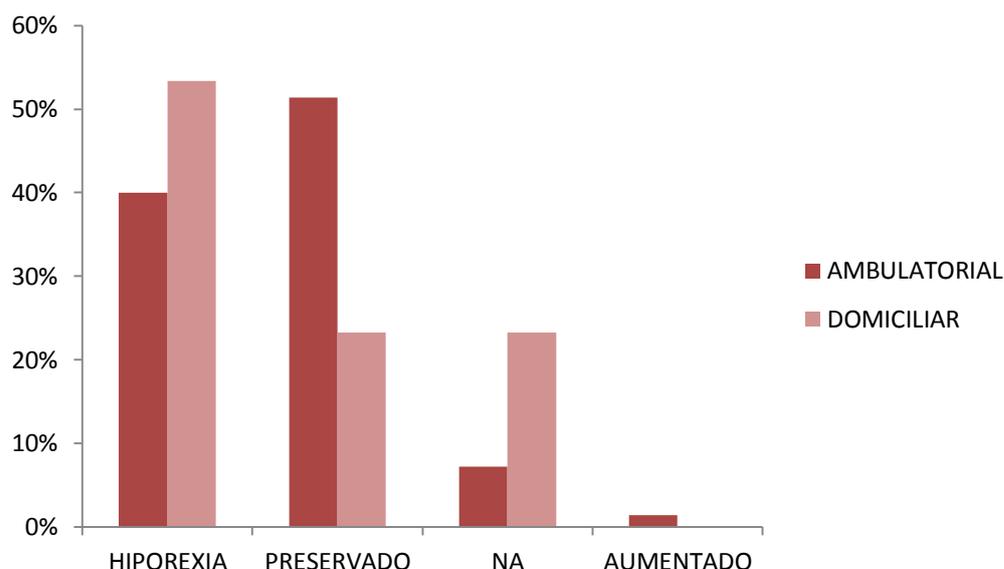
**Gráfico 2 – Classificação KPS pacientes, subdivididos em ambulatoriais (n=70) e domiciliares (n=30)**

Na análise em relação ao apetite dos pacientes, verificamos que quase metade da amostra apresentava diminuição no apetite (Gráfico 3).



**Gráfico 3 – Classificação do apetite dos pacientes (n=100)**

Na avaliação do apetite por tipo de atendimento, observa-se diminuição de apetite predominantemente em pacientes atendidos em domicílio, atingindo mais da metade do grupo (Gráfico 4).



**Gráfico 4 – Distribuição da classificação do apetite entre pacientes ambulatoriais (n=70) e pacientes domiciliares (n=30)**

A ingestão alimentar dos pacientes foi avaliada considerando ingestão alimentar preservada, ingestão alimentar diminuída, ingestão alimentar realizada exclusivamente através de terapia nutricional enteral ou gastrostomia e NA. Os resultados mostram que quase metade dos pacientes atendidos domiciliarmente possui ingestão alimentar diminuída, além de apresentar mais pacientes com suporte nutricional quando comparado com os ambulatoriais (Tabela 2).

**Tabela 2 – Ingestão alimentar e uso de suporte nutricional**

	Ingestão Preservada	Ingestão Diminuída	Terapia Nutricional	NA
<b>Total (n=100)</b>	38%	38%	22% (16% enteral, 6% gastrostomia)	2%
<b>Ambulatorial (n=70)</b>	42,9%	37,1%	20% (12,8% enteral, 7,2% gastrostomia)	0
<b>Domiciliar (n=30)</b>	26,7%	40%	26,7% (23,3% enteral, 3,4% gastrostomia)	6,6%

A grande maioria dos pacientes relatou não utilizar suplemento nutricional, abrangendo 69% dos pacientes, enquanto somente 29% relataram utilizar e 2% NA, considerando o n total. Quando subdividimos em atendimento ambulatorial e domiciliar essa realidade se manteve, sendo que 71,4% e 63,3% dos pacientes não utilizavam, respectivamente.

A análise do IMC dos pacientes mostrou que além do risco nutricional que 100% deles apresentam devido à doença de base, entre outros agravantes, a maior parte deles estava desnutrida quando analisada no grupo total, no ambulatorial, ou no domiciliar, sendo 59,18%, 59,45% e 58,3% dos pacientes, respectivamente.

Os principais sinais e sintomas apresentados durante as consultas e que possuem influência no estado nutricional estão elencados em ordem decrescente na tabela 3. O que chama a atenção neste ponto é a alta incidência de sinais e sintomas que influenciam diretamente o consumo alimentar e, por conseguinte o estado nutricional, porém necessitam de outro profissional da saúde para serem controlados, como a dor e a dispneia, por exemplo. Dentre os sinais e sintomas com condutas nutricionais diretas, temos em destaque a xerostomia, a constipação, a náusea, a alteração do paladar, a disfagia, o empachamento e a saciedade precoce.

**Tabela 3 – Frequência de sinais e sintomas com maior interferência no estado nutricional**

<b>Total (n=100)</b>	<b>Ambulatorial (n=70)</b>	<b>Domiciliar (n=30)</b>
60% fadiga/astenia	55,7% fadiga/astenia	70% dor
45% dor	35,7% xerostomia	70% fadiga/astenia
32% xerostomia	34,3% dor	50% dispneia
30% constipação	31,4% constipação	46,6% sonolência
27% sonolência	25,7% alteração do paladar	30% náusea
26% náusea	24,3% náusea	30% disfagia
24% dispneia	24,3% empachamento	26,6% constipação
24% alteração paladar	22,8% saciedade precoce	23,3% xerostomia
22% empachamento		20% alteração do paladar
20% saciedade precoce		

As condutas tomadas nos atendimentos revelam que o foco da atenção nutricional do paciente em Cuidados Paliativos é o controle de sinais e sintomas, além da tentativa de manutenção/recuperação do estado nutricional através de

orientações sobre consumo alimentar, suplemento, terapia nutricional, entre outros, e a constante busca pelo conforto, bem-estar e prazer através da alimentação (Tabela 4).

**Tabela 4 – Condutas tomadas nos atendimentos nutricionais**

<b>Total (n=100)</b>	<b>Ambulatorial (n=70)</b>	<b>Domiciliar (n=30)</b>
39% orientação para sinais e sintomas	44,2% orientação em relação à ingestão alimentar	36,6% orientação para sinais e sintomas
38% orientação em relação à ingestão alimentar	40% orientação para sinais e sintomas	23,3% orientação em relação à ingestão alimentar
27% orientação em relação ao consumo hídrico	30% orientação em relação ao consumo hídrico	20% orientação em relação ao consumo hídrico
20% alternativas laxativas	21,4% alternativas laxativas	20% alimentação como forma de prazer, bem-estar e conforto
13% orientação sobre suplemento nutricional	11,4% esclarecimento de dúvidas/orientações específicas	16,6% acolhimento
11% sem demanda	8,6% sem demanda	16,6% sem demanda
10% esclarecimento de dúvidas/orientações específicas	7,1% orientações terapia nutricional	16,6% alternativas laxativas
9% alimentação como forma de prazer, bem-estar e conforto	5,7% processo retirada gratuita dieta/suplemento	10% orientação terapia nutricional
8% orientação terapia nutricional	4,3% alimentação como forma de prazer, bem-estar e conforto	10% processo retirada gratuita dieta/suplemento
7% processo retirada gratuita dieta/suplemento		6,6% esclarecimento de dúvidas/orientações específicas
5% acolhimento		

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou a atenção nutricional ambulatorial e domiciliar em um serviço de Cuidados Paliativos em hospital de alta complexidade.

Nesse sentido foi possível constatar que o perfil de atendimento neste serviço é de pacientes oncológicos e idosos. Em relação ao gênero, a amostra mostrou-se homogênea. Essa mesma realidade foi encontrada por Gagnon et al., em 2013, que recrutou 131 pacientes com câncer, verificando que a idade média entre eles era de 59,9 ( $\pm 13,0$ ), enquanto a encontrada neste estudo foi de 64,84 ( $\pm 13,447$ ). Já a

variação de gênero no estudo de Gagnon et al. foi de 50,4% de homens e 49,6% de mulheres, e no presente estudo 52% de homens e 48% de mulheres. No que concerne o diagnóstico, fica evidente nos estudos com Cuidados Paliativos, que os pacientes oncológicos são a maioria entre eles, porém Cuidados Paliativos não é sinônimo de paciente oncológico. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) de 2008, todo paciente que possua uma doença ativa, progressiva e que ameace à continuidade da vida deve ser incluído nos Cuidados Paliativos. Nossos dados vão de encontro com esse fato, pois 94% dos pacientes apresentavam uma doença oncológica. Devido a isso, muitas vezes iremos nos referir ao paciente em Cuidados Paliativos como sendo um paciente oncológico.

Escalas são utilizadas para classificação funcional, dentre elas a mais empregada, principalmente nos pacientes oncológicos, é a *Karnofsky Performance Status* (KPS), conhecida por classificar os pacientes de acordo com o grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais. Atua como importante ferramenta para comparar a efetividade de diferentes terapias e, principalmente, para permitir prognósticos individuais. Quanto menor sua classificação, pior a expectativa de recuperação de enfermidades, retorno às atividades normais, e conseqüentemente, piora na sobrevida. Analisando os atendimentos que continham essa classificação, encontramos que em torno de 70% dos pacientes possuíam KPS maior ou igual a 50% quando olhamos o todo. Porém, quando olhamos somente os domiciliares, constatamos que quase metade dos pacientes possui o KPS menor que 50%, demonstrando assim uma pior funcionalidade e um pior prognóstico, em comparação com o paciente ambulatorial que possui cerca de 10% dos pacientes nesta classificação. Um estudo de Matos e Pulschen, em 2015, corrobora com a hipótese de diminuição da sobrevida, com a diminuição do KPS, demonstrando em seus resultados que os pacientes com KPS menor que 50% apresentaram uma menor funcionalidade física e um escore aumentado para náuseas, vômitos e perda de apetite, quando comparado com os pacientes com KPS maior ou igual a 50%.

Em relação ao estado nutricional, temos que 100% dos pacientes apresenta risco nutricional, devido à doença de base, entre outros agravantes. Além disso, cerca de 60% estavam desnutridos quando analisamos o IMC em todos os grupos. Contudo, a grande maioria dos pacientes relatou não utilizar suplemento nutricional.

Essa realidade é expressa em inúmeros artigos, como e de Segura et al., em 2005, que constatou que 52% dos pacientes com tumores em estágios avançados possuem desnutrição. Já Marín Caro et al., em 2008, revelou que 64% dos pacientes oncológicos são desnutridos, sendo que entre os pacientes em Cuidados Paliativos esse número sobe para 81%.

O paciente com câncer avançado experimenta uma gama de sinais e sintomas que são persistentes, desconfortantes, limitantes e que agridem intensamente o seu bem-estar, impactando negativamente em sua qualidade de vida. A dor tem sido descrita como um dos principais e mais severos dos sintomas referidos em cerca de 70 a 90% dos pacientes com câncer avançado (Green et al., 2009) (Hagen et al., 2008). A fadiga/astenia é um sintoma subjetivo relatado pelo paciente como uma sensação de cansaço físico, emocional e cognitivo, que pode estar relacionado ao câncer ou seu tratamento (Echteld et al., 2007) (Gómez et al., 2008) (Giesinger et al., 2011). Um estudo realizado com 977 pacientes com câncer avançado identificou, dentre os sintomas físicos, uma incidência de 57% de fadiga/astenia relatada pelos pacientes que não estavam recebendo cuidados paliativos, com impacto negativo sobre a qualidade de vida (Johnsen et al., 2009). Em nossa prática, mais da metade da população dos atendimentos avaliados apresentaram como queixa principal a fadiga/astenia, seguida pela dor. Quando analisamos somente os atendimentos domiciliares, os dois permanecem em primeiro lugar com 70% da amostra.

Os distúrbios nutricionais fazem parte dos sinais e sintomas que afetam pacientes com câncer avançado, incluindo disfagia, falta de apetite, alterações do paladar e perda de peso, sendo conhecidos preditores de pior qualidade de vida relacionada à saúde (Giesinger et al., 2011) (Roe et al., 2007) (Shahmoradi et al., 2009). Sintomas como dor, náuseas e vômitos comprometem o estado nutricional de cerca de 75% dos pacientes, o que implica aumento da morbimortalidade e diminuição das chances de sobrevida. (Michelone; Santos, 2004). Pacientes com doença maligna avançada, principalmente quando afeta o seguimento cabeça e pescoço, experimentam frequentemente a disfagia. Esse é um sintoma reconhecido como um fator significativamente associado à desnutrição e à desidratação e, conseqüentemente, à diminuição da sobrevida. Corroborando com essa conjuntura, um estudo realizado com 87 pacientes com câncer de cabeça e pescoço apontou

que a prevalência da disfagia foi de, aproximadamente, 51% da amostra. Desses, cerca de 62% evitavam comer diante de outras pessoas, e em torno de 37% revelaram ter sentido vergonha na hora das refeições. (Patiño Pacheco et al., 2005) (Madhusudhan et al., 2009) (García-Peris et al., 2007). O exposto no atual estudo vai de encontro com esses dados, dos sinais e sintomas com relação direta com a nutrição, temos que 32% da amostra apresentava xerostomia, 30% constipação, 26% náusea, 24% alteração do paladar, 22% empachamento e 20% saciedade precoce. Na amostra total 17% apresentava disfagia, porém quando analisamos separadamente os domiciliares, esse número passa para 30%.

Prosseguindo nesta perspectiva, encontramos que 44% dos pacientes apresentavam diminuição do apetite (hiporexia), e este número foi ainda maior quando contemplamos somente os pacientes domiciliares, passando para 53,4%. Esse achado é confirmado pelo estudo de Giesinger et al., em 2011, que ao recrutar 85 pacientes com câncer, encontraram que 61,2% deles apresentavam hiporexia. Relativamente à ingestão alimentar, foi atentado que 42,9% dos pacientes domiciliares possuíam ingestão alimentar diminuída, além de apresentarem mais pacientes com suporte nutricional (26,7%, sendo 23,3% enteral, 3,4% gastrostomia), quando comparado com os ambulatoriais (20%, sendo 12,8% enteral, 7,2% gastrostomia).

Quando pensamos no objetivo da atenção nutricional temos que ela pode refletir um papel preventivo, quando busca assegurar as necessidades nutricionais na tentativa de preservar o peso e a composição corporal e retardar o desenvolvimento da desnutrição, porém também atua ativamente auxiliando no controle dos sinais e sintomas e na manutenção da hidratação satisfatória. Além de efetivamente ressignificar o alimento e o ato de se alimentar, possibilitando a redução da ansiedade, aumento da autoestima, bem-estar, conforto e prazer na hora da alimentação (Acreman, 2009) (Benarroz et al., 2009).

Tendo isso em mente, na hora de tomada de decisão sobre qual conduta elencar para cada paciente, precisamos realizar uma avaliação criteriosa do prognóstico e da sobrevivência deste, utilizando de artifícios como o KPS, a história de perda de peso e história nutricional, a presença de sinais e sintomas, as alterações laboratoriais, o estágio da doença, dentre outros. Outro ponto primordial na tomada de conduta é levar em conta as preferências e expectativas dos pacientes e

familiares. (Forrest et al., 2003) (Hauser et al., 2006) (Maltoni et al., 2005) (Ripamonti et al., 2009) (Salpeter et al., 2012) (Stone; Lund, 2007) (Walsh et al., 2002). As condutas tomadas nos atendimentos avaliados revelam que o foco da atenção nutricional dos pacientes em Cuidados Paliativos deste serviço é o controle de sinais e sintomas, além da tentativa de manutenção/recuperação do estado nutricional através de orientações sobre consumo alimentar, suplemento, terapia nutricional, entre outros, e a constante busca pelo conforto, bem-estar e prazer através da alimentação. Porém, para que seja possível que o paciente viva plenamente bem e confortável em todos os aspectos de sua vida, é essencial uma equipe multidisciplinar atuando conjuntamente em busca desse objetivo, pois claramente um paciente que possua uma dor não controlada, não se alimentará bem e não terá uma qualidade de vida satisfatória, por exemplo. Portanto, os profissionais envolvidos devem investigar continuamente intervenções que possam promover alívio de sinais e sintomas, em busca de evidências para subsidiar a prática clínica e promover melhor qualidade de vida desses pacientes (Freire et al., 2014).

## **6. CONCLUSÕES**

A atenção nutricional do serviço de Cuidados Paliativos em um hospital de alta complexidade tem como foco de suas condutas o controle de sinais e sintomas, além da busca pela manutenção/recuperação do estado nutricional e a constante preocupação em relação ao conforto, bem-estar e prazer através da alimentação.

Nossos dados podem contribuir para a caracterização da atenção nutricional em Cuidados Paliativos, auxiliando na construção de uma atenção nutricional mais integral e completa para estes pacientes.

## **REFERÊNCIAS**

Acreman S. Nutrition in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, London, v. 14, n.10, p. 427-431, 2009.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.

American Dietetic Association. Position of the american dietetic association: issues in feeding the terminally ill adult. *J Am Diet Assoc*, v. 2, n. 8, p. 996-1002, 1992.

Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, Desport JC, Colomb V, Dieu L, et al. Standards, options et recommandations: nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif. *Bull Cancer* 2001; 88:985-1006.

Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em Cuidados Paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-1882, sep. 2009.

Bórquez P, Romero C. El paciente oncológico geriátrico. *Rev Chilena Cirugía*. 2007;59(6):467-71.

Bertachini L, Pessini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*. 2006;12(2):231-42.

Caro MMM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr* 2007; 26:289-301.

Consenso Brasileiro de Anorexia / Caquexia. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2011; 3 (3). Suplemento 1.

Consenso nacional de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Hospital do Câncer I, Serviço de Nutrição e Dietética; organização Nivaldo Barroso de Pinho. – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(3):317-23.

Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

Echteld MA, Van Zuylen L, Bannink M, Witkamp E, Van der Rijt CC. Changes in and correlates of individual quality of life in advanced cancer patients admitted to an academic unit for palliative care. *Palliat Med.* 2007;21(3):199-205.

Elliott L, Molseed LL, McCallum PD, Grant B. *The clinical guide to oncology nutrition.* 2nd Ed. Chicago: American Dietetic Association; 2006.

Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, Macdonald N, Mantovani G, Davis M, Muscaritoli M, Ottery F, Radbruch L, Ravasco P, Walsh D, Wilcock A, Kaasa S, Baracos VE. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011 Feb 4. [Epub ahead of print].

Feliciano AB, Moraes SA, Freitas IC. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1575-88.

Forrest LM, et al. Evaluation of cumulative prognostic scores based on the systemic inflammatory response in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *British Journal Cancer, London,* v. 89, n. 6 p. 1028-1030, sept. 2003.

Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):357-67 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

Gagnon B, Murphy J, Eades M, Lemoignan J, Jelowicki M, Carney S, Amdouni S, Dio P, Chasen M, MacDonald N. Interdisciplinary rehabilitation in advanced cancer. *Current Oncology—Volume 20, Number 6, December 2013.*

García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambolor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr.* 2007;26(6):710-7.

Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil --- relato de experiência. 0034-7094/\$ – see front matter © 2013.

Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MHN. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. *Supportive care in cancer, Berlin,* v. 14, n. 10, p. 999-1011, oct. 2006.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.007>.

Giesinger JM, Wintner LM, Oberguggenberger AS, Gamper EM, Fiegl M, Denz H, et al. Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *J Palliat Med.* 2011;14(8):904-12.

Gómez MMN, Caycedo C, Aguillón M, Suárez Ávarez RA. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicol [Internet].* 2008. 20];4(10):177-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670012>.

Green CR, Montague L, Hart-Johnson TA. Consistent and breakthrough pain in diverse advanced cancer patients: a longitudinal examination. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(5):831-47.

Hagen NA, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson LE, Fisher K, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35(2):136-52.

Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med.* 2009;23(6):491-501.

Lefèvre F, Teixeira JJ. O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da esperança na religião. *Mundo Saúde.* 2003;27(1):159-64.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(2):545-53.

Madhusudhan C, Saluja SS, Pal S, Ahuja V, Saran P, Dash NR, et al. Palliative stenting for relief of dysphagia in patients with inoperable esophageal cancer: impact on quality of life. *Dis Esophagus.* 2009;22(4):331-6.

Maltoni M., et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence based clinical recommendations - a study by the steering committee of the european association for palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, New York, v. 23, n. 25, p. 6240-6248, sept. 2005.

Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):738-45.

Marín caro MMM, et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, Madrid, v. 23, n. 5, p. 458-468, sept./oct. 2008.

Martin GB, Júnior LC, Bastos YG. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2005;14(3):85-90.

Matos GDR, Pulschen AC. Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia 2015; 61(2): 123-129 .

Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino Am Enferm. 2004;12(6):875-83.

Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, Aversa Z, Bauer JM, Biolo G, Boirie Y, Bosaeus I, Cederholm T, Costelli P, Fearon KC, Laviano A, Maggio M, Rossi Fanelli F, Schneider SM, Schols A, Sieber CC. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups(SIG) “cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. Clin Nutr. 2010 Apr;29(2):154-9.

Organização Mundial da Saúde. Cancer. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003. 60 p. Disponível em: [http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d\\_cronic.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf).

Patiño Pacheco JH, Garcia Rúa LF, Agudelo LHL, Paternina Agudelo IC, Lugo Agudelo LH, Gúzman T. Calidad de vida de pacientes con obstrucción maligna del esófago, la vía biliar y la vía urinaria sometidos a intervencionismo radiológico paliativo. Iatreia. 2005;18(2):141-59.

Ripamonti CI, Farina G, Garassino MC. Predictive Models in Palliative Care. Cancer, New York, v. 115, n. 13, p. 3128-3134, jul. 2009. Supplement.

Roe JWG, Leslie P, Drinnan MJ. Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. *Palliat Med.* 2007;21(7):567-74.

Salpeter SR., et al. Systematic Review of cancer presentations with a median survival of six months or less. *Journal of palliative medicine, Larchmont*, v. 15, n. 2, p. 175-185, feb. 2012.

Segura A., et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clinical Nutrition*, v. 24, p. 801-814, 2005.

Stone PC, Lund S. Predicting prognosis in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology, Dordrecht*, v. 18, n. 6, p. 971-976, jun. 2007.

Shahmoradi N, Kandiah M, Peng LS. Impact of nutritional status on the quality of life of advanced cancer patients in hospice home care. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10(6):1003-9.

Silva DA, Santos E, Oliveira JR, Mendes FS. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2009;33(3):358-364.

Silvia PB, Lopes M, Trindade LCT e col. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor. São Paulo*, 2010 out-dez;11(4):282-288.

Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Equipe multiprofissional e cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):7-16.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):364-71.

Walsh D., et al. Symptoms and prognosis in advanced cancer. Supportive care in cancer, Berlin, v. 10, n. 5, p. 385-388, jul. 2002.

World Health Organization. Cancer control: knowledge intoaction. WHO guide for effective programmes; module 5.Palliative Care. 2007:3---6. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.