



Nutrição em Cuidados Paliativos

Um olhar prático

Priscila Nogueira Bezan
Nutricionista HCRP
Doutoranda pelo Departamento de Nutrição e Metabolismo

Agradecimentos



Descreva o que é Cuidados
paliativos para você?

Dame Cicely Saunders

- Nasceu em 1918 na Inglaterra
- Estudava política, filosofia e economia em Oxford, mas durante a II Guerra Mundial interrompeu seus estudos e foi fazer enfermagem (1944)
- Coursou Serviço social (1947), quando conheceu David Tasma
- 1957 ela se forma em Medicina e em 1959 começa a arrecadar fundos para um Hospice
- Em 1967 funda o “St. Christopher’s Hospice”
- *“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.”*



Dame Cicely Saunders

- Origem do Cuidado Paliativo moderno □ primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965 (Robert Twycross , 1970)
 - Avaliação do uso de opióides de maneira regular.
- Na década de 70, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross nos EUA fez com que o movimento Hospice também crescesse naquele país.
- Cunhou o termo dor total



Cronologia dos Cuidados Paliativos no Mundo

- 1975 – O cirurgião canadense Balfour Mount funda a primeira unidade de Cuidados Paliativos no interior do Royal Victoria Hospital de Montreal
- 1982 – Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países
- 1982 – Os Cuidados Paliativos começam a ser oferecidos na Argentina
- 1990 – OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos
- 2000 – Ministério da Saúde argentino reconhece e normatiza essa especialidade

Desde a década de 1970, os Cuidados Paliativos / Hospices se multiplicaram na Europa, América, Austrália, África do Sul, Ásia, Japão, Taiwan, China e Coréia do Sul

E no Brasil?

- 1983 - Unidade de CP no Rio Grande do Sul
- 1986 - Unidade de CP em São Paulo
- 1986 - Programa de Atendimento aos clientes Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais (Pro-FPTA) no Hospital do Câncer II / INCA, RJ
- 1989 - Unidade de CP em Santa Catarina
- 1989 - Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (**visitas domiciliares**) de Suporte Terapêutico Oncológico (STO)
- 1991 - Unidade de CP no HCI / INCA-RJ
- 1997 - Fundada a **Associação Brasileira de Cuidados Paliativos** (ABCP)
- 1998 - Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) - referência nacional em CP no ensino e treinamento de profissionais e no atendimento aos doentes e familiares
- 2004 - O CSTO passa a ser denominado de Hospital do Câncer IV
- 2008 - Selo de **Acreditação Hospitalar** pela Joint Commission International

Ministério da Saúde consolida formalmente os CP no âmbito do SUS através de Portarias

- Portaria N° 19 (03/01/2002) – Institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- Portaria N° 2439 (08/12/2005) – Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.
- PLS 524/09 - Dispõe do direito das pessoas em fase terminal de doença.
 - O Projeto de Lei, diz em um de seus parágrafos que pessoas em fase terminal de doenças, têm direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à situação. de Referência em Tratamento da Dor Crônica.
- Portaria GM/MS n° 3.681 de 07 de maio de 2024 - Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n°2 de 28 de setembro de 2017.

Ministério da Saúde consolida formalmente os CP no âmbito do SUS através de Portarias

- Princípios da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP):
 - I - Valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;
 - II - Respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
 - III - Respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;
 - IV - Oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;

Ministério da Saúde consolida formalmente os CP no âmbito do SUS através de Portarias

- Princípios PNCP (continuação):
 - V - Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;
 - VI - Início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;
 - VII - Promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;
 - VIII - Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

Ministério da Saúde consolida formalmente os CP no âmbito do SUS através de Portarias

- Princípios PNCP (continuação):
 - IX - Promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;
 - X - Prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
 - XI - Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade;
 - XII - Observância à Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) da pessoa cuidada.
 - DAV engloba dimensões física, psicoemocional, espiritual e social
 - DAV compreende o testamento vital ou registro expresso das preferências

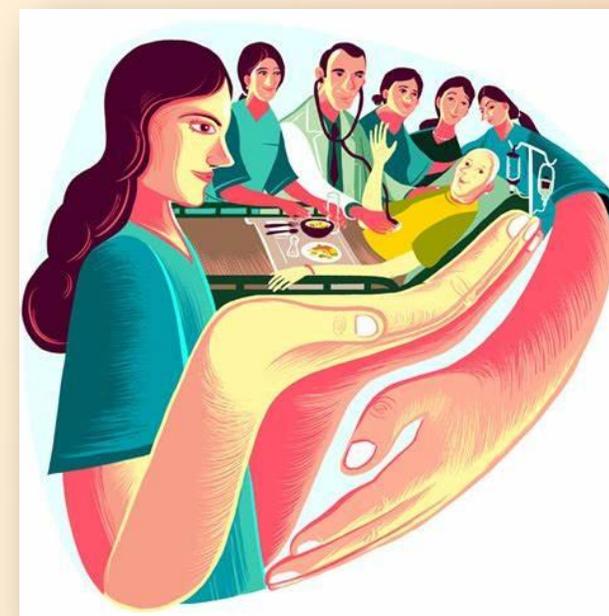
Definição de Cuidados Paliativos

- Uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2007, p.3)



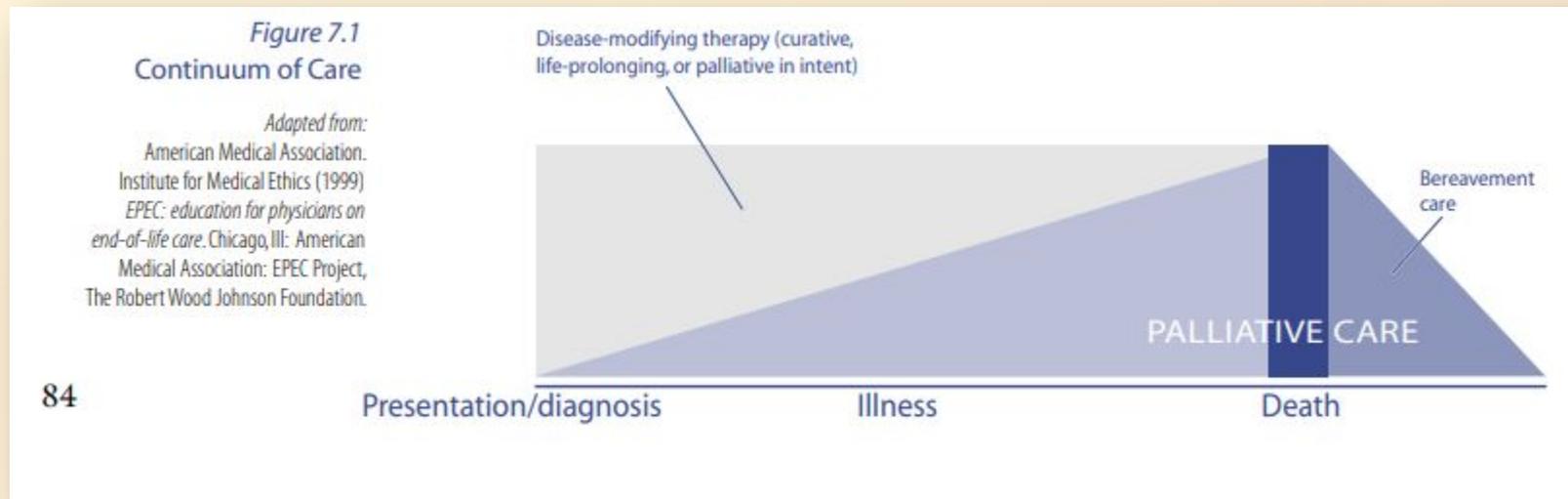
Princípios de Cuidados Paliativos

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas.
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.



Princípios Cuidados Paliativos

- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.



Quando falamos em nutrição/
alimentação, o que te vem à
mente?

Quando pensamos em Nutrição

- Nutrir:

- Prover(-se) de alimento ou de substâncias necessárias ao desenvolvimento; alimentar(-se);
- Produzir alimentos para;
- (Fig.) Ter como sustento, manter-se, sustentar-se;
- Dar educação ou instrução;
- (Fig.) Alimentar em si (sentimento);
- Dar alento ou energia a, revigorar;

- Alimentar:

- Dar ou tomar alimento, prover-se de alimento, nutrir(-se), sustentar(-se);
- Fomentar ou incrementar algo;
- Fornecer assunto a;



Alimentar não se resume em oferecer nutrientes ao organismo



A alimentação diz muito sobre você



Importância do Cuidado Nutricional em Pacientes Paliativos

- Mudanças nos hábitos alimentares
- Sintomas e queixas com repercussão nutricional
- Prejuízo da qualidade de vida



Familiars tem dificuldade em entender que o indivíduo está morrendo em decorrência da doença e não da recusa em se alimentar.

Nutrição em Cuidados Paliativos

Nutrição deve oferecer

- Conforto emocional,
- Prazer,
- Auxiliar na ↓ da ansiedade, no ↑ da autoestima e da independência,
- Permitir uma maior integridade e melhor comunicação com os seus familiares





Avaliação Nutricional

Instrumentos utilizados

- Ambiente hospitalar
 - NRS 2002
 - ASG
 - Medidas e exames complementares quando necessário
- Ambulatorial
 - ASG-PPP

Considerar

- Queixas com repercussão nutricional
- Desconforto causado pelo ato de se alimentar
- Preferências e aversões alimentares
- Funcionalidade do paciente
- Nível de consciência
- Mudanças alimentares e Auto imagem
 - Possíveis impactos psicossociais

Cuidados Paliativos no Paciente Oncológico

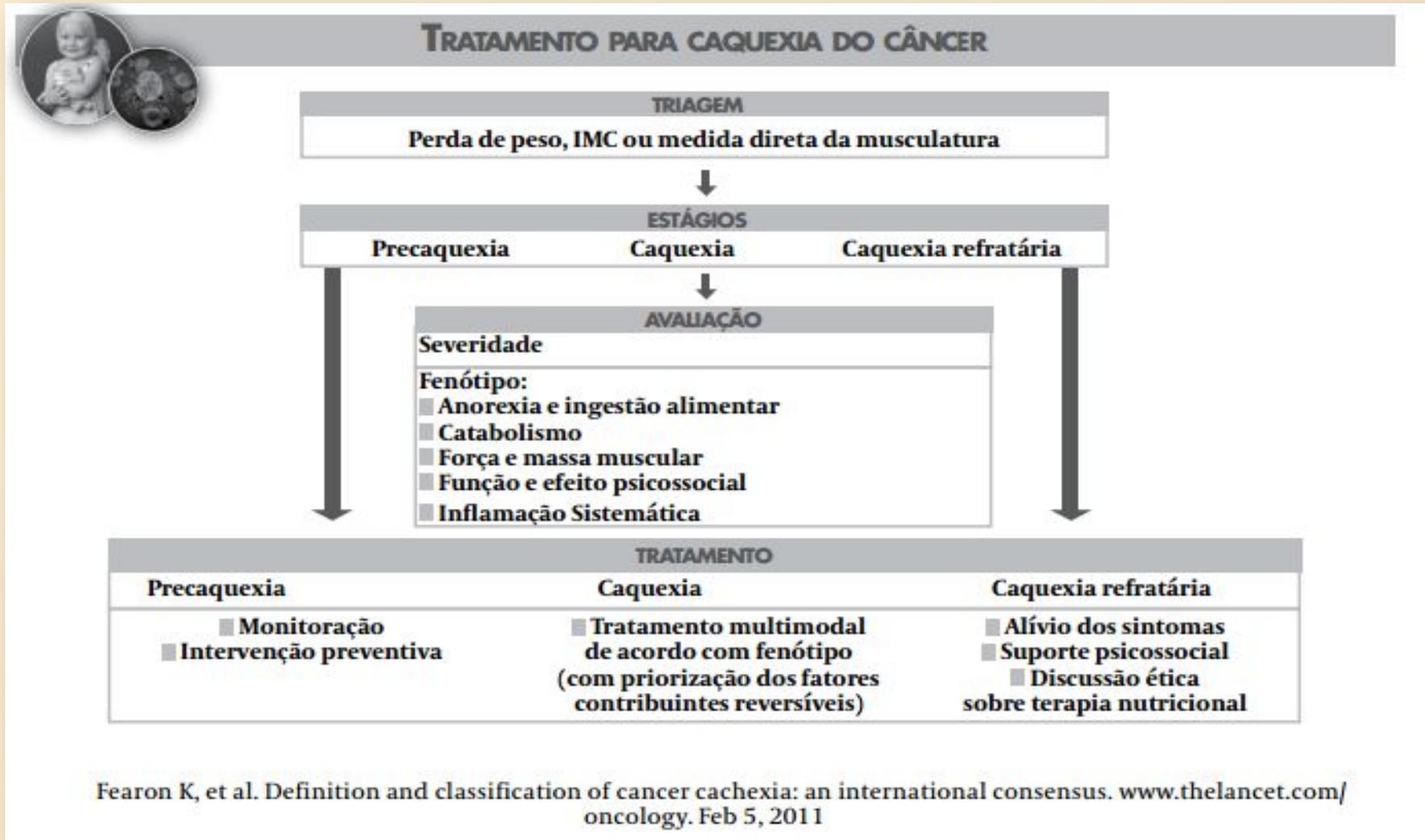
Caquexia e Anorexia

Síndrome multifatorial



Cuidados Paliativos no Paciente Oncológico

Caquexia e Anorexia



Cuidados Paliativos na Demência

As fases evolutivas da demência pela Doença de Alzheimer

Didaticamente, a evolução da demência pela Doença de Alzheimer pode ser dividida em 4 fases, ao longo das quais aumenta o grau de dependência da pessoa doente para as atividades da vida diária⁽⁴⁾ (Figura 1).

Figura 1



Escala de Performance

Tabela 4 – Escala de performance paliativa

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

A ESCALA DE RESULTADOS OU DESEMPENHO DE KARNOFSKY- CRITÉRIOS (%)

A escala de resultados ou desempenho de Karnofsky classifica os pacientes de acordo com o grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais

Ela pode ser utilizada para comparar a efetividade de diferentes terapias e para permitir prognóstico de pacientes individuais.

Quanto menor a classificação na escala, pior a expectativa de recuperação de enfermidades ou retorno às atividades normais.

Apto para atividades normais e trabalho; nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença.
	90	Capacitado para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas.
	80	Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
Inapto para o trabalho; apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e freqüente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializado; doença pode estar progredindo rapidamente.	40	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.
	30	Severamente incapacitado; admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente.
	20	Muito doente; admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.
	0	Morte

Cuidados Paliativos na Demência

- Objetivos do cuidado:
 - Identificar e tratar intercorrências clínicas
 - Estimular o uso da via oral para alimentação
 - Reconhecer a caquexia da demência avançada
 - Manter a integridade da pele
 - Assegurar o funcionamento intestinal adequado
 - Otimizar a utilização de fármacos
 - Trabalhar em equipe multi interdisciplinar
 - Reconhecer os distúrbios do comportamento
 - Maximizar e manter a capacidade funcional
 - Oferecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares



Cuidados Paliativos na Demência

- Constipação □ desconforto e agitação
- Desafio em manter o estado nutricional
 - Na fase final há intenso catabolismo
 - Adequação da consistência e do teor dos alimentos
 - Vários fatores interferem na aceitação da dieta
 - Próteses dentárias
 - Disfagia □ essencial acompanhamento fonoaudiológico



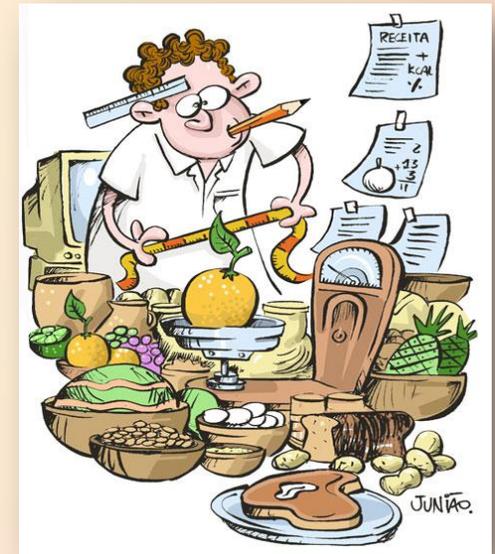
Terapia Nutricional

Necessidades Nutricionais

- Calorias e proteínas para pacientes em cuidados paliativos (BOSEAUS et al., 2005; MALTONI et al., 2005; OH, et al., 2007; RAVASCO et al., 2007; HULTTON et al., 2006)
- Necessidade hídrica (EBERHARDIE, 2002)
- Cálculo realizado X Ingestão e Administração

Adequações

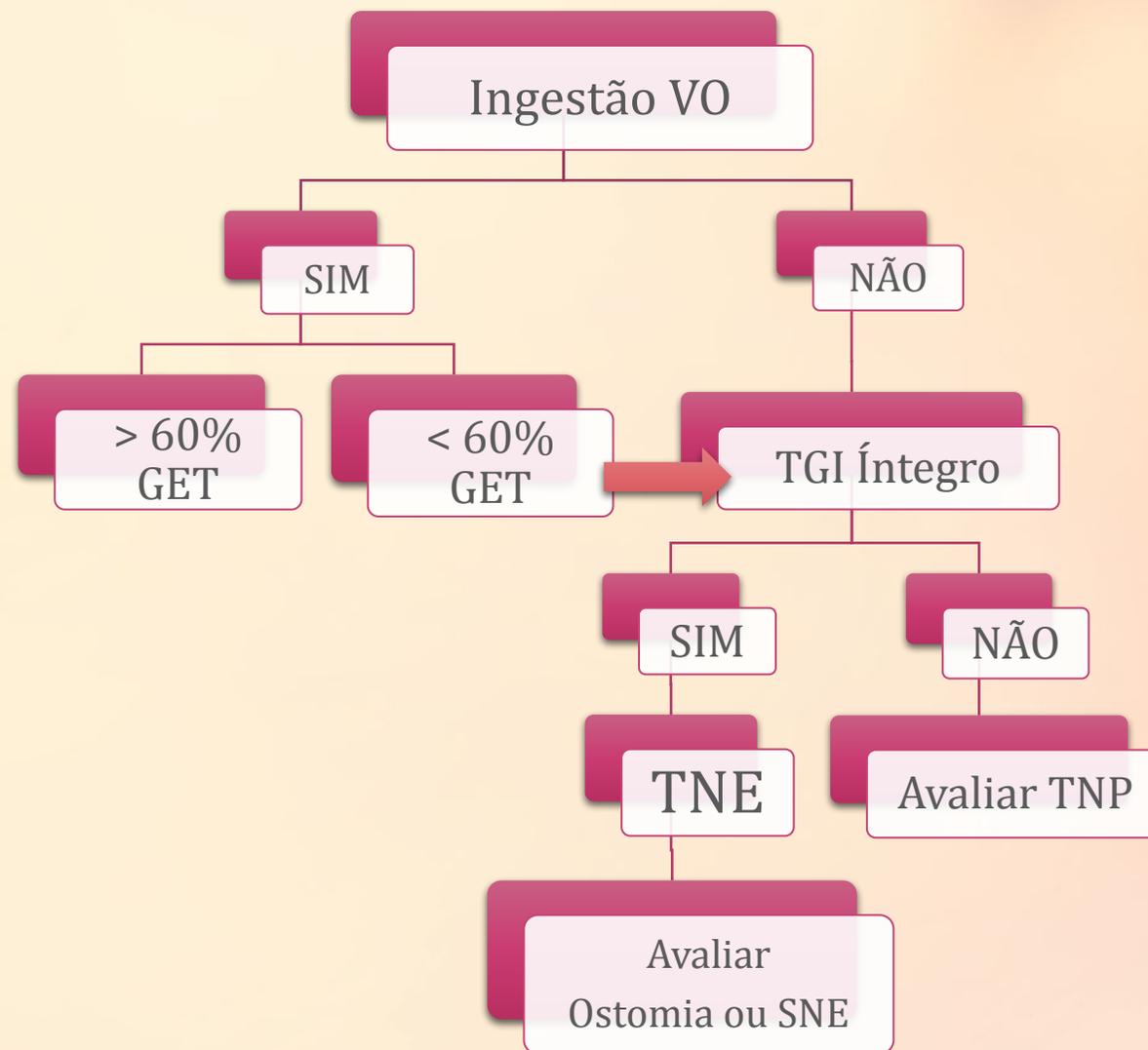
- Tolerância e aceitação do paciente
- Consistência e temperatura dos alimentos
- Horários das refeições



Indicação de TNE

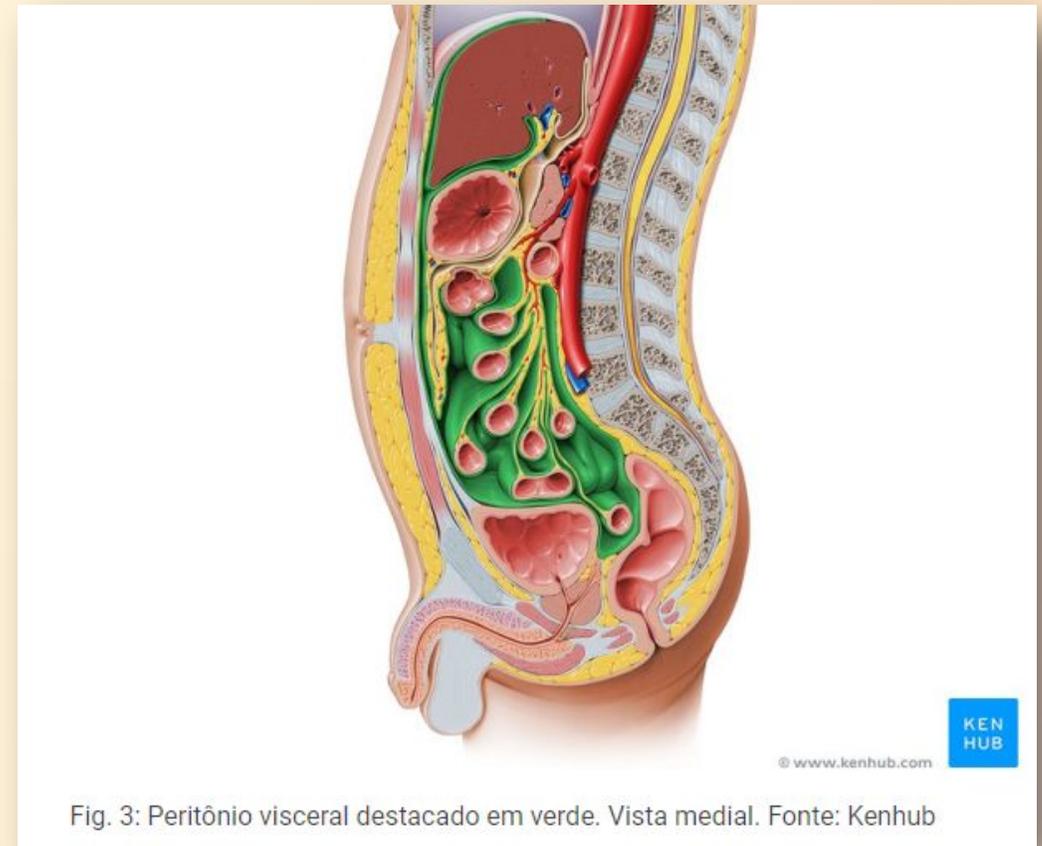
Considerar

- Condição clínica, Performance, Sintomas, Expectativa de vida, Estado nutricional, Condições e aceitação de alimentação VO, Estado psicológico, Integridade do TGI



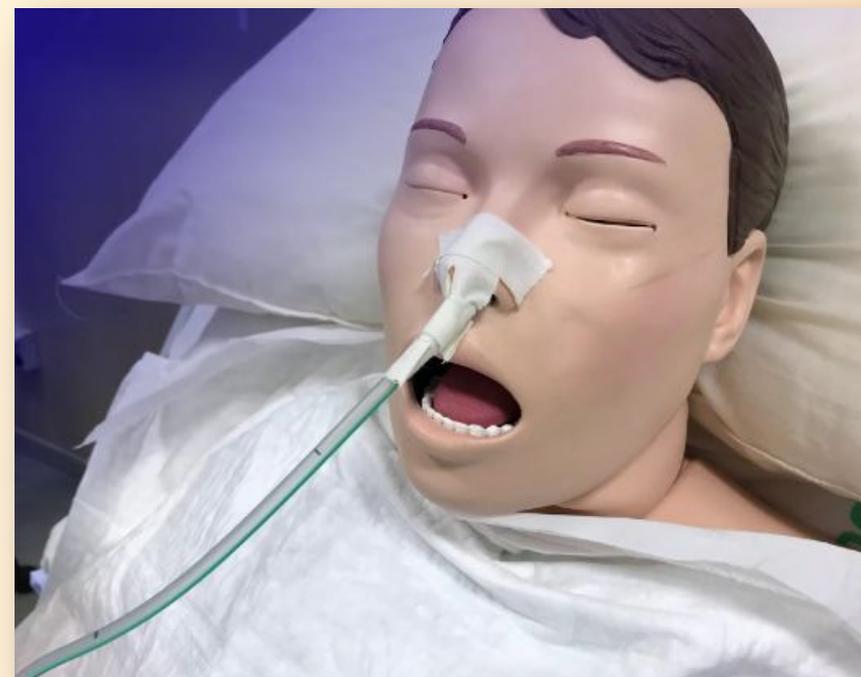
Considerações extras para TNE

- Desejo do paciente
- Carcinomatose peritoneal
- Gastroparesia
- Íleo paralítico
- Constipação intestinal
- Obstrução intestinal



Drenagem com SNG

- Obstrução intestinal
- SNG para controle de sintomas (vômito)
- Paciente se alimenta, mas há a drenagem depois
- Adequar a consistência dos alimentos



Manejo de síntomas

Recomendações simples para melhorar ingestão alimentar e aporte nutricional

1. Fracionar as refeições
2. Evitar restrições alimentares
3. Cheiro da comida e utensílios adequados
4. Aporte calórico das preparações
5. Consistência dos alimentos



Recomendações simples para melhorar ingestão alimentar e aporte nutricional

6. Bebidas e temperos

7. Monotonia alimentar

8. Medicações e Atividade física

9. Momento de convívio social e de prazer

10. Fome e Alimentação



Manejando sintomas

Xerostomia



Disgeusia ou Hipogeusia



Sálvia ou Salva



Manjeriçã ou Basilico



Salsa



Coentros



Aneto ou Endro



Cebolinho



Poejo



Orégãos frescos



Orégãos secos



Louro fresco



Louro seco



Tomilho



Hortelã



Funcho



Alecrim

Manejando sintomas

Mucosite



Refluxo



Manejando sintomas

Náusea e vômito



Disfagia

Líquidos	Sólidos
 <p>Consistência tipo Néctar: Líquido espessado. Pode beber com ajuda de um canudo. Pode beber diretamente em um copo/ caneca.</p>	<p>Textura A - Macio Os alimentos devem ser naturalmente ma- cios ou devem ser cozidos ou cortados para alterar sua textura.</p>
 <p>Consistência tipo Mel: Pastoso fino. Não pode beber com um canudo. Pode beber diretamente em um copo/ caneca.</p>	<p>Textura B - Moída e Úmida O alimento é macio e úmido, facilmente amassado com o garfo. Os grumos/pedaços são lisos e redondos.</p>
 <p>Consistência tipo Pudim: Pastoso grosso. Deve ser tomado com uma colher.</p>	<p>Textura C - Purê Homogêneo e Liso Os alimentos são lisos, homogêneos, úmidos e sem grumos ou pedaços. Pode ter aparên- cia granulosa/farinácea.</p>

NDD, 2002. National Dysphagia Diet padroniza as modificações dietéticas para alcançar um gerenciamento efetivo.

Manejando sintomas

Saciedade precoce



BEBIDAS ALCOÓLICAS



BEBIDAS GASOSAS (REFRIGERANTES)



Constipação



Manejando sintomas

Diarreia



Flatulência

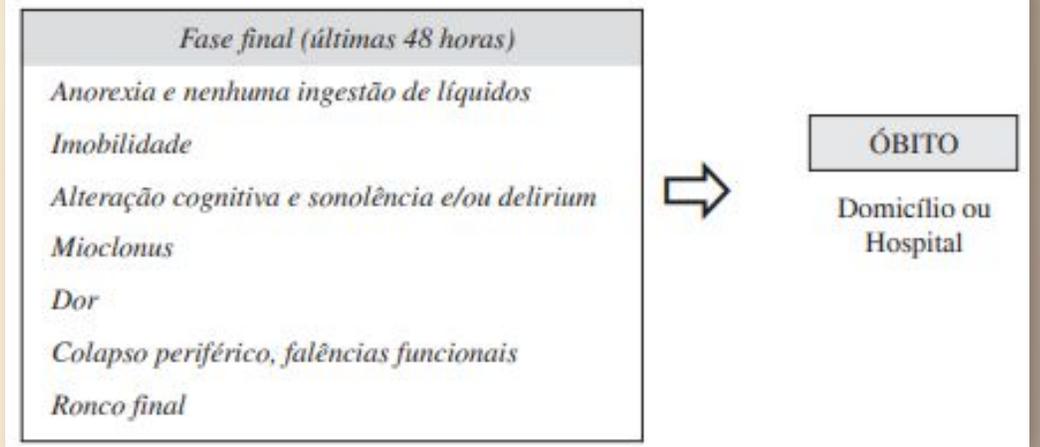


Últimas 48 h

Últimas 48h

- Anorexia é fisiológica □ Atividades metabólicas estão diminuídas
- Imobilidade muito comum no fim de vida
- Sonolência presente
- Delirium terminal, frequente em 80% pacientes com câncer avançado na última semana
- Mioclonus □ abalos musculares involuntários
- Dor □ pode ser refratária no fim de vida

Quadro 1 - Quadro clínico mais comum das últimas horas



Últimas 48h

- SNE pode ser iatrogênica.
- Hidratação deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas.
 - Recomendação é de 1000 ml de solução isotônica via subcutânea.
- Hidratar os lábios com gaze molhada e ou gelo pode ser confortante.



Muitos sintomas desconfortáveis podem ser controlados com carinho, interesse e técnicas médico-científicas.

Questões Bioéticas

- De quem é a decisão de manter ou não a oferta de alimentos?
- Há algum benefício ao paciente?
- Haverá algum prejuízo ao paciente?





Questões Bioéticas

- O que fazer diante da recusa alimentar da fase final de demência?
 - Evolução da doença □ disfagia, anorexia progressiva e a consequente sarcopenia
 - SNE ?!?!?!?
 - Gastrostomia ?!?!?!?





Questões Bioéticas

- Respeitar a recusa alimentar da pessoa com demência avançada
 - Pessoa deve ditar a quantidade e o horário do alimento que deseja receber
 - Não existe restrição dietética
- O foco deve ser o cuidado da pessoa, e não de um determinado órgão ou sistema que já se encontra em condição de falência evidente
- Parar de comer é uma das mais tranquilas e confortáveis formas de morrer
- A família precisa estar devidamente orientada sobre isso



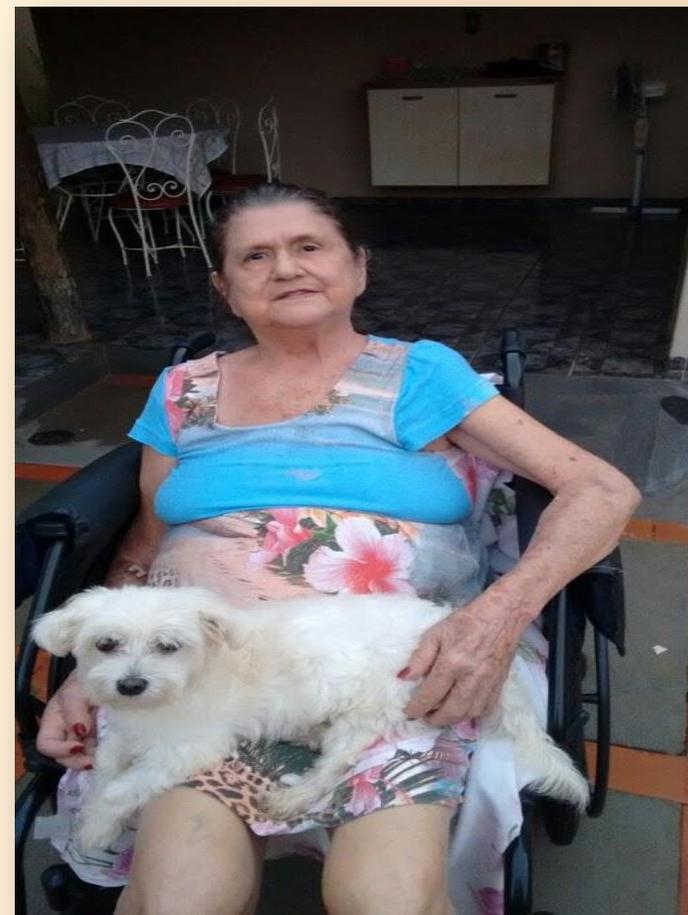
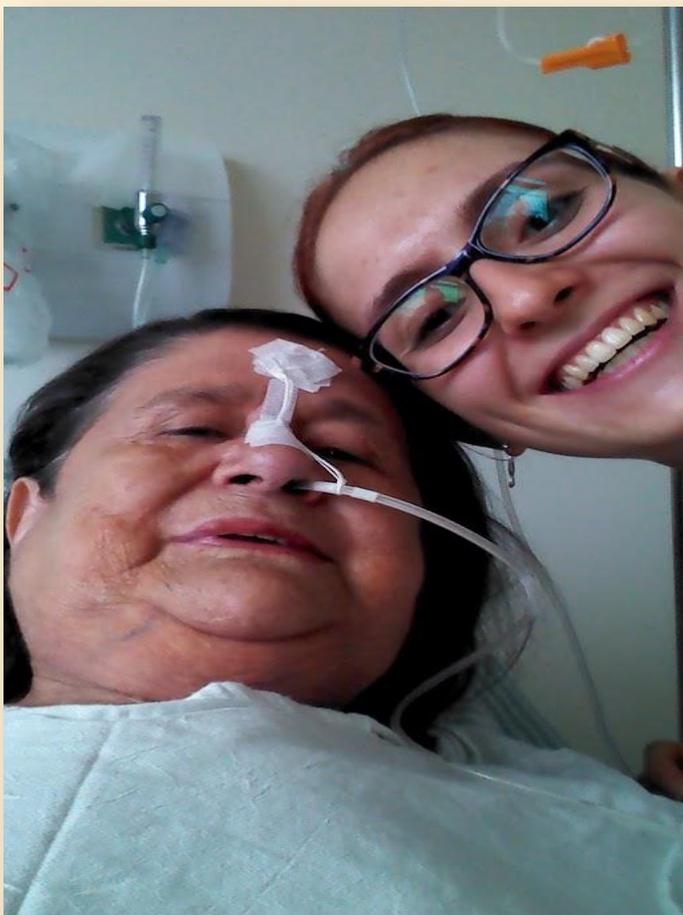
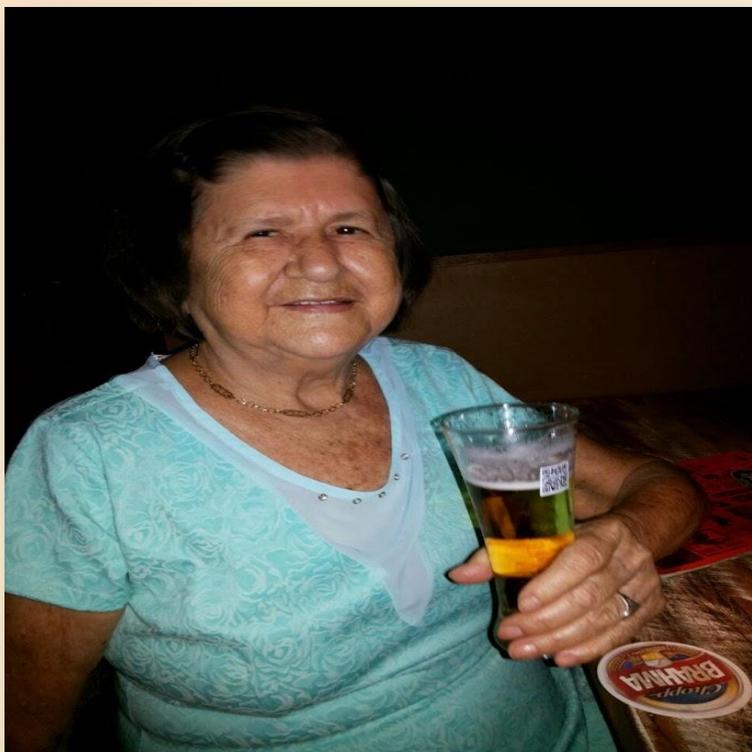


Questões Bioéticas

- Alimentação de conforto (*Confort Feeding Only* – CFO)
 - Meios minimamente invasivos
 - Satisfação
 - Alimentação manual cuidadosa



Minha vivência em casa





OBRIGADA!

“Se quiseres poder suportar a vida, fica pronto para aceitar a morte.” Sigmund Freud

pnbezan@hcrp.usp.br

Referências

- PREVOST V. & GRACH M.C. Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. (2012) European Journal of Cancer Care 21, 581–590.
- PONTALTI, G.; ET AL. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. HCPA, 2012;32(2).
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Ministério da saúde. 2009
- Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). Consenso Brasileiro de Caquexia Anorexia em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos 2011; 3 (3) - Suplemento 1
- Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009.
- Federação Brasileira de Gastroenterologia. Refluxo Gastroesofágico: Diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. 2003.
- Silva Filho SRB, Lôbo RR, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Cuidados paliativos em enfermaria de clínica médica. Medicina (Ribeirão Preto) 2010;43(2):126-33
- Eric J. Palecek, Joan M. Teno, David J. Casarett, Laura C. Hanson, Ramona L. Rhodes, and Susan L. Mitchell. Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 March ; 58(3): 580–584.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). [National cancer control programmes: policies and managerial guidelines](#). 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

- Ana Luisa Zaniboni Gomes e Marília Bense Othero. Medicina. Estud. av. 30 (88). Sep-Dec 2016 .
<https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>