

**Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: Aspectos bioéticos****Nutrition in oncological palliative care: Bioethics**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-134

Recebimento dos originais: 21/06/2020

Aceitação para publicação: 21/07/2020

**Ábner Souza Paz**

Mestre em Cirurgia

Nutricionista Oncológico, Mestre em Cirurgia, Doutorando em Imunologia Básica e Aplicada-UFAM. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas, FCECON, Manaus, Brasil. Rua Francisco Orellana, 215 – Planalto – CEP: 69040-10 – Manaus – AM  
E-mail: abnernutri@hotmail.com

**Beatriz Fiuza Gondim da Silva**

Acadêmica de Nutrição

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas, (FCECON), Manaus, Brasil.  
Rua Francisco Orellana, 215 – Planalto – CEP: 69040-10 – Manaus – AM  
E-mail: fiuza\_beatriz@yahoo.com.br

**Samara Santarém Martins**

Mestre em Ciências da Saúde

Nutricionista Clínica, Mestre em Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Brasil. Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200 - Coroado I, Manaus - AM, 69067-005  
E-mail: sassamara@hotmail.com

**RESUMO**

Os cuidados paliativos possuem quatro conceitos cardinais: o cuidado, a compaixão, a empatia e a justiça. Estas particularidades estão interligadas e estimulam a sensibilidade, o respeito, a generosidade e até mesmo o sacrifício. A partir dos conceitos de cuidados paliativos salientados, mostrou-se muito relevante analisar o que a literatura científica traz de informações sobre cuidados paliativos, respeitando a bioética, especialmente em relação à nutrição. Esta pesquisa tratou-se um estudo exploratório, através de revisão bibliográfica não sistemática, sem restrição de ordem cronológica para a busca. Foi realizada revisão a partir de livros e por meio de bibliotecas eletrônicas, como o Scielo Brasil, o Lilacs, o Pubmed. Por fim, observou-se pela análise dos dados bibliográficos, que as decisões a serem tomadas envolvem sempre diversos “atores”, que precisam ser cautelosos ao decidirem agir ou deixar de agir, respeitando sempre os quatro princípios bioéticos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

**Palavras-chave:** Terapia nutricional, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, Bioética. Câncer.

**ABSTRACT**

Palliative care has four cardinal concepts: care, compassion, empathy, and justice. These particularities are intertwined and stimulate sensitivity, respect, generosity and even sacrifice. From the concepts of palliative care highlighted, it was very relevant to analyze what the scientific literature

brings information about palliative care, respecting bioethics, especially in relation to nutrition. This research was an exploratory study, through non-systematic bibliographic review, without chronological order restriction for the search. A review was performed from books and through electronic libraries such as Scielo Brasil, Lilacs, and Pubmed. Finally, it was observed from the analysis of the bibliographical data that the decisions to be taken always involve several "actors", who must be cautious in deciding to act or to stop acting, always respecting the four bioethical principles: autonomy, beneficence, not maleficence and justice.

**Keywords:** Nutritional therapy, Palliative care in the terminality of life, Bioethics, Cancer.

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são condutas adotadas de fundo não curativas aplicadas em pacientes em fim de vida oncológicos ou não, cuja progressão da doença provoca sinais e sintomas debilitantes e causadores de sofrimento ao doente<sup>1</sup>. O paliativismo não visa à cura da doença e pode ser indicado e aplicado independentemente do prognóstico da doença, muitas vezes sendo preconizado mesmo no ato diagnóstico, o que também torna possível ser usado em conjunto com o tratamento curativo. A prioridade dos cuidados paliativos é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos doentes e seus familiares<sup>1</sup>. Os cuidados paliativos possuem quatro conceitos cardinais: o cuidado, a compaixão, a empatia e a justiça. Estas particularidades estão interligadas e estimulam a sensibilidade, o respeito, a generosidade e até mesmo o sacrifício<sup>2</sup>.

De acordo com Silva<sup>3</sup>, essa modalidade de atendimento ao paciente em fim de vida surgiu em questionamento ao modelo tradicional de cuidados onde as doenças eram tratadas até o final da vida com o objetivo de tentar alcançar a cura a todo custo, sem levar em consideração o sofrimento e os desejos do paciente. Uma doença é considerada terminal quando não responde a nenhum tratamento disponível e pode levar o indivíduo à morte em curto tempo, baseando-se no melhor diagnóstico disponível<sup>3</sup>.

No contexto chamado de cuidados paliativos, a nutrição começou a ter um enfoque não apenas de sustentadoras da vida, mas de variáveis que podem ou não promover o conforto do paciente<sup>5</sup>. Quando se fala em terapia nutricional em cuidados paliativos, diz-se respeito ao oferecimento de alimentação oral, enteral ou parenteral, bem como ao efeito que essas terapias podem fazer na qualidade de vida do paciente em fim de vida<sup>4,5</sup>. Por exemplo, pacientes com câncer avançado cursam com sinais e sintomas como náuseas, vômitos, disgeusia, plenitude gástrica, anorexia, caquexia, fraqueza e dispneia<sup>5</sup>.

A visão holística/filosófica dos cuidados paliativos está pautada em princípios básicos que são: valorizar a vida e considerar a morte como um processo natural; nem abreviar e nem prolongar a vida. Sua prática, entretanto, é um desafio que demanda assistência de uma equipe multidisciplinar treinada

e capacitada ao atendimento humanizado nesse contexto<sup>6,7,8,9</sup>. Cada profissional integrado à equipe de CP decidirá junto com a família e o próprio paciente qual será a melhor conduta a ser tomada<sup>10,11</sup>.

A medicina do ocidente tem dado ênfase muito a qualidade de vida<sup>12</sup>, difícil de ser obtida e definida, pois é um conceito multidimensional, dinâmico e subjetivo<sup>13</sup>. Porém, é de conhecimento científico que, assim como o bem-estar, está associada à saúde e não à doença. Segundo a OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e interesses<sup>13</sup>. Levando-se em consideração esses conceitos, percebemos que, apesar da doença, é possível minimizar o sofrimento valendo-se de cuidados ativos<sup>7</sup>.

## **2 CUIDADOS PALIATIVOS: OLHANDO POR OUTRO ÂNGULO**

Os cuidados paliativos transcendem um modelo assistencial padrão, pois descrevem uma abordagem holística<sup>13,10</sup>. São pautados na humanização do atendimento mediante a capacitação de profissionais, familiares e/ou cuidadores para lidarem com o doente, no suporte terapêutico até o final da vida<sup>6,9</sup>, e em cuidados preventivos na dor, no controle de sinais e sintomas e nas perdas psicossociais<sup>9,10</sup>. Essas ações não têm como objetivo esgotar as possibilidades de tratamento, como na medicina conservadora, a qual utiliza toda tecnologia médica para prolongar o processo de morrer, procedimento este caracterizado como futilidade ou obstinação terapêutica (distanásia)<sup>14,15,16</sup>.

Os cuidados paliativos tratam frequentemente o tema bioética, porquanto lidam com a dor, a perda, o sofrimento e a morte<sup>8,34,16,21</sup>. Nessa concepção, o paciente, ainda que sem possibilidade de cura ou em fase terminal, deve ser tratado com dignidade<sup>8,16,17</sup>.

O novo cenário de avanço tecnológico, o aumento da expectativa de vida, a integração entre perspectivas e a formação profissional mais humanizada, diferenciada, pautada na ética, na biologia e no respeito à vida<sup>19</sup>, buscam a dignidade humana e a qualidade de vida, adequando ações que envolvem a vida e o viver<sup>17,20</sup>. Esses conceitos, inerentes ao ser humano, constam na Declaração Universal dos Direitos Humanos como sendo o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo<sup>54</sup>.

O paciente, como ser biopsicossocial e espiritual, demanda cuidado integral e humanizado na assistência<sup>20,21</sup>. O conhecimento científico-tecnológico, respaldado nos preceitos sustentadores da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), aplicada na prática clínica<sup>18,22</sup> como norteadora de decisões, deve ser considerado em prol da qualidade de atendimento ao paciente.

A partir dos conceitos de cuidados paliativos que acabamos de salientar e com olhos nos

princípios bioéticos que defendem a dignidade do paciente, é possível planejar procedimentos e terapias que ajudem os pacientes terminais a enfrentar os últimos momentos de sua vida de uma maneira menos sofrida e mais confortável <sup>24</sup>. Dessa forma, mostra-se muito relevante analisar o que a literatura científica traz de informações sobre cuidados paliativos, respeitando a bioética envolvida na atuação profissional, especialmente em relação à nutrição, tema este que frequentemente conta com opiniões diversas e divergentes sobre o modelo mais adequado de assistência ao paciente em fim de vida <sup>5</sup>.

### **3 MÉTODO E RECRUTAMENTO LITERÁRIO**

Trata-se um estudo exploratório, por meio de revisão narrativa bibliográfica não sistemática, sem restrição de ordem cronológica para a busca dos documentos e materiais bibliográficos analisados.

Na pesquisa literária utiliza-se fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto. Para a concretização deste estudo de revisão foram identificados os dados existentes sobre a atenção nutricional no cuidado ao paciente em fim de vida oncológico em cuidados paliativos, buscando dar ênfase na questão bioética. Foi realizada revisão bibliográfica a partir de livros e por meio de bibliotecas eletrônicas, como o Scielo Brasil, o Lilacs, o Pubmed.

Este procedimento foi adotado como estratégia facilitadora da preparação, armazenamento e avaliação da produção científica com o tema “Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: aspectos bioéticos”

Foram priorizadas as informações sobre: modelos de assistência ao paciente em fim de vida; princípios bioéticos; bioética e nutrição; interdisciplinaridade do cuidado paliativo e estudos de casos que envolvem a tomada de decisões no cuidado ao paciente em fim de vida. Foram utilizados os seguintes descritores, com marcadores booleanos: “bioética; nutrição no câncer terminal; cuidados paliativos na terminalidade da vida; caquexia e câncer; além outros deles derivados ou diretamente associados. Os dados obtidos foram analisados, comparados e resumidos segundo o tema central.

### **4 DISCUSSÃO E RESULTADOS**

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer-INCA, câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos <sup>25</sup>. Essas células se dividem rapidamente, o que as torna agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo <sup>26</sup>. Quando isso acontece, diz-se que ocorreu uma metástase, e a possibilidade de cura diminui muito. Quando as

células cancerígenas invadem vários tecidos estratégicos e o organismo não responde mais ao tratamento, seja quimioterápico, radioterápico ou outros, indica-se iniciar os cuidados paliativos <sup>25</sup>.

De acordo com publicações recentes do INCA, no Brasil, as estimativas para o ano de 2016 serão válidas também para o ano de 2017 e 2018 e apontam a ocorrência de aproximadamente 596.070 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, desses 49% (205.960) em mulheres e 51% (214.350) em homens, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem contar os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 420.310 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, mama, colorretal, colo do útero, e de pulmão para o sexo feminino, e os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, colorretal e estômago para o sexo masculino <sup>25</sup>.

Para entender a classificação da doença, usamos um sistema de estadiamento do câncer chamado sistema TNM <sup>27</sup>. É um sistema de classificação baseado nas características do próprio tumor, dos linfonodos regionais e em sítios potencialmente metastáticos <sup>28</sup>. Esse sistema é o mais recomendado pelas principais instituições que lidam com o câncer, visto que proporciona uma linguagem comum entre as instituições de vários países, de forma a permitir uma comparação entre as experiências clínicas publicadas <sup>27</sup>. Essa classificação interpreta o estágio de câncer por meio do tamanho e penetração do tumor (T), o comprometimento dos linfonodos (N) e a presença ou ausência de metástase (M) <sup>27</sup>. É um sistema em permanente revisão, de acordo com a informação obtida em bases de dados acerca do acompanhamento de milhares de pacientes tratados em hospitais americanos <sup>27</sup>. Acredita-se que o sistema TNM proporcione informações compreensíveis e reprodutíveis acerca das principais características do tumor e, portanto, de sua relevância prognóstica <sup>27</sup>.

Ademais, existem outros fatores para classificar um paciente como em final de vida. São eles: avanço, progresso e impossibilidade de cura da doença; falta de resposta aos tratamentos oferecidos; aparecimento de sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais e grande impacto emocional da doença no paciente e na sua família <sup>4</sup>. Entretanto, há autores que defendem que “enquanto há vida, há esperança” <sup>29</sup>. Trata-se, então, de uma questão difícil de ser avaliada, pois cada paciente, de acordo com sua doença, possui um “desencadear” específico na própria terminalidade. Não obstante, são diferentes os critérios que classificam o doente como final de vida, conforme a visão de cada autor <sup>29</sup>.

Ainda segundo Buisan <sup>29</sup>, relata que há décadas atrás algumas pessoas começaram a crer que não se deve tentar curar a doença a qualquer custo. Uma dessas pessoas foi a enfermeira inglesa Cicely Saunders, que posteriormente estudou medicina, e foi a principal promotora do movimento britânico “hospice”. Esse movimento diz respeito a alguns tipos de estabelecimentos onde se cuidava

de pessoas próximas à morte aos moldes do que é atualmente definido como cuidado paliativo. Dessa forma esse movimento é considerado precursor dos cuidados paliativos <sup>29</sup>. De uma forma geral, qualquer paciente cuja recuperação da saúde não seja mais viável é considerado um paciente em fim de vida.

De acordo com o consenso de nutrição oncológica mais recente de 2015, a assistência em cuidados paliativos deve ser ativa, contínua, integral, humanizada e interdisciplinar, priorizando o controle da dor, o conforto físico e emocional e o alívio dos sintomas e do sofrimento. Uma avaliação precoce e adequada é indispensável para a elaboração de um plano integral de cuidados, individualizado e adaptado a cada momento da evolução da doença<sup>30</sup>.

Segundo o trabalho de Bozzetti <sup>31</sup>, a definição de “terminal” apenas identifica um paciente que tenha esgotado todas as possibilidades de terapias oncológicas curativas disponíveis, independente do tempo de sobrevida, que pode variar de poucos dias a vários meses. Recentemente, em um estudo de Kim et al. (2014)<sup>32</sup> definiram “câncer terminal” como probabilidade de morrer dentro de poucos meses em função de uma neoplasia agressiva, progressiva metastática para a qual não é possível receber tratamento ativo adicional, porque a doença é refratária ao tratamento ou o paciente apresenta baixa capacidade funcional (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status [ECOGPS]  $\geq$  3).

## **5 MANEJO DO PACIENTE**

Uma vez determinado que o paciente se encontra em estado fim de vida, a tomada de decisões em relação aos procedimentos utilizados no cuidado ao paciente envolve, particularmente, três atores: os profissionais de saúde, os familiares e o próprio paciente <sup>43</sup>. Os procedimentos a serem adotados são situacionais e estão sujeitos a negociações e mudanças, de acordo com as necessidades e decisões dos três atores envolvidos. Frequentemente o que acontece é o médico informar à família a situação de saúde do paciente, considerar a sua opinião sobre o conhecimento ou não do paciente em relação ao seu prognóstico e em seguida informar ou não ao paciente sobre sua real condição <sup>43</sup>. Contudo, a tomada de decisões, como dito anteriormente, é extremamente situacional. Quando os médicos percebem que é importante, por exemplo, sugerir um tipo de procedimento ao paciente de modo que ele escolha se quer ou não receber aquele tratamento, o médico pode conversar diretamente com ele <sup>43</sup>. Caso o médico verifique uma situação emocional ou comportamental junto ao psicólogo, por exemplo, em que o paciente encontra-se extremamente desequilibrado e a sugestão do tratamento pode piorar o quadro, o médico pode omitir o procedimento ao paciente e apenas consultar a família <sup>44</sup>. O que se deve ter em mente é que a tomada de decisões não deve ser unilateral e sim envolver, se

viável, todas as partes, em sistema de corresponsabilidade <sup>43</sup>.

Uma vez que o cuidado paliativo envolve diversas áreas profissionais, a seguir será apontado de que forma pode-se ajudar no cuidado ao paciente terminal, dando ênfase no cuidado nutricional a esses pacientes, bem como na tomada de decisões em relação aos tratamentos oferecidos.

## **6 A BIOÉTICA VERSUS NUTRIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Em assuntos relacionados à alimentação e nutrição é comum enfrentar dilemas bioéticos <sup>7,33</sup>, pois a alimentação está relacionada ao estilo de vida e bem-estar <sup>10</sup>, a valores culturais <sup>12,10</sup>, ao prazer e à vida, envolvendo relações sociais e familiares <sup>10</sup>, estando, ainda, inserida na cultura como símbolo de vitalidade.

O câncer tem um forte impacto sobre a capacidade física, o bem-estar psicológico e a vida social dos pacientes, apresentando uma influência significativa no estado nutricional e na qualidade de vida <sup>4,7,9,22,23,24</sup>.

Os pacientes com a doença avançada cursam com sinais e sintomas como náuseas, vômitos, alteração no paladar, saciedade precoce <sup>10,25</sup>, anorexia, caquexia, fraqueza e dispneia <sup>7,10,20,21,23</sup>. Esse quadro é de relevância clínica, uma vez que leva à menor ingestão de alimentos, resultando em efeitos consideráveis, na medida em que agrava o quadro clínico e prejudica a qualidade de vida <sup>7,8,55,35,36,37</sup>.

A presença de sintomas como xerostomia (sensação subjetiva de boca seca) e disgeusia (alteração no paladar), e perda intensa de peso, bem como a anorexia, bastante comuns nos pacientes em tratamento com opióides, quimioterapia e radioterapia <sup>39</sup>, também é frequente na desnutrição <sup>40,41</sup>. A xerostomia, apesar de pouco valorizada pelos médicos, tem implicações sérias, como maior dificuldade na deglutição e articulação de palavras; alteração do paladar; maior risco de infecções da mucosa bucal e cáries dentárias; alterações no sono e danos psicossociais <sup>38,39,40</sup>. Problemas de saúde oral limitam a escolha e o consumo de alimentos, por isso têm um profundo impacto no estado nutricional <sup>42</sup>.

Existem diversas estratégias, incluindo intervenções nutricionais (suplementos) e farmacológicas (orexígenos) para deter ou reverter o quadro de perda de peso. Uma abordagem comum para direcionar a desnutrição e a perda de peso é o aumento de ingestão calórica com suplementos orais, para garantir os requerimentos diários em casos de baixa ingestão alimentar, independentemente dos motivos <sup>7,10,23,30</sup>. Essa conduta pode ter menos riscos e menor custo que a nutrição artificial <sup>33</sup>, entretanto não há precisão nos poucos estudos disponíveis acerca de seu monitoramento, frequência, quantidade e eficácia <sup>22,23,25,30</sup>.

A tomada de decisão sobre a terapia nutricional nos pacientes em cuidados paliativos deve ser a mais precoce possível e considerar os seguintes aspectos: condição clínica, capacidade funcional, sintomas, expectativa de vida, estado nutricional, ingestão alimentar, estado psicológico, funcionalidade do TGI e necessidade de cuidados especiais baseados no tipo de suporte oferecido<sup>31</sup>. Além disso, deve ponderar os aspectos bioéticos envolvidos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça<sup>45,46</sup>.

O uso de rotina de suporte nutricional em pacientes com câncer é controverso, principalmente pela falta de demonstrações de impacto positivo na sobrevida<sup>47</sup>. Alguns estudos sugerem que a terapia nutricional melhora a sobrevida de pacientes recebendo quimioterapia, porém outros estudos não suportam tais achados<sup>48</sup>. Apesar da falta de benefício na sobrevida, o suporte nutricional é frequentemente prescrito em pacientes com câncer<sup>47</sup>. A nutrição parenteral tem morbidade de 15% e alto custo, sendo indicada somente para pacientes cirúrgicos com tumor gastrointestinal severamente desnutridos e para pacientes que recebem altas doses de quimioterapia para transplante de medula óssea<sup>49,50</sup>. A alimentação enteral deve ser considerada em pacientes com intestino funcionando que não conseguem ter ingestão adequada por via oral, por exemplo, em pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço ou com carcinoma esofágico<sup>49</sup>. Em estudos não-controlados com pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço, realizando modalidade terapêutica combinada, o suporte nutricional foi associado com aumento do peso corporal e melhora da qualidade de vida<sup>47</sup>.

O complemento em pacientes caquéticos com nutrição parenteral ou enteral tem sido tentado e, em algumas circunstâncias, mostrou-se efetivo em interromper algumas sequelas metabólicas da doença avançada<sup>50</sup>. Entretanto, estudos randomizados controlados mostraram que uma terapia nutricional agressiva não tem impacto na resposta tumoral, na toxicidade ou na sobrevida. A nutrição oral de forma confortável ainda é o manejo ideal em pacientes que estão em cuidados paliativos<sup>50</sup>.

A ingestão de alimentos e de líquidos normalmente diminui no estágio terminal de uma doença, sendo que o paciente não deve ser forçado a receber alimentação e hidratação. Comida e bebida não são relevantes para esses pacientes, e ainda podem piorar dor e outros efeitos adversos<sup>51</sup>.

De acordo com Carvalho<sup>52</sup>, quando a desnutrição é severa e a doença de base já se encontra avançada, qualquer tentativa de tratamento mais agressivo se constitui em tratamento fútil. Nestes casos, o nutricionista deve orientar o paciente, quando viável, e o cuidador sobre a “não necessidade” de terapia nutricional agressiva, respeitando a vontade de comer do paciente, objetivando o conforto alimentar, usando até mesmo pequenas porções alimentares.<sup>52,53,54,55,56,57</sup>

**7 CONCLUSÃO**

Conclui-se desta revisão bibliográfica realizada com o tema “Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: aspectos bioéticos” que esta é uma modalidade de assistência ao paciente em fim de vida considerada adequada pela maioria dos autores estudados, tendo em vista que esta respeita os desejos do paciente e dos seus familiares, defende que as terapias oferecidas devem fornecer o maior conforto possível e favorecer a diminuição do sofrimento e maior qualidade nos dias finais de vida.

Por diminuição do sofrimento, entende-se na abordagem paliativa, uma atenção multiprofissional, fornecendo auxílio no controle e manejo da dor, mas também nos aspectos sociais, psicológicos e espirituais

Em relação às questões éticas e bioéticas, percebe-se que existem várias concepções a respeito das mais adequadas terapias a serem oferecidas ao paciente em fim de vida. A maioria dos autores consultados acredita que tanto a obstinação terapêutica como a eutanásia ferem alguns dos princípios bioéticos, como a autonomia. Dessa forma, os cuidados paliativos seriam uma alternativa para que a assistência ao paciente em fim de vida se desse de uma forma humanitária, justa e benéfica ao paciente.

Por fim, observou-se pela análise dos dados bibliográficos, que as decisões a serem tomadas envolvem sempre diversos “atores”, que precisam ser cautelosos ao decidirem agir ou deixar de agir, respeitando sempre os quatro princípios bioéticos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Nesse contexto a tomada de decisões quanto a melhor estratégia nutricional, ou mesmo a sua suspensão, na vigência dos cuidados paliativos deve ser tanto pautada pelos princípios bioéticos quanto pelo respeito às decisões do paciente e sua família.

**REFERÊNCIAS**

Fonseca, A. C. da; Fonseca, M. J. M. da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 20, n.4, Oct. 2010.

Hanks Geoffrey; Cherny Nantan I; Portenoy Stein Kaasa; Fallon, Marie; Christakis, Nicolas. Introduction to the fourth edition: facing the challenges of continuity and change. *Oxford textbook of palliative medicine*, New York: Oxford University Press; v.4, p. 1-5, 2010.

Silva, M. M. da; Moreira, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 2, 2011.

Canizo Fernandez-Roldan, A. del. Nutrición en el paciente terminal: Punto de vista ético. *Nutr. Hosp.*, Madrid, v. 20, n. 2, abr. 2005

Benarroz, M. de Oliveira; Faillace, G.B.D.; Barbosa, L. A.. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009.

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization; 2002.

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

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

Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2055-66.

Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proc Nutr Soc* 2004; 63:427-9.

Manckoundia P, Mischis-Troussard C, Ramanantsoa M, Blettery B, François-Pursell I, Martin-Pfitzenmeyer I, et al. Les soins palliatifs en gériatrie: étude rétrospective de 40 cas. *Rev Med Interne* 2005; 26:851-7.

Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: is that the right question? *J Clin Oncol* 2005; 23:6256-9.

World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2:153-9.

Silva CHD. A moralidade dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* 2004; 50:330-3.

Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, et al. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. *Cancer* 2004; 100:1961-6.

Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 Suppl 2:2123-32.

Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* 2006; 26:86-92.

Bocatto M. A importância da bioética. *Genética na Escola* 2007; 4:11-4.

Silva MF, Fernandes MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. *Mundo Saúde* 2006; 30:318-25.

Ferrai CMM, Silva L, Paganine MC, Padilha KG, Gandolpho MA. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. *Mundo Saúde* 2008; 2:99-104.

Araújo MMT, Silva MJP. A Comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria

e o otimismo. Rev Esc Enferm USP 2007; 41:668-74.

Azevedo EES. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. Interface Comun Saúde Educ 1998; 2:127-38.

Admiraal P.. Euthanasia and assisted suicide- subcortical circuits. In: Thomasca DC, Kushner TB. Birth to death.. Cambridge: Cambridge;1996.

Oliveira, A. C. de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta paul. Enferm., São Paulo, v. 23, n. 2, Apr. 2010.

Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2010. [Acesso em 23 out. 2017] Disponível em:[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322).

Dosne Pasqualini, C. La guerra contra el cáncer. Medicina (B. Aires), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 71, n. 5, oct. 2011.

Bannura C; Guillermo et al. Valor pronóstico de la Clasificación TNM 2002 en cancer de colon y recto: Análisis de 624 pacientes. Rev Chil Cir., Santiago, v. 60, n. 3, jun. 2008.

Andrade, Filipe Moreira de; Mourad, Omar Moté Abou; JUDICE, Luiz Felipe. Revisão do sistema de estadiamento tumor-nódulo-metástase para câncer de pulmão: mudanças e perspectivas. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 36, n. 5, Oct. 2010.

Buisan, R.; Delgado, J. C. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis San Navarra, Pamplona, 2012. Doyle, D. et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2005.

Bozzetti F. Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, a basic humane care or something in between? Clin Nutr. 2003;22(2):109-11.

Kim As, Youn Ch, Ko Hj, Kim Hm. The survival time of terminal cancer patients: prediction based on clinical parameters and simple prognostic scores. J Palliat Care. 2014. Spring;30(1):24-31.

McMahon MM, Hurley DL, Kamath SP. Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding. Mayo Clin Proc 2005; 80:1461-76.

Cid-CondeL,Fernández-LópezT,Neira-BlancoP, Arias-Delgado J, Varela-Correa JJ, Gómez-Lorenzo FF. Prevalencia de desnutrición en pacientes con neoplasia digestiva previa cirugía. Nutr Hosp 2008; 23:46-53.

Hopkinson J, Wright D, Corner J. Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. J Adv Nurs 2006; 54:304-12.

Laviano A, Mequide MM, Inui A, Muscaritoli M, Rossi-Fanelli F. Therapy insight: cancer anorexia-cachexia syndrome-when all you can eat is yourself. Nat Clin Pract Oncol 2005; 2:158-65.

Hutton JL, Matin L, Field JC, Wismer WV, Bruera ED, Watanabe SM, et al. Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. Am J Clin Nutr 2006; 84:1163-70.

Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, Sanati H, Walling A, Asch SM. Evidence based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *Clin Oncol* 2008; 26:3886-95.

Folke S, Fridlund B, Paulsson G. Views of xerostomia among health care professionals: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2008; 18:1-8.

Hutton JL, Baracos VE, Wismer WV. Chemosensory dysfunction is a primary factor in the evolution of declining nutritional status and quality of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:156-65.

Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port* 2005; 18:459-66. <sup>L</sup><sub>SEP</sub>  
Sloane PD, Ivey J, Helton M, Barrick AL, Cerna A. Nutritional issues in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9:476-85.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. – Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124 p.

Alonso, Juan Pedro. Contornos negociados del "buen morir": la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2012.

Dormann A J. Endoscopic palliation and nutritional support in advanced gastric cancer. *Dig Dis* 2004; 22:351-9.

Morss, S. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Weston, v. 23, n. 5, p. 369-377, oct. 2006.

Jatoi A, Loprinzi CL, Kelly DG. The role of nutritional in patients with cancer. *Uptodate* 2006. <Acesso em: 20 out 2017>. Disponível em: [http://patients.uptodate.com/topic.asp?file=genl\\_onc/8141](http://patients.uptodate.com/topic.asp?file=genl_onc/8141).

Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med*, 2005;353:2607-2612.

Antoun S, Merad M, Raynard B, et al. Malnutrition in cancer patients. *Rev Prat*, 2006;56:2025-2029.  
Fainsinger EBRL. Clinical Management of Cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press Inc, 1998;534-548.

Twycross R, Ivan Lichter. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press Inc, 1998; 17.

Carvalho, Karen Knopp de; LUNARDI, Valéria Lerch. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, June 2009.

Meier, D.E.; Ahronheim, J.C.; Morris J., et al. High short term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. *Archives of Internal Medicine*, v.161, n.4, Feb. 2001.

Pessini L. Dignidade Humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso de Terri Schiavo. *Bioetica* 2005; 13: 65-76.

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.

Silva MEMP, Paton I, Trigo M. *Vida saudável: nutrição, nutrientes, alimentos, saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

ALMEIDA, Pollyana Farias; BARBOSA, Michael Gabriel Agostinho; SANTOS, Simone Martins; SILVA, Emanuela Ingridy; LINS, Severina Rodrigues Oliveira. A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos. **Brazilian Journal Of Health Review**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 1465-1483, 2020. *Brazilian Journal of Health Review*. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-011>.