



Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos: uma revisão de escopo

Nutritional interventions for older adults in palliative care: a scoping review

Raquel Bezerra Barbosa de Moura¹ 
Janine Maciel Barbosa² 
Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves³ 
Andréa Márcia da Cunha Lima¹ 
Cláudia Batista Melo¹ 
Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge¹ 

Resumo

Objetivo Analisar as intervenções nutricionais adotadas em pessoas idosas em cuidados paliativos encontradas na literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, cuja busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, CINAHL, Scopus, *Web of Science*, EMBASE e na literatura cinzenta por meio do *Google Scholar*, *OpenGrey* e *ProQuest Dissertations & Theses Global*, sem restrição temporal e de idioma. Foram realizadas as buscas utilizando-se os descritores e palavras-chave que foram combinados por meio de operadores booleanos AND e OR: “*Nutritional Intervention*”, “Intervenção Nutricional”, “*Palliative Care*”, “Cuidados Paliativos”, “*Aged*” e “Idosos”. **Resultados:** Dos 5.942 estudos encontrados, 13 estudos foram selecionados. Pela estratégia de busca reversa foram identificados 13 estudos adicionais, originando um resultado final de 26 estudos. As intervenções nutricionais adotadas em pessoas idosas em cuidados paliativos compreendem em sua maioria: aconselhamento nutricional, suplementação nutricional oral e a nutrição artificial por meio de nutrição enteral e parenteral. Essas intervenções estão voltadas à qualidade de vida, ao manejo de sintomas e ao estado nutricional. **Conclusão:** Embora haja lacunas na literatura quanto às intervenções nutricionais voltadas para idosos em cuidados paliativos, fica evidenciada a importância da atuação do nutricionista para promoção da qualidade de vida e alívio do sofrimento dessa população.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Terapia Nutricional. Idoso. Nutricionistas.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia. João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento ou apoio financeiro.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Raquel Bezerra Barbosa de Moura
Raquel.Barbosa@academico.ufpb.br

Recebido: 06/04/2022
Aprovado: 23/08/2022

Abstract

Objective: To analyze the nutritional interventions adopted in older people in palliative care found in the literature. **Method:** A scoping review was conducted involving a search of the following databases: PubMed, LILACS, CINAHL, Scopus, Web of Science, EMBASE and of the gray literature through Google Scholar, OpenGrey and ProQuests & Theses Global, without restrictions on publication date or language. The searches were performed using the descriptors and keywords, combined using Boolean operators AND and OR: “Nutritional Intervention”, “*Intervenção Nutricional*”, “Palliative Care”, “*Cuidados Paliativos*”, “Aged” and “*Idosos*”. **Results:** Of the 5,942 studies found, 13 studies were selected. The backward citation search strategy identified 13 additional studies, giving a final total of 26 studies. Nutritional interventions adopted in older people in palliative care predominantly comprised nutritional counseling, oral nutritional supplementation and artificial nutrition through enteral and parenteral nutrition. These interventions focused on quality of life, symptom management and nutritional status. **Conclusion:** Although there are gaps in the literature regarding nutritional interventions for older adults in palliative care, the importance of the role of nutritionists in promoting quality of life and relieving suffering of this population is clear.

Keywords: Palliative Care. Nutrition Therapy. Aged. Nutritionists.

INTRODUÇÃO

O curso natural do envelhecimento humano colabora para maior suscetibilidade do desenvolvimento de enfermidades como câncer, doenças neurológicas e osteomusculares crônicas, entre outras¹. Tais doenças podem repercutir em alterações progressivas, que podem levar à dependência funcional, que somada ao declínio da condição de saúde, tende a necessitar de cuidados paliativos².

Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ofertados de forma ativa a indivíduos de todas as idades que encontram-se em sofrimento por uma doença grave, especialmente os que estão na terminalidade da vida, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores³.

Nesse contexto, para a oferta de cuidados paliativos ao paciente idoso, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, possibilitando o cuidado ao paciente idoso que o observe em sua integralidade, buscando a avaliação em todas as dimensões e elaborando uma proposta de abordagem efetiva que contemple todos os aspectos avaliados. Dentre os profissionais envolvidos na equipe, o nutricionista deve buscar as melhores estratégias

de conduta para nutrir o paciente, assegurando a adequada ingestão alimentar, considerando condições físicas, psicológicas, religiosas, as quais irão interferir na melhora da qualidade de vida do paciente⁴.

A atuação do nutricionista deve pautar-se em intervenções que proporcionem tanto a manutenção ou restauração do estado nutricional, como também promovam o bem-estar nas diversas fases da doença. Os objetivos do suporte nutricional, à medida que a terminalidade da vida se aproxima, voltam-se mais para a qualidade de vida do que para a adequação nutricional. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de conciliar a intervenção nutricional e a finalidade da palição em propiciar conforto e auxiliar no controle dos sintomas^{5,6}.

A preocupação em definir as estratégias e os procedimentos adequados ao atendimento nutricional a pacientes idosos em cuidados paliativos ainda gera discussões entre os nutricionistas, visto que muitos não estão preparados para lidar na prática com situações além do convencional trazido pela academia⁶, evidenciando a importância de mais estudos com essa temática que os subsidiem em sua prática profissional. Em busca na base de dados da Cochrane e nas plataformas *Open Science Framework* (OSF) e PROSPERO - *International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews*, não foram

encontradas revisões semelhantes para esse público, o que demonstra a necessidade de estudos na área. Portanto, o objetivo desta revisão de escopo é analisar as evidências científicas a respeito das intervenções nutricionais adotadas em pessoas idosas em cuidados paliativos a fim de nortear os nutricionistas que atuam clinicamente com essa população.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI)⁷, observando o guia de relato *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-Scr)⁸. Um protocolo foi desenvolvido e registrado na Open Science Framework (<https://osf.io/>), com número de DOI: 10.17605/OSF.IO/ECT8K (<https://osf.io/ect8k>). As bases de dados acessadas foram: Medline/PubMed, Embase, Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e LILACS. A busca na literatura cinzenta foi realizada por meio do *Google Scholar*, *OpenGrey* e *ProQuest Dissertations & Theses Global*. Também foi realizada a estratégia de busca reversa por meio da leitura de todas as referências dos artigos selecionados nesta revisão.

Foi utilizada a estratégia mnemônica população, conceito e contexto (PCC), sendo a população definida como pessoas idosas, o conceito como intervenções nutricionais e o contexto como cuidados paliativos. Assim, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais intervenções nutricionais são adotadas para a pessoa idosa em cuidados paliativos?

A partir da estratégia PCC, foram selecionados os descritores presentes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “*nutritional intervention*”, “*intervenção nutricional*”, “*palliative care*”, “*cuidados paliativos*”, “*aged*” e “*idosos*”, bem como seus sinônimos, combinados com o uso de operadores booleanos (OR e AND) e adaptados para cada base de dados. A estratégia completa e detalhada está disponível no arquivo suplementar que consta o projeto da revisão de escopo por meio do link: https://osf.io/e6q4x/?view_only=897c5461698c48f6abe0d03ba310ac24

Houve a supervisão de uma bibliotecária em todo o processo de montagem da estratégia de busca e refinamento.

Foram considerados estudos de intervenção e observacionais, sem restrição de idioma ou período, que avaliassem condutas nutricionais em idosos em cuidados paliativos. Os estudos excluídos foram: aqueles que não incluíram participantes com 60 anos ou mais; estudos em que os participantes não foram submetidos a nenhuma intervenção nutricional; revisões; cartas; resumos; artigos de opiniões; relatos de casos; séries de casos e capítulos de livros.

Após as buscas, todos os registros foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote*, onde foram agrupados para a remoção automática dos artigos duplicados. Os estudos foram exportados para o *Software Rayaan*⁹, onde houve o refinamento dos artigos duplicados e, em seguida, conduzida a fase de seleção dos estudos em duas etapas.

Nas duas fases, dois revisores independentes (RBBM e JMB) realizaram a triagem (leitura de título e resumo) e a leitura dos textos completos, e qualquer divergência entre eles foi resolvida por consenso ou pela decisão do terceiro revisor (MCRG), sempre levando em consideração os critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo.

Para a extração de dados, os revisores elaboraram um formulário onde foram coletadas as seguintes informações: características do estudo (autores, ano de publicação, país e desenho de estudo), características da população (tamanho da amostra, idade média), características dos sinais e sintomas relatados, características das intervenções, resultados primários e secundários, e conclusões quanto aos efeitos das intervenções.

Os dados foram analisados pela descrição quantitativa, apresentando frequências absolutas e relativas, além da análise qualitativa por meio de categorias temáticas quanto ao efeito das intervenções relacionado a três aspectos: qualidade de vida, controle de sintomas e estado nutricional.

Neste estudo não foi conduzida a avaliação da qualidade nem o nível de evidência científica como critério para exclusão de artigos, visto que de acordo com a orientação do Instituto Joanna Briggs pra revisões de escopo⁷, não há necessidade de avaliação de qualidade específica pelo fato deste tipo de estudo objetivar a identificação da produção disponível sobre a temática investigada, como também não necessitou de apreciação ética, estando consonante com as resoluções N° 466/2012 e N° 510/2016 que regulamentam a ética em pesquisa no país.

RESULTADOS

Foram identificados 5.942 estudos nas bases de dados e na literatura cinzenta, após a retirada das duplicatas, permaneceram 3.666 estudos. A triagem foi realizada através da leitura de título e resumo, sendo selecionados 37 artigos para a segunda fase. Após a leitura na íntegra, foram selecionados 13 estudos, de acordo com os critérios de elegibilidade. Com a busca reversa, foram adicionados 13 estudos, totalizando 26 estudos para compor a amostra. Um fluxograma desse processo de seleção dos estudos é apresentado na Figura 1.

Os estudos incluídos foram realizados em diferentes continentes, sendo 53,9% na Europa, 23,1% na América do Norte, 11,5% na Ásia e 11,5% na Oceania, publicados entre 1979 e 2021.

Os métodos utilizados como desenho de estudos foram: Ensaio Clínico Randomizado (ECR) 42,3%, Quase Experimental (QE) 26,9%, Coorte Prospectivo Longitudinal (CPL) 23,1% e Coorte Retrospectivo (CR) 7,7%.

As características descritivas dos estudos selecionados são relatadas na Tabela 1.

A fim de estruturar os resultados em relação aos objetivos do estudo, as principais intervenções e seus efeitos foram sintetizados e apresentados associados a três aspectos: Intervenções e efeitos encontrados na Qualidade de Vida (Tabela 2), Intervenções e efeitos encontrados no Controle de Sintomas (Tabela 3) e Intervenções e efeitos encontrados no Estado Nutricional (Tabela 4).

Intervenções e efeitos encontrados na qualidade de vida

Na amostra, 13 estudos abordaram intervenções nutricionais adotadas na promoção da qualidade de vida^{12,14,32,34,35,16,18,20,22-25,29}. As mais frequentes incluíram o aconselhamento nutricional, o uso de suplementação nutricional oral e o suporte nutricional parenteral domiciliar^{14,18,20,25,29,32,34,35}, encontrando-se benefícios no uso dessas intervenções.

A intervenção multimodal, incluindo atividade física, nutrição e controle de sintomas em cuidados paliativos foi abordada em um estudo²², parecendo ser benéfica e segura na promoção da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém, devido ao desenho do estudo, sem um grupo controle, há a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas.

O uso de gastrostomia endoscópica percutânea (PTEG) em pacientes com obstrução intestinal maligna promoveu melhor qualidade de vida em comparação com o uso do tubo nasogástrico (TNG), não sendo relatado nenhum evento adverso sério e ainda menores complicações no grupo de pacientes submetido à PTEG¹².

Em apenas um estudo foi abordado o uso de suplemento de proteína e energia enriquecido com ácido graxo ômega 3, com resultado positivo na qualidade de vida, mas sendo necessário mais estudos para examinar a fundo o potencial desses suplementos no tratamento da caquexia do câncer²³.

Um dos estudos abordou o suporte de nutrição individualizado como estratégia de proteção de idosos com acidente vascular cerebral em risco nutricional, através de um plano de tratamento nutricional individualizado, por via oral ou através de sonda no caso de pacientes disfágicos. Observou-se que essa estratégia sugeriu uma melhor qualidade de vida²⁴.

No tocante ao aconselhamento nutricional e uso de suplementação nutricional oral na qualidade de vida, dos quatro estudos^{14,25,32,35} que abordaram esse tipo de intervenção, apenas um relatou não haver efeito sobre a qualidade de vida em pacientes com câncer avançado em quimioterapia¹⁴.

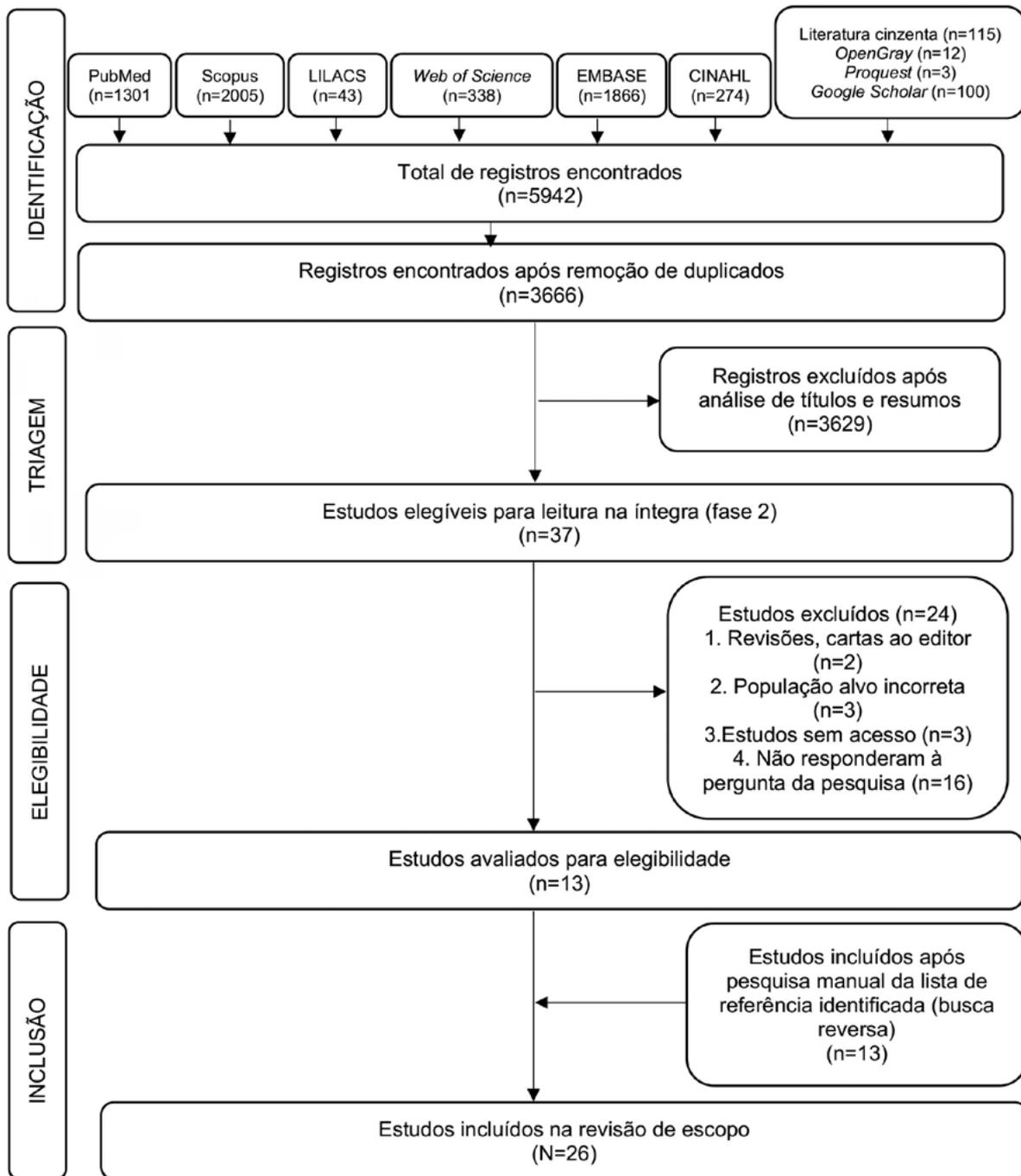


Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022.

Fonte: Adaptado de PRISMA-ScR⁸.

Tabela 1. Características descritivas dos estudos incluídos (N= 26) sobre as intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, 2022.

Estudo	Desenho	População (n)	Média de idade	Intervenção	Objetivo da Intervenção
Amano ¹⁰ (2012), Japão	CPL	63	69 (DP: 14)	Encorajamento, lanches e SNO, NPT	Escaras, edema e terapia antibiótica
Andrew ¹¹ (2009), Reino Unido	CPL	40	72 (62-81)	AcN	Saciedade precoce, inapetência, xerostomia
Aramaki ¹² (2019), Japão	ECR	39 (15 idosos)	62 (34-76)	PTEG	QV
Arnold ¹³ (1989), EUA	CPL	50	64,1 (34-88)	SNO	EN
Baldwin ¹⁴ (2011), Reino Unido	ECR	358	66,8 (24-88)	AcN, SNO,	Sobrevida, QV, EN
Barber ¹⁵ (1999), Reino Unido	QE	20	62 (51-75)	SNO com óleo de peixe (ômega 3)	Perda de peso
Bouleuc ¹⁶ (2020), França	ECR	111	67 (60-72)	NPT	QV, ingestão, sintomas digestivos, peso
Ching ¹⁷ (1979), EUA	QE	45	60-86	SNO, NE e NPT	Hipoalbuminemia
Cotogni ¹⁸ (2017), Itália	CPL	111	62 (32-79)	NPT domiciliar	QV
Crogan ¹⁹ (2015), EUA	CPL	22	≥ 65	Sorvete de limão	Xerostomia
Culine ²⁰ (2014), França	QE	437	63 (DP: 11,4)	NPT domiciliar	QV, EN
Del Fabbro ²¹ (2011), EUA	CR	151	60 (19-86)	AcN e medidas farmacológicas	Perda de peso, inapetência
Ester ²² (2021), Canadá	QE	10	64,4 (51-83)	AF, nutrição e controle de sintomas	QV, fadiga, baixa ingestão, xerostomia
Fearon ²³ (2003), Reino Unido	ECR	200	67	Ácido graxo ômega 3 e antioxidantes	Peso, QV, composição corporal, ingestão
Ha ²⁴ (2010), Noruega	ECR	124	78,5 (DP: 7,4)	SNI	Desnutrição, perda de peso, QV, força
Isenring ²⁵ (2004), Austrália	ECR	60	61,9 (DP: 14)	Intervenção precoce e intensiva com AcN	Peso, EN, QV, função física
Isenring ²⁶ (2007), Austrália	ECR	60	61,9	Intervenção precoce e intensiva com AcN	Ingestão de energia e proteína
Lindh ²⁷ (1986), Suécia	QE	20	65 (51-83)	NE e NPT	Desnutrição
Lundholm ²⁸ (2004), Suécia	ECR	309	68 ± 1	SNO e NPT domiciliar	Perda de peso
Ma ²⁹ (2020), China	CPL	50	68 (35-88)	NPT domiciliar	EN, QV
McCann ³⁰ (1994), EUA	QE	10	74,7 (44-92)	Um pouco de líquidos e alimentos	Sensação de fome e sede
Persson ³¹ (2002), Suécia	ECR	137	69 (48-89)	SNI	Peso, ingestão, QV e sobrevida
Ravasco ³² (2005), Portugal	ECR	75	60 (36-79)	AcN e SNO	EN, morbidade e QV
Ruggeri ³³ (2020), Itália	CR	969	65,7 (±12,7)	Nutrição artificial domiciliar	Desnutrição
Senesse ³⁴ (2015), França	QE	370	64,5 (DP: 11)	NPT	QV e EN.
Silvers ³⁵ (2014), Austrália	ECR	21	72 (DP:12)	AcN direcionado os sintomas e SNO	EN, Controle de sintomas

CPL: coorte prospectivo longitudinal; NPT: nutrição parenteral total; QV: qualidade de vida; AcN: aconselhamento nutricional; ECR: ensaio clínico randomizado; PTEG: gastrostomia endoscópica percutânea; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; QE: quase experimental; NE: nutrição enteral; CR: coorte retrospectiva; AF: atividade física; SNI: suporte nutricional individualizado

Tabela 2. Intervenções e efeitos encontrados na Qualidade de Vida, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de intervenção	Resultados obtidos
Multimodal (AF, Nutrição e Controle de sintomas)	A intervenção multimodal parece ser benéfica e segura melhorando a QV em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém são necessárias mais pesquisas ²² .
PTEG	O PTEG foi superior ao TNG como um método de inserção de tubo para pacientes terminais com obstrução intestinal maligna ¹² .
AcN / SNO	AcN ou SNO não tiveram efeito sobre a QV em pacientes com câncer e perda de peso em quimioterapia ¹⁴ . A intervenção precoce e intensiva com AcN e SNO oferece resultados benéficos em termos de QV global e função física em pacientes que recebem radioterapia ²⁵ . Em pacientes com câncer, todos os escores de função da QV melhoraram no grupo que recebeu AcN e no que recebeu SNO, enquanto que no controle todos os escores de função de QV pioraram ³² . A intervenção precoce e intensiva com AcN em pacientes com câncer e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o grupo intervenção teve pontuação mais alta dos escores funcionais de QV para funcionamento físico, emocional e social em comparação ao controle ³⁵ .
NPT / NPT domiciliar	A NPT não melhorou a QV de pacientes com câncer avançado e desnutrição, causando efeitos colaterais mais graves ¹⁶ . A NP suplementar ou total domiciliar está associada à melhor QV em pacientes com câncer avançado, dependendo das condições clínicas e estado oncológico, devendo ser considerada quando os pacientes começam a perder peso ou se tornam hipofágicos ¹⁸ . A NPT domiciliar está associada à melhor QV em pacientes com câncer, porém, há necessidade de um ECR ²⁰ . NPT domiciliar teve um impacto positivo no EN e na QV em pacientes com desnutrição e câncer gástrico em quimioterapia logo após o início do tratamento ²⁹ . NPT domiciliar em pacientes com câncer promoveu uma melhora geral na QV, principalmente no componente físico ³⁴ .
Ácido Graxo ômega 3	A análise de potência observada de dose-resposta evidenciou que, se tomado em quantidade suficiente, apenas o suplemento de proteína e energia enriquecido com ácido graxo ômega 3 resulta em ganho de peso, tecido magro e melhor QV ²³ .
SNI	SNI pode proteger pacientes idosos com AVC em risco nutricional contra a desnutrição e melhorar a QV ²⁴ .

NPT: nutrição parenteral total; QV: qualidade de vida; AcN: aconselhamento nutricional; PTEG: gastrostomia endoscópica percutânea; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; AF: atividade física; TNG: tubo nasogástrico; NP: nutrição parenteral; SNI: suporte nutricional individualizado; AVC: acidente vascular cerebral.

Intervenções e efeitos encontrados no controle de sintomas

Do total da amostra, 11 estudos abordaram os efeitos das intervenções no controle de diversos sintomas^{10,11,35,19,21,22,26,28,30-32}, conforme apresentado na Tabela 3.

Um estudo observou que a prevalência de escaras, edemas e uso de antibióticos foi atenuada através do suporte nutricional individualizado que incluiu o aconselhamento nutricional, o uso de suplemento nutricional oral e de nutrição parenteral total, quando necessário¹⁰. O suporte nutricional

individualizado também foi eficaz para melhorar a ingestão energético-proteica em pacientes com câncer, em dois dos estudos selecionados^{28,31} e em um outro estudo foi observada uma melhor ingestão energético-proteica com aconselhamento nutricional e uso de suplementação nutricional oral, em comparação com a prática padrão²⁶.

O aconselhamento nutricional foi a intervenção que obteve efeitos positivos em maior número de sintomas, sendo eles: sintomas digestivos, fadiga, dispneia, inapetência, ingestão calórico-proteica, anorexia, náuseas/vômitos, xerostomia,

disgeusia^{11,21,35}. Dois artigos abordaram o efeito positivo do aconselhamento nutricional com o uso concomitante de suplemento nutricional oral^{26,32}.

A xerostomia foi aliviada de forma significativa com o uso de sorvete de limão sem açúcar antes de duas refeições diárias¹⁹. Houve resultado positivo também com pequenas quantidades de alimentos,

líquidos e/ou uso de gelo, além de reduzir o desconforto e a sensação de fome e sede³⁰.

A intervenção multimodal com atividade física, nutrição e controle de sintomas paliativos pareceu ser benéfica na redução do sintoma de fadiga em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém, mais pesquisas são necessárias para conclusões mais robustas²².

Tabela 3. Intervenções e efeitos encontrados no Controle de Sintomas, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de intervenção	Resultados obtidos
Suporte nutricional individualizado com AcN, SNO e NPT quando necessário	Escaras, edemas e uso de ATB: Reduziu a prevalência de escaras, edemas e uso de ATB ¹⁰
Suporte nutricional individualizado	Ingestão calórico-proteica: A ingestão de alimentos e o balanço energético diário estimado foram superiores em pacientes com suporte nutricional ²⁸ . Suporte nutricional individualizado pode promover aumento da ingestão energética em pacientes com câncer colorretal e gástrico e perda de peso ³¹ .
AcN	Sintomas digestivos: Reduziu significativamente os escores totais de sintomas digestivos em 2 semanas ¹¹ . Fadiga, dispneia e inapetência: A intervenção precoce e intensiva com AcN logo após o diagnóstico em pacientes com câncer gastrointestinal alto e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o grupo intervenção teve pontuação mais baixa na escala de sintomas (indicativo de melhor controle dos sintomas), em comparação com o grupo controle para fadiga, dispneia e perda de apetite ³⁵ . Inapetência: AcN associado à medidas farmacológicas simples resultou em melhora significativa do apetite em pacientes com câncer ²¹ .
AcN / SNO	Ingestão calórico-proteica: A intervenção nutricional precoce e intensiva com AcN e SNO resulta em melhor ingestão média de energia e proteína em comparação com a prática padrão ²⁶ . Anorexia, náusea/vômito, xerostomia e disgeusia: A redução desses sintomas em pacientes com câncer foi de 90% no grupo que recebeu AcN, 67% no grupo que recebeu SNO e 51% no grupo controle. Houve aumento na ingestão energética no grupo que recebeu AcN e manteve-se ao longo dos 3 meses ³² .
Sorvete de limão sem açúcar antes de duas refeições diárias	Xerostomia: melhorou significativamente a ingestão de alimentos pela estimulação da produção de saliva ¹⁹ .
Multimodal (AF, nutrição e controle de sintomas)	Fadiga: parece ser benéfica e segura na redução de sintomas como a fadiga em pacientes com câncer de pulmão avançado, porém são necessárias mais pesquisas ²² .
Pequenas quantidades de líquidos e alimentos	Fome, sede e xerostomia: esses sintomas podem ser atenuados, geralmente com pequenas quantidades de alimentos, líquidos e/ou pela aplicação de gelo e lubrificação. Fornecer alimentos e líquidos apenas necessários para aliviar o desconforto do paciente pode ser um meio eficaz, satisfazendo os desejos do paciente e, ao mesmo tempo, aliviando o desconforto ³⁰ .

NPT: nutrição parenteral total; ATB: antibiótico; AcN: aconselhamento nutricional; SNO: suplementação nutricional oral; AF: atividade física.

Intervenções e efeitos encontrados no estado nutricional

Dezesseis estudos trabalharam as intervenções para a melhoria do estado nutricional^{13,14,28,29,31-35,15,17,20,21,23-25,27}. Cinco deles observaram a melhora no estado nutricional com a intervenção de aconselhamento nutricional^{13,21,25,32,35}. Essa intervenção obteve um resultado positivo e superior ao uso isolado de suplemento nutricional oral³², como também melhoras significativas no ganho de peso de pacientes com câncer²¹. Um ensaio clínico randomizado¹⁴ foi o único estudo que não demonstrou eficácia dessa intervenção sobre o estado nutricional de pacientes com câncer e perda de peso em quimioterapia, todavia, houve uma interrupção prematura do estudo por recomendação de um comitê de monitoramento de dados.

Com relação ao uso de suplemento enriquecido com ácido graxo ômega 3, os estudos que abordaram essa intervenção, apresentaram resultados divergentes^{15,23}. Um deles demonstrou resultado positivo no ganho ponderal, com melhora significativa do apetite em três semanas¹⁵. Já outro estudo comparou o efeito de um suplemento enriquecido com antioxidantes e ácido graxo ômega 3 com um suplemento padrão sobre o estado nutricional ao longo de oito semanas e conclusão traz que o estudo falhou em abordar a hipótese desenvolvida a partir dos dados piloto, sendo necessário outros estudos para abordar a eficácia potencial do uso de suplementos enriquecidos com ácido graxo ômega 3 na caquexia do câncer²³.

A nutrição artificial e sua eficácia no estado nutricional de pacientes paliativos foi abordada em sete dos estudos selecionados^{17,20,27-29,33,34}. Foi observado que quando foi possível ingerir uma dieta regular complementada com suplemento oligomérico, a albumina sérica foi melhor preservada¹⁷.

Com relação ao uso de nutrição enteral, os achados mostram que pode servir como um tratamento paliativo da desnutrição, todavia, com efeito limitado, havendo maior indicação em pacientes com capacidade funcional regular, sem sintomas de dor intensa ou distúrbios neurológicos²⁷. Quando indicado o uso da nutrição enteral, os tubos especiais de silicone são os que conferem melhor conforto para o paciente¹⁷.

O uso de nutrição parenteral total relacionado ao estado nutricional foi abordado em seis dos estudos selecionados^{17,20,28,29,33,34}. Um desses estudos observou que esta intervenção pode ser reservada para fases selecionadas, em especial, a fase de pré-operatório, como também fases mais críticas de cuidados para apoiar a cirurgia primária, quimio ou radioterapia para o câncer¹⁷. Outro estudo concluiu que a nutrição parenteral domiciliar pode evitar a morte por desnutrição em 73% dos casos³³. Já um estudo publicado em 2015 observou melhora no ganho de peso de 63% de idosos com câncer³⁴ e o outro, publicado em 2010, constatou um impacto positivo tanto no estado nutricional quanto na qualidade de vida em pacientes desnutridos no início do tratamento com quimioterapia²⁹.

Um ECR constatou aumento significativo da gordura corporal ao longo do tempo em idosos com câncer embora não tenha constatado diferenças significativas na massa muscular entre os grupos²⁸. Da mesma forma, um estudo prospectivo observacional, observou que a nutrição parenteral domiciliar está associada à melhor estado nutricional em pacientes com câncer, com a necessidade de condução de um ensaio clínico randomizado para conclusões mais fortes²⁰.

Em idosos com acidente vascular cerebral em risco nutricional, foi observado que o suporte nutricional individualizado pode proteger contra a desnutrição²⁴.

Tabela 4. Intervenções e efeitos encontrados no Estado Nutricional, identificados nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2022.

Tipo de Intervenção	Resultados Obtidos
AcN / SNO	AcN e SNO mantiveram os níveis de albumina em pacientes oncológicos ¹³ . AcN ou SNO não tiveram efeito sobre o EN em pacientes com perda de peso em quimioterapia ¹⁴ . AcN e SNO oferece benefícios quanto à perda de peso e deterioração do EN em pacientes em radioterapia ²⁵ . O AcN em pacientes com câncer e prescrição de SNO quando indicado, mostrou que o peso corporal foi maior e o risco nutricional menor no grupo intervenção ³⁵ . No grupo que recebeu AcN houve melhora no EN, enquanto que no que recebeu SNO e no controle não ³² . AcN e medidas farmacológicas simples resultaram em melhora do ganho de peso em pacientes oncológicos ²¹ .
Ácido graxo ômega 3	SNO com ácido graxo ômega 3 promoveu ganho de peso, em comparação com os suplementos convencionais ¹⁵ . O uso de ácidos graxos ômega-3 não proporcionou vantagem terapêutica. A análise de potência observada de dose-resposta evidenciou que, se em quantidade suficiente, apenas o suplemento enriquecido com ácido graxo ômega 3 resultou em melhor EN e QV ²³ .
Nutrição artificial	SNO oligomérico: Em idosos com câncer a albumina sérica foi melhor preservada com ingestão de uma dieta adequada ou complementada com dieta especial de baixo resíduo. NE por tubos especiais de silicone podem ser usados, com mínimo desconforto. NPT pode ser reservada para fases mais críticas ¹⁷ . A NPT domiciliar está associada à melhor EN em pacientes com câncer ²⁰ . SNO e NPT domiciliar: A massa magra não diferiu entre os dois grupos, mas as mudanças na gordura total foram diferentes. A gordura corporal foi menor no grupo intervenção na inclusão, mas aumentou ao longo do tempo, enquanto no grupo controle permaneceu inalterada ²⁸ . NPT domiciliar teve um impacto positivo no EN e na QV em pacientes desnutridos e em quimioterapia ²⁹ . A nutrição artificial domiciliar pode ser eficaz em evitar a morte por desnutrição e em manter e melhorar a performance em um mês ³³ . NPT domiciliar em pacientes com câncer promoveu melhora no peso dos pacientes, a triagem de risco nutricional diminuiu e a performance melhorou ou estabilizou. A maioria dos pacientes ganhou peso e 17,5% atingiram o peso ideal ³⁴ . SNE pode servir como um tratamento paliativo da desnutrição progressiva em pacientes anorexígenos com câncer. No entanto, só deve ser considerado para pacientes com capacidade funcional regular e sem sintomas de dor intensa ou distúrbios neurológicos ²⁷ .
SNI	SNI pode proteger idosos com AVC em risco nutricional contra a desnutrição e melhorar a QV ²⁴ . SNI pode promover ganho de peso em pacientes oncológicos ³¹ .

AcN: aconselhamento nutricional; SNO: suplementação nutricional oral; EN: estado nutricional; QV: qualidade de vida; NE: nutrição enteral; NPT: nutrição parenteral total; SNE: suporte nutricional enteral; SNI: suporte nutricional individualizado; AVC: acidente vascular cerebral;

DISCUSSÃO

Na amostra selecionada, o aconselhamento nutricional, associado ou não ao uso de suplementação nutricional foi a intervenção mais frequentemente adotada nos três aspectos avaliados: qualidade de vida, controle de sintomas e estado nutricional^{11,13,14,21,25,26,32,35}. Essa intervenção fornece aos pacientes instruções quanto a quantidade e frequência das refeições, fortificação de alimentos, alterações de consistência, com vista ao quadro clínico e sintomas presentes, além do apoio familiar e ambiente agradável para refeição, sendo fundamental uma boa comunicação para se obter maior sucesso³⁶.

Tal achado corrobora com a recomendação da *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN)³⁷ que para indivíduos em radioterapia, a ingestão nutricional deve ser assegurada principalmente por aconselhamento nutricional individualizado e/ou com uso de suplementos nutricionais orais, melhorando a ingestão nutricional, o peso corporal e a qualidade de vida, beneficiando os pacientes e evitando interrupções no tratamento³⁷.

Quanto à sobrevida e resposta ao tratamento, embora muitas vezes não haja um impacto positivo, alguns estudos^{36,38} recomendam o aconselhamento nutricional por observar que muitos pacientes relatam

benefícios na saúde e bem-estar geral maiores em comparação aos que não o recebem, demonstrando, assim, a importância da atuação do nutricionista com compromisso em oferecer, de forma individualizada, as orientações e recomendações necessárias ao bem-estar e conforto desses pacientes^{36,38}.

A literatura aponta que em relação à indicação de nutrição artificial em idosos em cuidados paliativos, existem contradições sobre os seus reais riscos e benefícios³⁹. Nessa revisão, foram identificados onze estudos^{10,12,34,16-18,20,27-29,33} abordando essa intervenção, em especial o uso de nutrição parenteral domiciliar^{18,20,28,29,33}.

No tocante à qualidade de vida, apenas o estudo de Bouleuc et al.¹⁶ dentre os dez estudos^{10,16-18,20,27-29,33,34} da amostra que abordaram a nutrição parenteral, relacionou negativamente o uso de nutrição parenteral total à qualidade de vida de pacientes com câncer em estágio avançado e desnutridos, apontando que houveram efeitos colaterais mais graves. Desta forma, não recomendam a prescrição de nutrição parenteral para pacientes com câncer avançado com expectativa de vida inferior a três meses.

As diretrizes da ESPEN sobre nutrição clínica e hidratação em geriatria⁴⁰, traz que a nutrição artificial deve ser considerada como um tratamento médico e não um cuidado básico e, portanto, deve ser usada somente se houver uma chance realista de melhora ou manutenção da condição de qualidade de vida do paciente. Ratificando essa orientação, as diretrizes práticas para nutrição clínica em oncologia da *Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (BRASPEN)⁴¹, bem como a da ESPEN⁴², trazem uma recomendação semelhante, abordando que o benefício do suporte nutricional em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos deve ser cuidadosamente considerado, levando em consideração o prognóstico e a sobrevida do paciente. Pacientes com um bom prognóstico e uma sobrevida global esperada de pelo menos vários meses, bem como pacientes com baixa atividade tumoral e sem reação inflamatória devem receber aconselhamento e suporte nutricional adequado, incluindo oral, enteral ou, se necessário, nutrição parenteral ou combinações. Há pouco ou nenhum

benefício do suporte nutricional nas últimas semanas de vida, uma vez que não resultará em nenhum benefício funcional ou de conforto para o paciente^{41,42}.

Seis estudos^{18,20,28,29,33,34} da amostra demonstraram benefícios na nutrição artificial domiciliar quanto aos aspectos de qualidade de vida e estado nutricional. Da mesma forma, Orrevall et al.⁴³ concluíram que em pacientes com câncer e deficiência na ingestão e absorção dos nutrientes, há a indicação de suporte nutricional artificial domiciliar, mesmo em estágio avançado da doença, desde que haja uma sobrevida de mais de algumas semanas. Tal benefício pode ser inferido pela sobrevida de muitos meses a anos observada em pacientes com câncer recebendo exclusivamente nutrição parenteral, quando qualquer outra pessoa sem alimentação teria sucumbido⁴⁴.

Para o uso de nutrição artificial domiciliar, é recomendada a seleção criteriosa desses pacientes que também devem apresentar ingestão dietética insuficiente crônica e/ou má absorção incontrolável³⁷. A nutrição parenteral domiciliar é uma terapia complexa, necessitando de uma adequada triagem dos pacientes para esse tipo de tratamento. É fundamental a avaliação das habilidades cognitivas e físicas do paciente antes de iniciar um programa de treinamento. Além disso, o ambiente doméstico, adequação médica, potencial de reabilitação, fatores sociais e econômicos e fontes de reembolso devem ser avaliados pela equipe multiprofissional antes de iniciar o treinamento para nutrição parenteral domiciliar⁴⁵.

Quanto ao estado nutricional, apenas um²⁷ dos quatro estudos^{12,17,27,33} da amostra, que abordaram a nutrição enteral, indicou efeito limitado desse suporte nutricional, devendo ser considerado apenas em pacientes com capacidade funcional regular e ausência de sintomas debilitantes. Em pacientes oncológicos, a fim de prevenir ou tratar a desnutrição, as diretrizes da ESPEN recomendam o uso de nutrição enteral se a nutrição oral for inadequada apesar das intervenções nutricionais de aconselhamento e suplementação nutricional oral, e recomenda a nutrição parenteral caso a nutrição enteral não seja suficiente ou viável³⁷.

Em pacientes com prognóstico reservado, com expectativa de vida de semanas ou dias, a literatura ressalta a importância de considerar os aspectos bioéticos da alimentação, em especial, o respeito pelos aspectos religiosos, culturais e étnicos, como também sociais, emocionais e existenciais³⁷. Complementando esse aspecto, o estudo de Cardenas⁴⁶ aborda como uma das situações especiais a terapia nutricional e hidratação no idoso, haja vista que essa população possui um maior risco de desenvolver desnutrição devido às múltiplas comorbidades e polifarmácia associada. No entanto, a indicação de nutrição artificial deve ser revisada em intervalos regulares, levando em consideração os riscos e benefícios, sempre observando os princípios da beneficência, não maleficência e autonomia⁴⁶.

Outro importante achado dessa revisão foi o de trazer algumas estratégias importantes para manejo de sintomas comuns aos idosos em cuidados paliativos como xerostomia, disgeusia, fadiga, dispneia, inapetência, anorexia, escaras, edemas, náuseas e vômitos, com resultados positivos em todos os estudos^{10,11,35,19,21,22,26,28,30-32} que abordaram tal manejo, sendo o aconselhamento nutricional a intervenção mais utilizada para trazer alívio aos sintomas. Corroborando com esses achados, Pinho-Reis⁴⁷ apresenta o manejo de diversos desses sintomas, com estratégias de aconselhamento nutricional, abordando também a necessidade de mudanças de vias de alimentação⁴⁷.

O cuidado nutricional quanto ao manejo de sintomas compreende diferentes intervenções incluindo, por exemplo, o aconselhamento nutricional, enriquecimento de refeições, oferta de lanches, modificações de consistências, fornecimento de suplementos nutricionais orais, nutrição enteral e parenteral, que podem se complementar mutuamente em relação aos seus efeitos sobre os sintomas apresentados. No entanto, os cuidados nutricionais vão além das intervenções, abrangendo também a assistência alimentar, a adaptação de fatores ambientais e a eliminação de causas subjacentes, necessitando dessa forma de uma ação multidisciplinar, com a colaboração de nutricionistas, enfermeiros, auxiliar de serviços gerais, profissionais da cozinha, médicos, terapeutas, familiares, cuidadores e o próprio paciente⁴⁰.

A avaliação dos sintomas em cuidados paliativos inclui componentes objetivos e subjetivos e conta com escalas e ferramentas validadas disponíveis para guiar os profissionais na avaliação da dor e de outras fontes de sofrimento, como por exemplo, a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), que tem sido extensivamente utilizada na pesquisa em cuidados paliativos pela facilidade do seu uso, com sistema em forma de *checklist*⁴⁸.

Apenas dois estudos^{15,23} da amostra abordaram o uso de ácido graxo ômega 3. Dentre esses, o de Fearon et al.²³ apresentou em sua conclusão que o estudo falhou ao demonstrar que o uso de suplementos enriquecidos com esse composto nutracêutico promoveria o anabolismo em pacientes com caquexia. Porém, a análise de potência observada de dose-resposta mostrou que, se usado em quantidade suficiente, essa intervenção promove ganho líquido de peso, massa magra e melhora da qualidade de vida. O estudo de Leite et al.⁴⁹ apresentou vários benefícios da suplementação de ômega 3 na promoção da qualidade de vida de pacientes em tratamento oncológico, conferindo melhora à resposta inflamatória e imunológica, na síntese muscular, xerostomia, cicatrização de feridas cirúrgicas e caquexia associada ao câncer. Semelhantemente, a diretriz da BRASPEN⁴¹ recomenda a suplementação com ômega 3 para pacientes em quimioterapia, desnutridos ou com perda ponderal objetivando a estabilidade ou aumento do apetite. Contudo, essa diretriz informa que as evidências para recomendar o uso do ômega 3 ainda são inconclusivas, necessitando de novas pesquisas para determinar a dose e o momento certo para seu uso.

Este estudo traz implicações importantes para a prática do nutricionista, como também para futuras pesquisas, uma vez que entre os nutricionistas que trabalham com cuidados paliativos, em especial, na terminalidade da vida, a maioria não possui formação em assistência paliativa, ressaltando a tendência de obstinação terapêutica, não levando em consideração o sofrimento causado por algumas intervenções, bem como a necessidade de minimizar conflitos éticos na tomada de decisões⁵⁰. Tais conhecimentos devem ser difundidos entre os nutricionistas, com compartilhamento de experiências quanto ao protocolo de atendimento utilizado em cada cenário

de atuação voltado às pessoas idosas em cuidados paliativos, norteados a vivência profissional nesse âmbito. Também seria importante uma abordagem quanto aos aspectos espirituais e a atuação do nutricionista, visando uma avaliação holística em sua plenitude.

Em termos de metodologia de pesquisa, obtivemos um número de onze ensaios clínicos randomizados^{12,14,35,16,23–26,28,31,32} e seis coortes prospectivos longitudinais^{10,11,13,18,19,29}, com intervenções nutricionais. Houve ainda sete estudos quase experimentais^{15,17,20,22,27,30,34} e apenas dois de coorte retrospectiva^{21,33}. Observa-se que dos 26 estudos selecionados, apenas onze deles foram publicados nos últimos dez anos^{10,12,35,16,18–20,22,29,33,34}, evidenciando-se a necessidade de se desenvolver mais estudos multicêntricos e com maior rigor metodológico que tragam as intervenções nutricionais mais eficazes na prática clínica para a população idosa em cuidados paliativos.

Houve algumas limitações para essa revisão. Embora a idade média dos participantes dos estudos tenha sido superior a 60 anos, a maioria dos estudos não abordou os resultados especificamente na parcela da população idosa, não nos oferecendo a opção de analisar separadamente os dados. Seis estudos tiveram pequenas coortes de dez a vinte e dois participantes^{15,19,22,27,30,35}, limitando assim a capacidade de generalizar os resultados. Quanto ao manejo de sintomas nos estudos selecionados, notamos a ausência de intervenções voltadas para alguns sintomas comuns à população idosa em cuidados paliativos como constipação, diarreia e mucosite.

REFERÊNCIAS

1. Howlett SE, Rutenberg AD, Rockwood K. The degree of frailty as a translational measure of health in aging. *Nat Aging*. 2021;1(8):651–665. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s43587-021-00099-3>
2. Moura, RBB; Araújo, AA; Barbosa, JM; Araújo R. Estado nutricional e funcionalidade em idosos hospitalizados em hospital universitário. *Acta Port Nutr*. 2020;21:22–25. Disponível em: https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2020/08/05_ARTIGO-ORIGINAL.pdf
3. Radbruch L, Lima L De, Knaul F, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754–764. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
4. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020;10(March):1–16. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2020.00085/full>

CONCLUSÃO

Esta revisão mapeou as principais intervenções nutricionais adotadas em idosos em cuidados paliativos. Os achados destacam a necessidade do conhecimento dessas intervenções pelos nutricionistas e a busca por outras evidências em futuras pesquisas.

Foi observado que o aconselhamento nutricional é a intervenção que oferece melhores resultados em todos os aspectos, sendo necessário que o nutricionista esteja atento às recomendações específicas para cada paciente, de forma individualizada às necessidades de cada um. A nutrição artificial foi amplamente apresentada como uma forma de trazer melhora no estado nutricional e, conseqüentemente, na qualidade de vida na grande maioria dos estudos, devendo ser avaliada de forma criteriosa quanto ao estágio da doença de base e expectativa de vida. Mais pesquisas devem ser conduzidas para trazer o real papel do ácido graxo ômega 3 na qualidade de vida e melhora do estado nutricional. O manejo de sintomas deve ser conduzido individualmente, com objetivo de trazer conforto e alívio ao sofrimento e de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente, sendo então necessária uma avaliação minuciosa quanto à intensidade e tipos de sintomas apresentados, com ação interdisciplinar, utilizando-se ferramentas de avaliação específicas. Embora haja lacunas na literatura quanto às intervenções adotadas para idosos em cuidados paliativos, é notória a importância da atuação do nutricionista nesse contexto, com o intuito de propiciar alívio ao sofrimento dessa população, promovendo conforto e qualidade de vida.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

5. Moura, RBB; Melo, ABP; Chaves, TR; Vaz, LMM; Barbosa, JM; Araújo R. Condutas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos : Revisão Integrativa. *Rev Fun Care Online*. 2020. jan./dez.; 12:737-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9432>
6. Amorim GKD, Silva GSN da. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. *Rev Bioética*. 2021;29(3):547–557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422021000300547&tlng=pt
7. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–473. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>
8. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Ver*. 2016;5(1):210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
9. Peters MDJ, Godfrey MC, Mcinerney P, Soares CB, Khalil H PD. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Inst* 2015;(February 2016):1–24.
10. Amano K, Morita T, Baba M, et al. Effect of Nutritional Support on Terminally Ill Patients With Cancer in a Palliative Care Unit. *Am J Hosp Palliat Med*. 2012;30(7):730–733. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909112469273>
11. Andrew IM, Waterfield K, Hildreth AJ, Kirkpatrick G, Hawkins C. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. *Palliat Med* 2009;23(8):680–688.
12. Aramaki T, Arai Y, Takeuchi Y, et al. A randomized, controlled trial of the efficacy of percutaneous transesophageal gastro-tubing (PTEG) as palliative care for patients with malignant bowel obstruction: the JIVROSG0805 trial. *Support Care Cancer*. 2019;28(6):2563–2569. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-019-05066-8>
13. Arnold C, Richter MP. The effect of oral nutritional supplements on head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol*. 1989;16(6):1595–1599. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0360301689909681>
14. Baldwin C, Spiro A, McGough C, et al. Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24(5):431–440. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104680515&lang=pt-br&site=ehost-live>
15. Barber MD, Ross JA, Voss AC, Tisdale MJ, Fearon KCH. The effect of an oral nutritional supplement enriched with fish oil on weight-loss in patients with pancreatic cancer. *Br J Cancer*. 1999;81(1):80–86. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/6690654>
16. Bouleuc C, Anota A, Cornet C, et al. Impact on Health-Related Quality of Life of Parenteral Nutrition for Patients with Advanced Cancer Cachexia: Results from a Randomized Controlled Trial. *Oncologist*. 2020;25(5):e843–e851. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004547347&from=export>
17. Ching N, Grossi C, Zurawinsky H, et al. Nutritional Deficiencies and Nutritional Support Therapy in Geriatric Cancer Patients. *J Am Geriatr Soc*. 1979;27(11):491–494. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0018608047&doi=10.1111%2Fj.1532-5415.1979.tb01735.x&partnerID=40&md5=acfec2349ebadbcf52df1c9826a1cf5>
18. Cotogni P, Carli L De, Passera R, et al. Longitudinal study of quality of life in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Cancer Med*. 2017;6(7):1799–1806. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85019692432&doi=10.1002%2Fcam4.1111&partnerID=40&md5=1a0285036bb2c23aa0f29b86c9c07115>
19. Crogan NL. Relieving Drug-Induced Xerostomia With Sorbet. *Ann Long Term Care*. 2015;23(2):17–21. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107777911&lang=pt-br&site=ehost-live>
20. Culine S, Chambrier C, Tadmouri A, et al. Home parenteral nutrition improves quality of life and nutritional status in patients with cancer: a French observational multicentre study. *Support Care Cancer*. 2014;22(7):1867–1874. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-014-2164-9>
21. Fabbro E Del, Hui D, Dalal S, Dev R, Nooruddin ZI, Bruera E. Clinical outcomes and contributors to weight loss in a cancer cachexia clinic. *J Palliat Med* 2011;14(9):1004–1008.
22. Ester M, Culos-Reed SN, Abdul-Razzak A, et al. Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*. 2021;21(1). Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85101427890&doi=10.1186%2Fs12885-021-07872-y&partnerID=40&md5=bb1ee1d61938539086e84886f0d404f8>

23. Fearon, KCH; Von Meyenfeldt, MF; Moses, AGH; Van Geenen, R; Roy, A; Gouma, DJ; Giacosa, A; Van Gossum, A; Bauer, J; Barber, MD; Aaronson, NK; Voss, AC; Tisdale M. Effect of a protein and energy dense n-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. *Gut*. 2003;52(10):1479–1486. Disponível em: <https://gut.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gut.52.10.1479>
24. Ha L, Hauge T, Spenning AB, Iversen PO. Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: A randomized, controlled trial. *Clin Nutr*. 2010;29(5):567–573. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2010.01.011>
25. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*. 2004;91(3):447–452. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/6601962>
26. Isenring EA, Bauer JD, Capra S. Nutrition Support Using the American Dietetic Association Medical Nutrition Therapy Protocol for Radiation Oncology Patients Improves Dietary Intake Compared with Standard Practice. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(3):404–412. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822306026745>
27. Lindh A, Cedermark B, Blomgren H, Wasserman J, Petrini B. Enteral and parenteral nutrition in anorectic patients with advanced gastrointestinal cancer. *J Surg Oncol*. 1986;33(1):61–65. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0022517615&doi=10.1002%2Fjso.2930330117&partnerID=40&md5=55e1af1dd5c9d9e8c4ab459fc5960e47>
28. Lundholm K, Daneryd P, Bosaeus I, Körner U, Lindholm E. Palliative Nutritional Intervention in Addition to Cyclooxygenase and Erythropoietin Treatment for Patients with Malignant Disease: Effects on Survival, Metabolism, and Function: A Randomized Prospective Study. *Cancer*. 2004;100(9):1967–1977. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L38529575&from=export>
29. Ma C-J, Huang C-W, Yeh Y-S, et al. Supplemental home parenteral nutrition improved nutrition status with comparable quality of life in malnourished unresectable/metastatic gastric cancer receiving salvage chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2020;29(4):1977–1988. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-020-05687-4>
30. Mccann RM, Hall WJ, Groth Juncker A. Comfort Care for Terminally III Patients: The Appropriate Use of Nutrition and Hydration. *JAMA J Am Med Assoc*. 1994;272(16):1263–1266. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0028110449&doi=10.1001%2Fjama.1994.03520160047041&partnerID=40&md5=01876a8736d40dd7635c3239019d3c4c>
31. Persson CR, Johansson BBK, Sjoden P-O, Glimelius BLG. A Randomized Study of Nutritional Support in Patients With Colorectal and Gastric Cancer. *Nutr Cancer*. 2002;42(1):48–58. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327914NC421_7
32. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck*. 2005;27(8):659–668. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20221>
33. Ruggeri E, Giannantonio M, Agostini F, Ostan R, Pironi L, Pannuti R. Home artificial nutrition in palliative care cancer patients: Impact on survival and performance status. *Clin Nutr*. 2020;39(11):3346–3353. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.02.021>
34. Senesse P, Tadmouri A, Culine S, et al. A Prospective Observational Study Assessing Home Parenteral Nutrition in Patients With Gastrointestinal Cancer: Benefits for Quality of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(2):183-191.e2. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392414003108>
35. Silvers MA, Savva J, Huggins CE, Truby H, Haines T. Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):3035–3044. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109758112&lang=pt-br&site=ehost-live>
36. Childs DS, Jatoi A. A hunger for hunger: a review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med*. 2019;8(1):50–58.
37. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11–48.
38. Hagmann C, Cramer A, Kestenbaum A, et al. Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(3):227–240.

39. Castro JMF de, Frangella VS, Hamada MT. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *ABCS Heal Sci.* 2017;42(1):519–522.
40. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2018;38(1):10–47. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
41. Horie LM, Ana Paula Noronha Barrére, Castro MG, et al. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer e Braspen recomenda: Indicadores de qualidade em terapia nutricional. *Braspen J* 2019;34(Supl 1):41–49.
42. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898–2913. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
43. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients.* 2012;5(1):267–282. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L368277971&from=export>
44. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2013;87(2):172–200. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.03.006>
45. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1645–1666. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.005>
46. Cardenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN.* 2021;41:23–29. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85098662397&doi=10.1016%2Fj.clnesp.2020.12.010&partnerID=40&md5=6ac8d2555310bd1276382fe6c3be0cae>
47. Pinho-Reis C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Rev Nutricias* 2012;(15):24–27.
48. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clin Pract Guidel Qual Palliat Care* 2018;(4).
49. Leite JT de A, Lobo LC, Andrade LG de. Ômega-3 no tratamento paliativo do câncer. *Rev Ibero-Americana Humanidades, Ciências e Educ.* 2021;7(10):1547–1561. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2680>
50. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro ÚB do P, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev Bioética.* 2020;28(1):135–146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100135&tlng=pt