

Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos

Nutritional Management in Palliative Care

Priscilla Hiromi Corrêa¹, Edna Shibuya²

Resumo

Com o intuito de delinear o papel do nutricionista frente à área de cuidados paliativos em oncologia, foi realizada uma revisão bibliográfica. Os temas abordados foram: dor oncológica, instituição de terapia nutricional via oral, enteral e parenteral, além de hidratação endovenosa, constipação, suboclusão e obstrução intestinal, náuseas e vômitos, inapetência e perda ponderal, diarreia, xerostomia, disgeusia e hiperglicemia. Diversas condutas dietoterápicas são recomendadas, de acordo com os autores pesquisados. Todos os trabalhos sempre enfatizam a importância do trabalho multiprofissional e de se respeitar as preferências alimentares do paciente. O foco em cuidados paliativos não é reabilitar o estado nutricional, mas oferecer conforto e prazer. O nutricionista deve balancear as recomendações dietoterápicas de acordo com os sintomas apresentados, estado geral do indivíduo, aceitação alimentar, nível de consciência e interação familiar. O trabalho multiprofissional é essencial para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna. O nutricionista é um dos responsáveis por oferecer recursos e esclarecimento aos pacientes e seus familiares. É essencial, independente de qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, respeitar a vontade do indivíduo.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Nutrição, Terapia nutricional, Cuidados terminais

¹Hospital do Câncer A.C. Camargo. Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN-UNIFESP) - São Paulo (SP)

²Departamento de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer A.C. Camargo - São Paulo (SP)

Endereço para correspondência: Priscilla Hiromi Corrêa. Rua Antonio Prudente, 211 - São Paulo - (SP) - CEP: 01509-010. E-mail: prihcorrea@yahoo.com

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são um ramo da medicina que enfatiza o cuidar global do paciente, quando este não apresenta mais resposta aos tratamentos considerados curativos^{1,2,3}. Através de uma série de ações e medidas realizadas pelos profissionais envolvidos, visam, principalmente, a fornecer melhor qualidade de vida ao indivíduo e sua família. O enfoque maior é dado ao controle da dor, sofrimento e melhora dos sintomas, e não em restabelecer a saúde integralmente, o que consistiria na "cura" da doença. As necessidades básicas de higiene e nutrição são valorizadas e oferecidas, pois também são partes do tratamento³.

Evitam-se tratamentos médicos fúteis, que prolonguem desnecessariamente sua vida, como procedimentos invasivos, dolorosos, exames desnecessários e inserção de cateteres, o que consistiria na distanásia. O oposto também é evitado, a eutanásia, que seria a interrupção abrupta de quaisquer medidas médicas que possam lhe proporcionar uma maior sobrevivência^{3,4,5}.

O câncer é uma doença de elevada incidência e prevalência no mundo, afetando indivíduos de todas as faixas etárias; estima-se que cerca de 11 milhões de novos casos são diagnosticados todos os anos e aproximadamente 7 milhões falecem⁶. Especialmente em países nos quais as condições de vida e o acesso da população aos sistemas de saúde são deficitários, as taxas são mais elevadas. Assim, em inúmeras ocasiões, o diagnóstico é realizado tardiamente, e o tratamento com intuito curativo não pode ser realizado.

A atuação dos nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, entre outros é fundamental. Tanto os aspectos éticos e psicológicos, bem como o nível de esclarecimento, a forma de abordagem e o entrosamento dos profissionais são essenciais para o paciente e seus familiares².

Em cuidado paliativo, é comum o paciente apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa àqueles de maior preferência. Conseqüentemente, podem ocorrer: baixa ingestão alimentar; perda ponderal com freqüências que podem variar de 31% a 87%; depleção de tecido magro e adiposo; e caquexia⁷. Em contrapartida, os efeitos colaterais dos tratamentos medicamentosos podem causar náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disgeusia, disfagia, entre outros^{7,8}.

O nutricionista é um dos profissionais que pode auxiliar na evolução favorável do paciente. Frequentemente, depara-se com verdadeiros impasses em relação à conduta dietoterápica. A discussão envolve

questões de comunicação com os familiares e o paciente, valores morais e ética profissional, afinal, existe a dúvida se instituir uma modalidade de terapia nutricional consiste em um cuidado básico ou um tratamento médico^{1,9}.

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica em relação aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos com doença avançada, enfocando o papel do nutricionista dentro da equipe multiprofissional, e apresentando as principais condutas dietoterápicas e sintomas e/ou intercorrências que o paciente pode apresentar.

METODOLOGIA

A metodologia consistiu na análise de artigos de periódicos, livros, manuais, teses, no período compreendido entre 1990 e 2006, encontrados nas seguintes bases de dados: Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil); Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Brasil); Dedalus (Acervo das Bibliotecas da USP, Brasil); Acervo da biblioteca do Hospital do Câncer Antônio Cândido Camargo (Brasil); Pubmed (*National Institutes of Health*, EUA).

Os seguintes termos foram cruzados nos idiomas português, espanhol e inglês: cuidados paliativos; nutrição; oncologia; fase terminal de doença; obstrução e suboclusão intestinal; dor e fadiga; terapia nutricional; terapia nutricional enteral e parenteral; dieta e perda de peso.

DOR ONCOLÓGICA

A dor é um dos sintomas mais freqüentes em pacientes oncológicos, especialmente quando a doença está avançada e afeta significativamente a qualidade de vida. Brandão¹⁰, em estudo retrospectivo transversal, com cerca de 600 pacientes, constatou que a dor era o segundo sintoma mais relatado, afetando aproximadamente 58% da população estudada.

O tratamento utilizado para o alívio da dor pode incluir combinações de narcóticos. Os principais medicamentos são os opióides, como: morfina, meperidina, metadona, fentanil, heroína, propoxifeno, codeína, pentazocina, buprenorfina, naloxona e naltrexona. Encontram-se também os não-opióides, como o ácido acetilsalicílico (AAS) e os antiinflamatórios não-esteróides (AINE)¹¹.

Essas medicações causam diversos efeitos colaterais, como xerostomia, disgeusia, náuseas e principalmente obstipação intestinal. Os princípios ativos se combinam com receptores no trato gastrointestinal (TGI), reduzindo a motilidade gástrica e secreções biliar, pancreática e intestinal. Os alimentos permanecem durante maior

tempo em contato com o lúmen, aumentando a absorção de fluidos e tornando as fezes mais endurecidas¹¹.

ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL VIA ORAL (VO), ENTERAL (TNE), PARENTERAL (NP) E HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA (EV)

Para muitos profissionais que atuam em cuidados paliativos, há um verdadeiro dilema em relação ao emprego da dieta VO, TNE e/ou NP aos pacientes. Entretanto a nutrição possui diferentes significados, pois depende do indivíduo, dos hábitos alimentares, da procedência e da religião. Dentre outros fatores, a alimentação pode envolver afeto, carinho e vida^{1,12}.

Em relação à administração da TNE e/ou NP, o momento em se instituir ou suspender, além do tipo e do volume a ser administrado, são questões que geram muitas dúvidas na equipe cuidadora. Nutricionistas e médicos questionam se haveria algum benefício para o paciente, pois é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante².

Estudo conduzido por Chiu et al.¹³, em Taiwan, com 344 pacientes com câncer terminal, monitorou-os desde o momento da internação até a morte. Em três momentos (à internação no hospital, uma semana após e quarenta e oito horas antes da morte, retrospectivamente), foram analisados: a possibilidade de alimentação VO e a utilização de outras terapias nutricionais (TN), os distúrbios do TGI e o nível de consciência. Foi constatado que cerca de 39% deles não conseguiam se alimentar VO, grande parte em função de distúrbios do TGI (58%). As TNE ou NP foram administradas, porém sua utilização foi diminuindo nas últimas 48 horas de vida dos pacientes. Os autores constataram que as instituições dessas TN não apresentaram diferenças na sobrevida dos pacientes, e provavelmente não lhes proporcionaram melhor qualidade de vida.

Como observado em pacientes terminais, a NP não parece oferecer benefícios na sobrevida e melhora do estado nutricional¹⁴.

Bozzetti et al.¹⁵ desenvolveram *guidelines* para a instituição de TNE, NP e hidratação para pacientes oncológicos terminais. De acordo com os autores, devem ser considerados oito passos para a tomada de uma decisão sobre a TN do paciente: condição clínica, sintomas, expectativa de vida, estado nutricional, condições e aceitação de alimentação VO, estado psicológico, integridade do trato gastrointestinal (TGI) e necessidade de serviços especiais para oferecimento da dieta. Posteriormente, é aconselhável iniciar o tratamento e reavaliar seus resultados periodicamente.

Nesses *guidelines*, diversos fatores devem ser considerados para se instituir uma determinada TN: sinais e sintomas que afetem a nutrição do paciente; aceitação da dieta VO; expectativa de vida; desidratação e grau de desnutrição energético-proteica; além da funcionalidade do TGI.

Segundo a *American Dietetic Association* (ADA)⁴, a nutrição em pacientes com doença avançada deve oferecer: conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade e aumento da auto-estima e independência, além de permitir maior integridade e comunicação com seus familiares.

A dieta VO será sempre preferencial, desde que o TGI esteja íntegro e o paciente apresente condições clínicas para realizá-la e assim o deseje^{2,16}. O paciente sob cuidado paliativo é diferente daquele em estado terminal e cabe ao profissional saber identificá-lo. É importante ressaltar que todo o conjunto: paciente, familiares e equipe deve ser avaliado e não apenas um fator isoladamente. Portanto, não é recomendado começar ou manter a TN nos últimos momentos de vida, por constituir medida fútil e não oferecer conforto².

O uso da VO pode ser em conjunto com a TNE e NP. A relação custo/ benefício é prioritária, e a TNE é sempre preferencial em relação à NP, desde que haja funcionalidade do TGI¹⁷.

A NP possui poucas aplicações em pacientes com doença avançada, como em obstruções intestinais irreversíveis, presença de fístulas intestinais, vômitos intratáveis, TGI não funcional e impossibilidade de ingerir VO^{7,15}. Desde que contribua com uma melhor qualidade de vida e expectativa de sobrevida considerável, além da participação de familiares e outros cuidadores, a NP pode ser aplicada, tanto em nível hospitalar como domiciliar¹⁸. As alterações metabólicas advindas da NP, como hiperglicemia, risco de infecção de cateteres e elevado custo financeiro, precisam ser ponderadas pelos profissionais, para que não se torne medida fútil^{14,18}.

A hidratação EV pode ser administrada de acordo com a sobrevida e sintomatologia do paciente, pois a desidratação causa confusão mental e desconforto, além disso, não oferecê-la é negligenciar um cuidado básico ao paciente¹⁷.

Em pacientes impossibilitados de se comunicarem, comatosos, com rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental, a opinião dos familiares deve ser considerada e a equipe deve discutir e definir junto à família toda conduta^{1,19,20}.

CONSTIPAÇÃO, SUBOCLUSÃO E OBSTRUÇÃO INTESTINAL

A constipação é um distúrbio bastante comum em pacientes oncológicos com doença avançada e apresenta

causas multifatoriais, listadas a seguir²⁰⁻²²: uso de medicações para controle da dor, especialmente os opióides; comumente o paciente permanece acamado durante considerável parte do dia; apresenta baixa ingestão alimentar e hídrica; distúrbios hidroeletrólíticos, como hipercalcemia e hipocalcemia; compressão tumoral intestinal, dependendo do tipo de tumor; danos neurológicos, que alteram a motilidade intestinal; falta de privacidade e desconforto.

Como referidas, a suboclusão e a obstrução intestinal também podem resultar em constipação, especialmente em pacientes com câncer em região pélvica, ginecológicos (ovário), gástrico e pancreático, e surgem em função do crescimento tumoral, invasão de plexo, presença de adesões, hérnia, radioterapia prévia, carcinomatose peritoneal, além do uso de elevada dosagem de opióides^{19,23}.

Os sintomas mais freqüentes em ambos são: dores e distensão abdominal, vômitos, redução do apetite, sensação de saciedade precoce e alterações de humor²³.

O tratamento consiste em aumentar, quando viável, o nível de atividade física do indivíduo, para estimular a motilidade intestinal; alterações na dieta; e o uso de medicamentos laxativos, pois são fatores que comprovadamente melhoram a qualidade de vida dos pacientes^{21,24}. Os medicamentos não são indicados na presença de impação fecal e fecalomas^{20,23}.

Nos casos de obstipação, a dietoterapia visa a aumentar a hidratação e o teor de fibras alimentares na dieta. O uso de laxantes torna-se obrigatório na prescrição médica; geralmente o paciente necessita destes medicamentos para obter melhora dos sintomas. As principais medidas dietoterápicas que podem ser adotadas são^{11,25}: fracionar a dieta em seis refeições por dia ou mais, dependendo da aceitação alimentar; estimular a ingestão de líquidos, em cerca de 1,5 litros a 2 litros por dia, que também variará em função da presença de edemas. Pode ser através do consumo de preparações e alimentos com maior teor hídrico (preparações com molho, úmidas, frutas e sucos, caldos e sopas); oferecer alimentos fonte de fibras solúveis e principalmente as insolúveis, que apresentam maior efeito laxativo, como: verduras e folhas em geral (alface, agrião, rúcula, mostarda, brócolis, almeirão, repolho, entre outros). Se bem tolerado pelo paciente, oferecê-las na forma crua; frutas com casca e/ou bagaço e com maior teor laxativo, como: abacaxi, laranja, mamão e ameixa.

Em casos de obstrução ou suboclusão intestinal, geralmente as intervenções cirúrgicas estarão contraindicadas, o abdômen não é abordável, em função da doença avançada e presença de metástases²³. Uma sonda nasogástrica aberta pode ser aplicada como medida

paliativa, e medicações procinéticas são também indicadas, visando a aumentar a motilidade intestinal e auxiliar a resolver o quadro.

Quando o paciente não apresenta um TGI íntegro, como nas obstruções intestinais irreversíveis, a utilização de NP deve ser avaliada. Embora a aplicação seja controversa, naqueles com melhor prognóstico e considerável sobrevida, maior do que três meses, podem se beneficiar e apresentar melhora da qualidade de vida^{14,19}.

Como já abordada no item anterior, a relação custo/benefício precisa ser discutida com o paciente, pois também existem os riscos de se utilizar a NP, como infecção de cateter, hiperglicemia, além do elevado custo financeiro.

DIARRÉIA

Em relação à presença de diarreia nos pacientes com doença avançada, deve-se também considerar os medicamentos utilizados, a presença de outras doenças, como colite e doença de Crohn, fístulas enterais, vômitos e radioterapia paliativa em região pélvica²⁰.

As recomendações alimentares, em geral, são^{20,25}: fracionar a dieta, em cerca de seis refeições por dia; evitar o consumo de alimentos com elevado teor de fibras insolúveis, como verduras (cruas ou cozidas), frutas, especialmente com casca; repor os líquidos e minerais perdidos nas evacuações, ingerindo líquidos várias vezes ao dia, em pequenos volumes; evitar consumir alimentos com elevado teor lipídico, como frituras; evitar o consumo de café, bebidas alcoólicas e chá preto; evitar o consumo de leite e queijos; optar pelo consumo de iogurtes simples e leite com teor de lactose reduzido; consumir alimentos e preparações mais obstipantes, como arroz, fubá e tapioca, frutas sem a casca, como maçã, goiaba, maracujá, banana-maçã e prata, limão; utilizar a terapia de reidratação oral (TRO), através do uso da solução de reidratação, especialmente para crianças, há necessidade de hidratação e reposição de potássio endovenosa.

INAPETÊNCIA E PERDA PONDERAL

A inapetência e perda ponderal intensa são muitas vezes já esperadas em pacientes oncológicos portadores de doença avançada e podem inclusive ser indicativos de que o final da vida está próximo. A dieta deve oferecer prioritariamente conforto, e não visar à reabilitação do estado nutricional do indivíduo^{4,23}.

Existem medicamentos empregados para melhorar o apetite do indivíduo e, dessa maneira, aumentar sua interação social e o convívio com a família. Os principais são os corticosteróides, progestágenos (acetato de megestrol) e canabinóides^{8,23}.

Assim, algumas recomendações nutricionais podem

ser realizadas, como^{8,23}: encarar a dieta como uma opção, ou seja, a família não deve pressionar o paciente a se alimentar se ele não deseja; fracionar a alimentação em cerca de seis refeições por dia; consumir alimentos com elevado teor calórico e protéico, como preparações acrescidas de queijos, leite integral, mel, açúcar, sorvete, cremes e recheios. É importante ressaltar que, na presença de diabetes melitus, o uso de preparações e alimentos *diet*, sem sacarose, são recomendados; utilizar suplementos alimentares, uma a três vezes por dia, sob orientação do nutricionista; realizar as refeições em ambiente agradável, junto à família, com pratos bem decorados e atraentes; não consumir líquidos junto com as refeições; dar preferência para sucos, vitaminas, líquidos com teor calórico considerável, não apenas água. Estes são recursos que podem oferecer as necessidades nutricionais para o paciente ter melhor qualidade de vida.

De fato, Wallengren et al.²⁶, ao estudarem 259 pacientes portadores de tumores gastrintestinais em estágio avançado, constataram que a densidade energética apresenta associação positiva com o valor calórico total consumido. Assim, as medidas relatadas devem ser incentivadas.

XEROSTOMIA E DISGEUSIA

A xerostomia pode ser advinda do próprio tumor, hidratação inadequada do paciente, tratamento médico com determinados medicamentos e radioterapia aplicada em cabeça e pescoço²⁰. O paciente deve sempre manter boa higiene oral, e pode utilizar saliva artificial, protetores labiais, evitar respirar pela boca e lamber os lábios^{17,25}.

A disgeusia pode ocorrer principalmente em função do uso dos medicamentos, além da administração de quimio e radioterapias paliativas, dependendo da localização do tumor e do tipo de medicação utilizada.

As principais recomendações alimentares são^{17,25}: se bem tolerado, chupar frutas cítricas, para estimular a salivagem; ingerir líquidos em pequenos volumes e várias vezes ao dia, inclusive durante as refeições, para facilitar a deglutição e a mastigação; consumir alimentos e preparações mais úmidas, com caldos, molhos, cremes e/ou maionese, por exemplo; evitar alimentos muito condimentados, que exijam excessiva mastigação e secos; utilizar mais temperos nas preparações e oferecer alimentos de maior preferência pelo paciente. Os doces podem ser mais bem tolerados, dessa forma, se oferecidos criteriosamente, consistindo em mais uma opção.

NÁUSEAS E VÔMITOS

Também apresentam causas multifatoriais e são frequentes em pacientes oncológicos com doença

avançada. A administração de muitos medicamentos em elevadas dosagens, quimio e radioterapias paliativas, especialmente em portadores de tumores que envolvem o TGI, podem agravar esses sintomas. Medicações antieméticas, como metoclopramida ou haloperidol, precisam ser administradas, principalmente se os vômitos forem de difícil controle²⁵.

A dietoterapia inclui as seguintes medidas^{17,25}: consumir alimentos e preparações de maior preferência, que causem menos náuseas; consumir devagar e várias vezes ao dia, líquidos em pequena quantidade e que tolere melhor (podem ser sucos, chás ou água de coco); evitar cozinhar ou oferecer alimentos e preparações com odores muito fortes e temperados; evitar se alimentar se os vômitos forem muito frequentes e persistentes; o uso de NP e/ou hidratação EV deve ser avaliado, para se evitar desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.

HIPERGLICEMIA

A hiperglicemia é uma complicação bastante comum em pacientes oncológicos, especialmente naqueles com doença avançada, pois causa alterações metabólicas, resistência à insulina e intolerância à glicose. Além disso, o uso frequente de medicações hiperglicemiantes, como corticóides, contribui para o desencadeamento do quadro¹⁹.

O tratamento médico instituído consiste em administrar hipoglicemiantes e/ou insulina; a dietoterapia é semelhante aos diabéticos, pois a TN é direcionada para o controle adequado da glicemia; evitar descompensação metabólica e seqüelas advindas da hiperglicemia constante²⁰.

As principais recomendações alimentares são: evitar o consumo de alimentos que possuam sacarose em sua composição, sempre considerando o estado nutricional do paciente e sua aceitação alimentar; fracionar a dieta em várias refeições por dia; observar e orientar a dieta de acordo com protocolo de insulino terapia, quando presente; manter consumo adequado de alimentos fonte de fibras alimentares (solúveis e insolúveis), além de alimentos de menor índice glicêmico²⁷.

CONCLUSÕES

Em cuidados paliativos, a atuação multiprofissional é essencial para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna. Respeito, ética, sensibilidade e sinceridade devem sempre nortear a equipe durante o tratamento.

O nutricionista é um dos profissionais responsáveis por oferecer recursos e esclarecimento aos pacientes e seus familiares. Portanto, habilidade para se comunicar

é fundamental, e tão importante quanto possuir conhecimento técnico dentro de sua especialidade.

É essencial, independente de qualquer conduta dietoterápica a ser realizada, respeitar a vontade do indivíduo. A prescrição dietética além de fornecer as necessidades nutricionais do paciente deve, acima de tudo, oferecer prazer e conforto. Dessa forma, juntamente com outras medidas, contribuirá com a manutenção da qualidade de vida do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

1. Fernández-Roldán AC. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. *Nutr Hosp*. 2005;20(2):88-92.
2. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
3. World Health Organization (WHO). Palliative care. 1990. [cited 2006 Jan 20] Available from: <<http://www.who.int>>
4. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. *J Am Diet Assoc*. 1992;92(8):996-1002.
5. Lopes LF, Camargo B, Furrer AA. Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal. *Pediatr Mod*. 1999;35(11):894-901.
6. World Health Organization (WHO). Cancer. [cited 2006 Jan 20] Available from: <<http://www.who.int>>
7. Huhmann MB, Cunningham RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. *Lancet Oncol*. 2005;6:334-43.
8. Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2003;11:11-20.
9. Herrmann VM. Soporte nutricional: ¿Ético o apenas conveniente, y quién lo decide? *Lect Nutr*. 1999;6(3):19-34.
10. Brandão C. A última internação hospitalar dos pacientes com câncer que evoluíram a óbito intra-hospitalar: análise dos pacientes do Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital A.C. Camargo. [Tese de Mestrado]. São Paulo: Fundação Antonio Prudente; 2003.
11. Dos Santos HS. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(2):263-69.
12. Sandstead HH. A point of view: nutrition and care of terminally ill patients. *Am J Clin Nutr*. 1990;52:767-69.
13. Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2002;10:630-36.
14. Torelli GF, Campos AC, Meguid MM. Use of TPN in terminally ill cancer patients. *Nutrition*. 1999;15:665-67.
15. Bozzetti F. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition*. 1996;12(3):163-67.
16. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer*. 2001;9:223-33.
17. Eberhardie C. Nutrition support in palliative care. *Nurs Stand*. 2002;17(2):47-52.
18. 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.
19. McKinlay AW. Nutritional support in patients with advanced cancer: permission to fall out? *Proc Nutr Soc*. 2004;63:431-35.
20. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Manual de cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
21. Goodman M, Low J, Wilkinson S. Constipation management in palliative care: a survey of practices in the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(3):238-44.
22. Summerbell CD. Nutritional advice and support for individuals with incurable diseases. *Br J Biom Sci*. 1994;51:271-77.
23. Sutton LM, Demark-Wahnefried W, Clipp EC. Management of terminal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol*. 2003;4:149-57.
24. Moraes TM, Pimenta CAM. Constipação intestinal em doentes com doença oncológica avançada. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):118-23.
25. World Health Organization (WHO). Palliative care: symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness. Interim guidelines for first level facility health workers. 2004. [cited 2005 Dec 27] Available from: <<http://www.who.int>>
26. Wallengren O, Lundholm K, Bosaeus I. Diet energy and energy intake in palliative care cancer patients. *Clin Nutr*. 2005;24:266-73.
27. Ministério da Saúde. Abordagem nutricional em diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Abstract

In order to define the dietitian's role in palliative care for cancer, we performed a review of the recent literature. The most widely cited subjects were: oncologic pain, management of oral, enteral, and parenteral nutritional therapy, intravenous hydration, constipation, bowel obstruction and semi-obstruction, nausea and vomiting, lack of appetite and weight loss, diarrhea, xerostomy, dysgeusia, and hyperglycemia. There are numerous dietetic recommendations, which vary according to the authors. All studies emphasized the importance of interdisciplinary care and respect for the patient's preferences. The primary aim is not to recover nutritional status, but to offer comfortable, pleasant conditions for the patient. The dietitian should balance the recommendations according to the patient's current symptoms, general status, oral food intake, level of consciousness, and family interaction. Interdisciplinary care is essential for providing quality of life and an end of life with dignity for the patient. The dietitian is one of the key team members responsible for offering nutritional support and information to patients and families. In addition to providing dietetic orientation, it is essential to respect the patient's wishes.

Key words: Palliative care, Nutrition, Nutritional therapy, Terminal care