

A boa morte: o holos do “comer” no fim da vida **Good Death: The Holos “Eating” in the End of Life**

Luan Medeiros da Silva

Universidade Federal da Paraíba

luan.medeiros@hotmail.com

Michelle Cristine Medeiros da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

mcmedeiross@gmail.com

Karine Cavalcanti Maurício de Sena-Evangelista

Universidade Federal da Paraíba

kcmsena@yahoo.com.br

Fernanda Rafaella de Melo Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

fernandamelo03@yahoo.com.br

Bruna Farias da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

brunafsnutri@gmail.com

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2016

Fecha de recepción evaluador: 9 de junio de 2016

Fecha de recepción corrección: 1 de julio de 2016

Resumo

Cuidado paliativo corresponde a um tratamento multiprofissional que busca o alívio da dor e do sofrimento de pacientes terminais e seus familiares. O presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o papel da alimentação no tratamento paliativo na terminalidade. Para realização do trabalho foram consultadas as bases de dados: Lilacs, Medline e Scielo. Foram incluídos na revisão artigos publicados entre 2000 e 2014, apenas nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e que estivessem disponíveis virtualmente na íntegra. A pesquisa retornou um total de sete trabalhos que foram posteriormente discutidos em duas categorias que dialogam desde questões conceituais sobre cuidados paliativos até o entendimento alimento como veículo de prazer e bem estar em pacientes terminais. Em comum as categorias tentam responder qual o papel da alimentação para os doentes terminais em um contexto de palição. Compreende-se que a palição é uma abordagem sustentada por pilares filosóficos e bioéticos, que busca garantir a autonomia e a dignidade dos pacientes, e que a terapia nutricional, deve ser pensada levando em conta aspectos socioeconômicos, culturais, filosóficos, éticos e espirituais.

Palavras-chave: Terapia Nutricional, Cuidados Paliativos, Pacientes Terminais.

Abstract

Palliative care represents a multidisciplinary treatment seeking relief from pain and suffering of terminally ill patients and your relatives. This study aimed to conduct a literature review on the role of food in the palliative treatment of terminal patients. To carry out the work were consulted databases: Lilacs, Medline and Scielo. Were included in the published articles between 2000 and 2014, only in Portuguese, English or Spanish and were available virtually in full. The search returned seven works that they were later discussed in two categories that dialogue from conceptual questions about palliative care, understanding of food as a vehicle of pleasure and welfare for terminal patients. In common, these categories try to answer what the role of food for the terminally ill in a context of palliation. It is understood that palliation is a sustained approach to philosophical and bioethical pillars, which seeks to guarantee the autonomy and dignity of patients, and nutritional therapy, should be considered taking into account socio-economic, cultural, philosophical, ethical and spiritual aspects.

Keywords: Nutritional Therapy, Palliative Care, Terminally Ill.

Introdução

Os cuidados paliativos se confundem historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas que objetivassem o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice*, que fossem recomendados em todos os países do mundo para pacientes com câncer. O termo cuidados paliativos, que já era utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas (Maciel, 2008).

Entende-se por cuidados paliativos o tipo de tratamento multiprofissional que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida de forma irreversível, por meio de intervenções que previnam e aliviem a dor e o sofrimento, sendo necessário, portanto, avaliar e controlar não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (ANCP, 2009).

O diagnóstico e o tratamento de pacientes em cuidados paliativos trazem à tona o medo da morte e as pressões culturais a ela associadas. Dessa forma, a sua prescrição é permeada por questões filosóficas e fundamentos éticos para que a assistência ocorra sempre de forma integral e humanizada. Fica a ideia de que a verdade sobre o diagnóstico e prognóstico negativo da doença pode levar o paciente a uma depressão irreversível por destruir sua esperança de viver. No entanto, conclui-se que a mentira e a evasão frente à doença são o que realmente isolam o paciente (Matsumoto, 2009).

Esta abordagem do cuidado fundamenta-se em princípios da bioética e na humanização do tratamento de saúde com o objetivo de preservar, não apenas integridade do corpo e a saúde, mas sim a dignidade humana, que corresponde a possibilidade do ser humano de agir livremente, por intermédio de sua própria consciência e se autodeterminar (Nunes, 2008).

A dor e o sofrimento causado pela iminência da morte, são o foco do tratamento paliativo. Estas duas sensações se assemelham na emoção negativa e ameaçadora da própria vida, sentimento frequente nesses pacientes. Embora seja possível sofrer sem ter dor ou ter dor sem sofrer, em certos casos, o seu sofrimento é a leitura racional e o significado emocional de sua própria dor. Surge então a importância de encarar este fenômeno doloroso sob os aspectos biopsicossociais e espirituais, vinculados aos valores éticos e não somente religioso (Sousa, 2002) (Drummond, 2011).

O suporte nutricional é essencial na abordagem paliativa, tendo em vista o comum sintoma de inapetência e desinteresse pelos alimentos, fato esse que leva a um balanço energético negativo e a um índice elevado de desnutrição nesses pacientes (Reiriz, et al., 2008). Contudo, a pertinência do nutrir fisiologicamente em estados terminais não exclui as demandas invasivas impostas por estas práticas e, daí, chega-se a um dilema bioético, pois, nessa condição de impossibilidades, o alimento acaba sendo mais notado pela sua ausência ou pelas dificuldades na sua ingestão do que pela sua presença e prazer proporcionados.

Neste contexto, é imprescindível a discussão sobre cuidados paliativos e a alimentação junto a pacientes em cuidados paliativos. Acredita-se que a característica multifacetária da alimentação seja capaz de unir em sua essência aspectos físicos, sociais, emocionais, culturais e espirituais. Funcionando, por vezes, como veículo maior de prazer e bem estar, tendo em vista a íntima relação do homem com o comer e a comida (Benarroz, Faillace, & Barbosa, 2009).

Portanto, o objetivo deste trabalho é realizar revisão de literatura sobre o papel da alimentação no tratamento paliativo de pacientes terminais.

Metodologia

Para realização do trabalho foram utilizadas as bases de dados: Lilacs- por meio da Bireme, Medline - acesso por meio do Pubmed, e Scielo. A revisão sistematizada foi organizada a partir dos seguintes critérios: descritores: terapia nutricional (nutritional therapy) e tratamento paliativo (paliative care) e pacientes terminais (finally ill), além de seus respectivos termos em inglês; durante o período de 2000-2014. Foram incluídos artigos publicados apenas nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e que estivessem disponíveis virtualmente na íntegra. Obedeciam ao critério de exclusão os artigos que se repetiam e aqueles que eram fruto de outras revisões de literatura. O total de artigos retornados na pesquisa, bem como o quantitativo de artigos utilizados nesta revisão encontram-se descritos no quadro a seguir.

Quadro 1: Total de artigos retornados e utilizados por base de dados

Bases de dados	Total de artigos retornados na pesquisa	Total de artigos utilizados na revisão
PubMed	58	6
Bireme	24	1
Scielo	0	0

Resultados e discussão

As buscas realizadas retornaram um total de sete trabalhos, os quais foram utilizados nesta revisão de literatura (Quadro 2).

Quadro 2: Artigos resultantes da busca na literatura

TÍTULO	AUTORES
Quality of Life in End Stage Renal Disease: A Multicentre Comparative Study.	(Gayle, Soyibo, Gilbert, Manzanares, & Barton, 2009)
Parenteral nutrition support for patients with pancreatic cancer. Results of a phase II study	(Pelzer, et al., 2010)
Withdrawal of artificial nutrition and hydration in the Neonatal Intensive Care Unit: parental perspectives.	(Hellmann, Williams, Ives-Baine, & Shah, 2013)
Practice Patterns and Perceptions About Parenteral Hydration in the Last Weeks of Life: A Survey of Palliative Care Physicians in Latin America	(Torres-Vigil, et al., 2012)
Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy.	(Hutton, et al., 2006)
Palliative Nutritional Intervention in Addition to Cyclooxygenase and Erythropoietin Treatment for Patients with Malignant Disease: Effects on Survival, Metabolism, and Function.	(Lundhol, Daneryd, Bosaeus, Köner, & Lindholm, 2004)
Utilization of Supportive and Palliative Care Services among Oncology Outpatients at One Academic Cancer Center: Determinants of Use and Barriers to Access.	(Kumar, et al., 2012)

Uma análise dos artigos encontrados possibilitou a extração de duas categorias de ideias que tratam da importância e adoção da terapia nutricional paliativa como prática frequente em pacientes terminais. Elas tentam responder à seguinte questão: *qual o papel da alimentação para doentes terminais em um contexto da palição?*

As categorias elencadas correspondem, respectivamente:(1) uma abordagem sobre os fatores relevantes na adoção deste tratamento, desde o aspecto físico a questões

psicossociais, éticas, religiosas, entre outras; (2) o estabelecimento da relação entre palição e a terapia nutricional, dando relevo ao alimento como veículo de promoção de prazer e bem estar.

Fatores relevantes na palição: do corpo à alma

A OMS desenhou um modelo de intervenção em cuidados paliativos que têm início desde o momento do diagnóstico, fazendo com que a palição se desenvolva de forma conjunta com as terapêuticas capazes de modificar o curso da doença em questão. O tratamento paliativo ganha merecida importância à medida em que o tratamento curativo perde sua efetividade (Maciel, 2008).

Este modelo de intervenção inclui ações terapêuticas que objetivam o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e o apoio espiritual, além de outras ações que promovam bem estar e qualidade de vida aos pacientes. São esses os fatores de maior relevância na adoção de terapias paliativas, que buscam assistir o paciente de forma integral e humanizada, abrangendo cuidados do corpo e da alma até a morte (Maciel, 2008).

É relevante discutir quando tratamos de cuidados paliativos a atenuação do sofrimento e da dor nos estágios finais da vida. A dor segundo a Sociedade Americana de Dor, é o quinto sinal vital e pode ser definida como uma experiência subjetiva que se associa a um dano real ou potencial nos tecidos (Sousa, 2002).

Embora fisiológica, a dor tem também um caráter pessoal e subjetivo. Fugir da dor é ato racional e normal e à medida que a dor e a morte são absorvidas pela sociedade médica, as capacidades de enfrenta-las, de inseri-las no ser e de vivê-las são retirada da pessoa (Pessin & Bertachini, 2004).

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnorreia a vítima, obrigando-a a entregar-se ao tratamento. Ela transforma em virtudes obsoletas a compaixão e a solidariedade, fonte de reconforto. Nenhuma intervenção pessoal pode mais aliviar o sofrimento. Só quando a faculdade de sofrer e de aceitar a dor foi enfraquecida é que a intervenção analgésica tem efeito previsto. Neste sentido, a gerência da dor pressupõe a medicalização do sofrimento (Pessin & Bertachini, 2004).

O sofrimento, que muitas vezes é confundido com a dor, é um conceito bem mais abrangente, pois provoca, essencialmente, redução da qualidade de vida, como resposta negativa induzida pelo medo, ansiedade, estresse e outros estados psicológicos. O que têm de semelhante entre eles é a emoção negativa ou ameaçadora da própria vida, sentimento frequente em pacientes terminais. Embora seja possível sofrer sem ter dor ou ter dor sem sofrer, em certos pacientes o seu sofrimento é a leitura racional e o significado emocional de sua própria dor. Daí a necessidade de se encarar este fenômeno doloroso

sob o tríplice aspecto biopsicossocial adicionado a este, na maioria das vezes, o aspecto espiritual, vinculado a valores éticos e não somente religioso (Drummond, 2011).

O conceito de “dor total”, introduzido por Cicely Saunders, é de extrema importância para o movimento *hospice* e um dos fundamentos da busca da “boa morte”. A premissa do conceito de “dor total” é a de que cada morte é tão individual quanto a vida que a precede. O termo mostra a importância de todas as dimensões dos sofrimentos humanos (físico, mental, social e espiritual). Portanto, o alívio adequado da dor não é alcançado sem dar-se atenção a essas dimensões indissociáveis (ANCP, 2009) (Floriani, 2009).

De acordo com o estudo de Gayle et al, realizado em dois hospitais da Jamaica e um do Panamá, foi concluído que para determinar a qualidade de vida de pacientes em fase terminal é importante levar em consideração fatores para além dos biológicos, destacando a importância de se analisar o papel da espiritualidade, ao mesmo passo em que se analisa marcadores nutricionais em uma investigação de qualidade de vida (Gayle, Soyibo, Gilbert, Manzanares, & Barton, 2009).

Alguns estudos mostram impactos positivos ao corpo (físico) da terapia nutricional e hidratação especializada para pacientes terminais (Gayle, Soyibo, Gilbert, Manzanares, & Barton, 2009) (Pelzer, et al., 2010) (Lundhol, Daneryd, Bosaeus, Köner, & Lindholm, 2004). Entre eles, temos um realizado com 32 pacientes ambulatoriais em estado terminal de câncer, com o objetivo de avaliar o impacto da terapia nutricional parenteral através da avaliação de parâmetros antropométricos como a bioimpedância e o IMC. De acordo com os seus resultados, foi demonstrado efeito positivo temporário deste tipo de terapia em todos os pacientes estudados pelo menos em um dos parâmetros avaliados (Pelzer, et al., 2010). Entretanto, não foi realizada na pesquisa uma análise global dos fatores que determinam a qualidade de vida de um paciente terminal, como sugerido no estudo de Gayle et al (2009). Os pesquisadores limitaram apenas a analisar parâmetros da melhora do estado nutricional em termos estritos. Cabe então perguntar-nos: em que medida os efeitos positivos temporários, para os fatores estritamente analisados, possibilitou uma sobrevida com qualidade de vida e dignidade para esses pacientes?

Em cuidados paliativos é comum, portanto, nos depararmos constantemente com dilemas bioéticos como este. Tratam-se de conflitos gerados entre o progresso biomédico e os direitos humanos. Estes conflitos são abrangentes e vão desde a má gestão dos recursos na saúde pública, até a problemas ocasionados pela aplicação de tecnologia de ponta no tratamento de pacientes terminais. A bioética surge, então, para contribuir na procura de respostas equilibradas ante os conflitos e requer abordagens pluralistas e

transdisciplinares a partir de visões complexas da totalidade concreta que nos cerca (Garrafa, 2005).

Outro exemplo desses conflitos encontrados em pacientes terminais é apresentado no trabalho realizado com neonatos em um hospital do Canadá, em que a decisão de se retirar o suporte nutricional com o intuito de seguir uma abordagem paliativa era tomada pelos pais e pela equipe médica, tendo em vista que este suporte nutricional era percebido como uma intervenção onerosa (Hellmann, Williams, Ives-Baine, & Shah, 2013). Frente a estes dilemas encontrados no tocante dos cuidados paliativos, quem está apto a decidir pela vida?

Para responder a este questionamento é fundamental reforçar a ideia de que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que deve estar presente em todas as decisões e intervenções. A decisão, portanto, depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da reflexão das consequências individuais e sociais, entre outros fatores como o respeito a autonomia, que implica no reconhecimento da pessoa como fim em si mesmo, capaz de autogovernar-se e de tomar decisões (Nunes, 2008).

No entanto, além de tais princípios bioéticos repousarem sobre um campo que choca frontalmente com a moral dominante em nossa sociedade, como bem demonstra Friedrich Nietzsche em *Genealogia da moral*, eles não têm relação simples, nem hierarquizada, causando tensões frequentes (Nietzsche, 2009). Como, por exemplo, a negligência do respeito à autonomia, em caso de internamento compulsivo de doentes mentais, primando pela saúde e a vida. Ou ainda, o respeito a esse princípio, em sua totalidade, em pacientes terminais que se negam a tratamentos curativos. O critério decisivo dessa tomada de decisão, reporta-se, portanto, à operacionalização do respeito pela dignidade humana (Nunes, 2008).

Outra pesquisa que corrobora com o efeito benéfico da adoção de uma terapia nutricional e hidratação artificial em pacientes terminais é o trabalho realizado com 238 médicos integrantes da *Latin American Palliative Care*, que tinha como intuito conhecer o padrão de prescrição da hidratação artificial em pacientes terminais. O estudo obteve resultados inesperados, pois 60% dos paliativistas que responderam o questionário assumiram prescrever hidratação parenteral para 40-100% de seus pacientes em estado terminal. O número elevado de prescrições torna-se curioso, pelo fato de os médicos serem defensores da medicina paliativa. Os principais fatores que influenciaram a prescrição foram: o fato de a hidratação ser clinicamente e psicologicamente eficaz e a discordância com o fato de que a retirada da hidratação aliviava os sintomas (Torres-Vigil, et al., 2012).

É notável, portanto, a necessidade de gerar consensos mínimos e discussões sobre a concepção e fins da terapia paliativa visando estabelecer parâmetros quanto sua indicação e ainda quanto às terapias dispensáveis em cada etapa de sobrevida do paciente. Apesar de a medicina paliativa ser composta por princípios e não por protocolos clínicos, deve-se existir um embasamento para a tomada de decisão, o que não excluiria a singularidade do tratamento em cada caso.

Embora não pareça consenso, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), por meio do manual de cuidados paliativos, estabelece alguns critérios de recomendação para os cuidados paliativos, que orienta sobre: como prognosticar um paciente quanto ao seu tipo de doença; como tratar e minimizar o sofrimento, a dor e os sintomas em pacientes terminais por múltiplas patologias; e ainda, norteia sobre o papel de cada profissional de saúde frente a um cuidado paliativo multidisciplinar (Maciel M. , 2009).

Como no conceito, a prática da palição exige uma abordagem multiprofissional, formada por uma equipe de atenção capacitada em lidar com o medo, as angustias e os sofrimentos dos pacientes e de seus familiares. O profissional paliativista deve ser sensível à percepção da realidade da finitude humana e das necessidades do paciente, com condutas pautadas sempre em embasamentos bioéticos que garantam a manutenção da dignidade (Machado, L, & Hossne, 2007).

A inserção do nutricionista neste contexto exige um profissional com a capacidade garantir uma terapia nutricional capaz de promover qualidade de vida, o alívio do sofrimento e a minimização do estresse, atendendo os desejos e as necessidades do paciente, fazendo do alimento um veículo de conforto emocional e prazer ao mesmo tempo em que seja capaz de nutrir do corpo à alma (Nascimento, 2009).

Neste âmbito, é necessário que se dê devida importância à formação do profissional nutricionista. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Nutrição (DCN) caracterizam o perfil de egresso do curso de Nutrição como um profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar na promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para a qualidade de vida, pautado em princípios éticos e capaz de refletir sobre aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais (Soares & Aguiar, 2010).

Resta a questão: o que envolve formar um profissional humanista? Envolve possibilitar uma formação que faça conexão com a realidade social, aproximar saberes que iluminem as práticas em Nutrição, para que possam interpretar e compreender a diversidade cultural alimentar onde são criados os hábitos alimentares de um grupo social, problematização das representações da dieta e da experiência subjetiva dos indivíduos frente à sua alimentação, reflexão sobre a tradição, o novo na alimentação e a influência

da mídia em nossas concepções do bom e do belo. Envolve ainda formar um profissional comprometido na luta da alimentação como um direito humano, reconhecendo que uma alimentação adequada é uma forma de dignificar o homem e posicioná-lo no mundo.

Todavia, a formação deste profissional parece não contemplar satisfatoriamente o quesito humanista. Por exemplo: um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (MS, 2010). Em geral, são profissionais preparados tecnicamente, todavia, com fragilidades para lidar com fenômenos contemporâneos que envolvem a experiência subjetiva humana.

Se atendidas a contento, demanda com a qual as Instituições de Ensino Superior ainda lidam com dificuldade, as DCN do curso de Nutrição possibilitariam a formação de um profissional mais capacitado em dialogar com outras áreas do conhecimento, principalmente com as Ciências Humanas, como apontam as demandas reflexivas envolvidas no caso de cuidados paliativos, conforme pontuadas neste trabalho.

Nutrir ou alimentar? A terapia nutricional paliativa

Em cuidados paliativos, é comum conviver com a inapetência e o desinteresse pelos alimentos preferidos, fatos que associados à alta taxa metabólica e à condição mórbida, leva conseqüentemente a uma perda de peso progressiva e a desnutrição (Corrêa & Shibuya, 2007).

Um estudo com objetivo de conhecer os padrões alimentares de pacientes com câncer em estágio avançado, encontrou como principal resultado o fato de que o baixo consumo de alimentos e o alto risco de perda de peso foi associada a um perfil alimentar de pouca variedade baseada na grande ingestão de líquidos (Hutton, et al., 2006).

Já outro estudo randomizado com 309 pacientes portadores de doenças maligna com caquexia progressiva devido a tumores, com objetivo de avaliar os benefícios proporcionados pelo cuidado nutricional especializado nesses pacientes, concluiu que a nutrição é fator limitante, que influencia a sobrevivência e que o apoio nutricional protege o metabolismo e a função metabólica em pacientes com caquexia progressiva (Lundholm, Daneryd, Bosaeus, Köner, & Lindholm, 2004).

O ato de alimentar e hidratar são ações humanas significativas de respeito à vida e ao cuidado em saúde. No entanto, em algumas situações, os pacientes não se encontram aptos à alimentação espontânea por via oral, necessitando de outros meios que contemplem o aporte nutricional necessário. A nutrição e hidratação artificial, embora haja controvérsias, pode melhorar a sobrevida nesses tipos de pacientes. No entanto, trata-se de um processo invasivo, oneroso e muitas vezes indesejado (Reiriz, et al., 2008).

Embora se tenha conhecimento de que o suporte nutricional é um importante componente dos cuidados de um indivíduo em estado crítico, sabe-se que a terapia nutricional não está livre de riscos e efeitos adversos, sendo, muitas vezes, um procedimento indesejado por pacientes terminais (Reiriz, et al., 2008). É necessário repensar, portanto, nas bases conceituais da ciência da nutrição, mais especificamente, no seguinte questionamento: O que é o nutrir?

É importante, primariamente, a compreensão de que o ato de alimentar-se, distinto do nutrir, diz respeito à significação no contexto de um universo imaginário e simbólico, capaz de produzir identidades individuais e coletivas, relações sociais e vínculos que ultrapassam a lógica consciente do discurso, levando em conta não somente o aspecto nutricional que se restringe à composição nutricional dos alimentos e seus efeitos fisiológicos no organismo, mas também aspectos sociais e culturais (Carvalho, Luz, & Prado, 2011). Em cuidados paliativos o alimento deve ser pensando em sua totalidade de papéis e simbolismos, levando em conta todos os aspectos que permeiam o ato de alimentar-se. Como diria Leonardo Boff: ao alimentar-nos, não só nutrimos nossos corpos como alimentamos nosso espírito (Boff, 2006).

Na medicina clássica, de Hipócrates, a doença era vista em uma concepção ampla e integrada. Para o médico hipocrático o organismo humano era considerado um microcosmo, inserido em um universo regente maior, o homem consistia em uma unidade organizada e a doença era entendida como uma desorganização dessa unidade. Dizia Hipócrates: *Para conhecer-se a natureza do homem é necessário conhecer-se a natureza de todas as coisas.* (Avila, 1997) Para a medicina galênica, igualmente, a dietética envolvia, não apenas o consumo de alimentos adequados biologicamente, mas era o resultado do uso adequado das coisas não naturais: clima, exercícios físicos, banhos, sono, atividade sexual, emoções e, por fim, dieta. Percebe-se, portanto, ainda que essas concepções tenham sido reanalisadas de alguma forma, que saúde e Nutrição, desde tempos arcaicos, eram vistos como resultantes multifatoriais, onde o humano além de um corpo, possui outras formas de existir no mundo (Medeiros M, 2013).

Não nega-se, portanto, a importância da nutrição como ferramenta nos cuidados paliativos, capaz de ajudar o paciente nos aspectos físico, psicológico e social, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida. Entretanto, a terapia nutricional raramente poderá cumprir seu papel de recuperar a saúde em pacientes terminais, conforme demonstrado com os estudos que permeiam esta revisão. Dá-se aí a importância do nutricionista em considerar as preferências e hábitos alimentares, fundamentais: tanto para o controle dos sintomas, como para garantir satisfação e conforto do paciente (Benarroz, Faillace, & Barbosa, 2009).

A manutenção do conforto e da qualidade de vida são, portanto, as principais metas da assistência nutricional do paciente terminal em cuidado paliativo, sendo as restrições dietéticas raramente adequadas. O paciente em pleno gesto de autonomia e dignidade pode aconselhar os familiares e a equipe de saúde sobre sua preferência no que diz respeito às questões do fim da vida (Charney, Escott-Stump, & Mahan, 2010).

Considerações finais

A busca realizada na literatura científica, mostra que há, no campo da palição, um universo a ser explorado, principalmente no tocante da alimentação paliativa. Embora abrangentes quanto aos temas, os artigos retornados pela pesquisa sublinham que a alimentação ainda é tratada em termos estritamente nutricionais, onde se verifica, por muitas vezes, apenas o impacto da terapia nutricional especializada na manutenção ou melhora de parâmetros físicos.

A literatura científica, neste âmbito, carece de trabalhos que avaliem a alimentação em seu universo pleno, levando em conta seu caráter multifatorial, capaz de influenciar e de ser influenciada por questões socioeconômicas, filosóficas, culturais e éticas. E mais: trabalhos que considerem os aspectos simbólicos do ato de comer e toda a relação afetiva e subjetiva entre o alimento e o homem.

Torna-se necessário o desenvolvimento de trabalhos que investiguem e discutam as significações dadas ao comer e a comida, bem como as relações afetivas entre o homem e o que se come. Trabalhos estes que ressaltem a terapia nutricional como um dos meios garantidores do respeito à dignidade e a autonomia de pacientes terminais, tornando-os humanos até em sua morte e reduzindo o peso deste processo. Sugere-se portanto, estudos que sublinhem o alimento como veículo de prazer e bem-estar, capaz de nutrir o corpo e a alma.

Referências

- Ancp, A. N. (20 de maio de 2009). *Paliativo*. Fonte: O que são cuidados paliativos?: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>
- Avila, L. (1997). A alma, o corpo e a psicanálise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35-39.
- Benarroz, M.; Faillace, G.; & Barbosa, L. (2009). Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, 1875-1882.
- Boff, L. (2006). *Virtudes para um outro mundo possível*. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Vozes,.

- Carvalho, M.; Luz, M.; & Prado, S. (2011). Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 155-163.
- Charney, P.; Escott-Stump, S.; & Mahan, L. (2010). Diagnóstico e intervenção nutricionais. En L. Mahan, & S. Escott-Stump, *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. (12ª Edição) (págs. 454-467). São Paulo: Roca.
- Corrêa, P.; & Shibuya, E. (2007). Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 317-323.
- Drummond, J. P. (2011). Bioética, dor e sofrimento. *Cienc. Cult.*, 32-37.
- Floriani, C. (2009). *Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte [tese]*. Rio de Janeiro: Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo.
- Garrafa, V. (2005). Introdução à Bioética - An Introduction to bioethics. *Revista do Hospital*, 9-13.
- Gayle, F.; Soyibo, A.; Gilbert, D.; Manzanares, J.; & Barton, E. (2009). Quality of life in end. *West Indian Medical Journal*, 235-242.
- Hellmann, J.; Williams, C.; Ives-Baine, L.; & Shah, P. (2013). Withdrawal of artificial nutrition and hydration in the neonatal intensive care unit: parental perspectives. *Arch Dis Child, Fetal Neonatal Ed.*, 21-26.
- Hutton, J.; Martin, L.; Field, J.; Wismer, W.; Bruera, E.; Watanabe, S.; & Baracos, V. (2006). Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1163-1170.
- Kumar, P.; Casarett, D.; Corcoran, A.; Desai, K.; Li, Q.; Chen, J.; Mao, J. (2012). Utilization of supportive and palliative care services among oncology outpatients at one academic cancer center: determinants of use and barriers to access. *Journal of Palliative Medicine*, 923-930.
- Lundhol, M. K.; Daneryd, P.; Bosaeus, I.; Köner, U.; & Lindholm, E. (2004). Palliative nutritional intervention in addition to cyclooxygenase and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: effects on survival, metabolism, and function. *American Cancer Society*, 1967-1977.
- Machado, K.; L, P.; & Hossne, W. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos*, 34-42.

- Maciel, M. (2008). Definições e princípios. En C. R. CREMESP, *Cuidado paliativo* (págs. 18-21). São Paulo: CREMESP.
- Maciel, M. (2009). Avaliação do paciente sob cuidados paliativos. En ANCP, *Manual de Cuidados Paliativos* (págs. 37-48). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Matsumoto, D. Y. (2009). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípio. En ANCP, *Manual de Cuidados* (págs. 14-19). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Medeiros M., G. A. (2013). Olhares sobre a alimentação contemporânea: a gastroanomia e os corpos de Botero. *Revista de Nutrição*, 465-472.
- Ms, M. D. (2010). *HumanizaSUS: política nacional de humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da.
- Nascimento, A. (2009). Papel da nutricionista na equipe de cuidados paliativos. . En ANCP, *Manual de Cuidados Paliativos* (págs. 14-19). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Nietzsche, F. (2009). *Genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista*, 41-50.
- Pelzer, U.; Arnold, D.; Goevercin, M.; Stieler, J.; Doerken, B.; Reiss, H.; & Oettle, H. (2010). Parenteral nutrition support for patients with pancreatic cancer: results of a phase II study. *BMC Cancer*, 1-5.
- Pessin, I. L.; & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola.
- Reiriz, A.; C, M.; Vr, B.; Rp, S.; As, F.; & Manzini, M. (2008). Cuidados Paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 150-155.
- Soares, N.; & Aguiar, A. (2010). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Revista de Nutrição*, 895-905.
- Sousa, F. A. (2002). Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 446-447.
- Torres-Vigil, I.;Mendonza, T.; Alonso-Babarro, A.; Lima, L.; Cárdenas-Turanzas, M.; Hernandez, M.; Bruera, E. D. (2012). Practice patterns and perceptions about parenteral hydration in the last weeks of life: a survey of palliative care physicians in latin america. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47-58.