

Universidade de Brasília

Departamento de Nutrição

Aluna: Adriana Mendonça Bonadio Cunha

Matrícula: 09/06557

Professora Orientadora: Eliane Said Dutra

“Nutrição e bioética nos cuidados paliativos”

Trabalho de Conclusão de Curso

Universidade de Brasília

Brasília – Outubro de 2012

---

Assinatura do professor orientador

## Conteúdo

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumo .....                                                            | 4  |
| Introdução .....                                                        | 7  |
| Metodologia.....                                                        | 12 |
| Resultados e Discussão.....                                             | 13 |
| Cuidados Paliativos – Fundamentos.....                                  | 13 |
| Tomada de decisões em cuidados paliativos .....                         | 16 |
| Nutrição nos cuidados paliativos .....                                  | 17 |
| Caquexia, câncer e nutrição.....                                        | 17 |
| Terapia nutricional, hidratação e tomada de decisões. ....              | 19 |
| Uso de terapia nutricional e hidratação em cuidados paliativos.....     | 22 |
| Modelos de assistência a pacientes terminais e tomada de decisões.....  | 27 |
| Obstinação terapêutica (tratamento fútil) .....                         | 30 |
| Eutanásia.....                                                          | 32 |
| Cuidados Paliativos .....                                               | 34 |
| Análise de caso – Raul (ALONSO, 2012).....                              | 36 |
| Análise de caso – Camila (SILVA, 2012) .....                            | 38 |
| Análise de caso – Christian Rossiter (MENEZES, 2011) <sup>2</sup> ..... | 38 |
| Conclusão .....                                                         | 40 |
| Referências Bibliográficas.....                                         | 42 |

## **Resumo**

**Introdução:** Os cuidados paliativos representam uma modalidade especializada de atendimento a pacientes terminais. Essa disciplina contextualiza, simultaneamente, o tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais do doente. Os cuidados paliativos surgiram em resposta ao questionamento quanto ao modelo tradicional de tratamento ao paciente terminal, no qual a cura era o objetivo central, sem considerar, muitas vezes, o sofrimento, a dor e os valores do paciente e da sua família. Uma das doenças que mais frequente e rapidamente leva à terminalidade é o câncer, no qual o uso das terapias nutricionais e de hidratação receberam, aos poucos, enfoques diferentes e serve como modelo em situações similares. Progressivamente, o objetivo dessas terapias passou a ser não apenas sustentar a vida, mas promover o conforto e o bem-estar do paciente, de modo a deixá-lo participar das decisões em relação aos tratamentos que recebe. Com isso, surgiram também questões bioéticas importantes, relacionadas, por exemplo, à manutenção ou não de terapias sustentadoras diante da terminalidade eminente da vida. A bioética possui quatro princípios máximos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. De acordo com esses princípios, o ser humano deve ser tratado com dignidade e respeito, o que aponta que as decisões em relação a qualquer terapia recebida, devem defender seus direitos e seus desejos. Dessa forma, mostra-se importante analisar o que a literatura científica traz de informações sobre cuidados paliativos, respeitando a bioética envolvida na atuação profissional, especialmente em relação à terapia nutricional e hidratação.

**Metodologia:** Trata-se um estudo exploratório a partir de revisão bibliográfica não sistemática. Não houve restrição de tempo para a busca dos documentos e materiais bibliográficos analisados. A pesquisa foi realizada em livros e por meio de bibliotecas

eletrônicas, tais como: Scielo Brasil, Lilacs, Pubmed e demais fontes de informação da literatura científica e técnica disponibilizados pela biblioteca virtual em saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>). Para tal foram utilizados, principalmente, os descritores: “bioética”, “nutrição no câncer avançado”, “atenção nutricional no cuidado paliativo”, “pacientes terminais”, além de outros deles derivados ou diretamente associados. Os dados obtidos foram analisados, comparados e então relatados em conformidade com o tema central, com a inclusão do relato de três casos.

**Resultados:** A maioria dos autores concorda que os cuidados paliativos são uma modalidade de atendimento que parece suprir as necessidades do paciente no fim da vida, visto que questionam o tratamento fútil, que tenta curar o paciente mesmo quando a situação é irreversível. Por outro lado, critica a prática da eutanásia, defendendo que as pessoas que pedem para morrer apenas o fazem por não receber cuidados paliativos adequados. Em relação à nutrição e à hidratação, considera-se que essas terapias devem fornecer bem-estar ao paciente e que ele deve escolher se deseja ou não receber a terapia proposta. A alimentação oral não restritiva é a melhor forma para se tratar o doente terminal, visto que ele deve consumir o que deseja enquanto tem condições para tal. Caso não seja viável a utilização de alimentação oral, a utilização de sondas deve ficar a critério do paciente e/ou de sua família, visto que muitos pacientes não desejam passar seus últimos dias de vida conectados a sondas e restritos ao leito. Há alguns autores que defendem que a suspensão da alimentação pode fornecer benefícios, como a diminuição de sobrecarga de proteínas, protegendo os rins. Outros, porém, argumentam que a suspensão da alimentação reduz significativamente a sobrevida podendo provocar mal-estar. Em se tratando da hidratação, alguns trabalhos defendem que a hidratação é necessária para evitar agonia, delírios e outros sintomas físicos desagradáveis. Entretanto há os que defendem que a desidratação pode gerar alguns benefícios como a diminuição do volume urinário,

permitindo a retirada das incomodas sondas urinárias. Em suma, sugere-se que os cuidados devem sempre beneficiar o paciente e serem cautelosos quanto à sua relação causa-efeito. Para isso, grande parte dos autores defende que é necessário respeitar quatro princípios bioéticos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Quando esses princípios são cautelosamente levados em conta ao se decidir por qualquer tipo de assistência ao paciente terminal, a dignidade e o respeito ao paciente são afirmados, humanizando o cuidado no fim da vida.

**Conclusão:** Conclui-se que os cuidados paliativos são uma modalidade de assistência ao paciente terminal que é considerada adequada pela maioria dos autores estudados. Quanto à alimentação e a hidratação, a literatura conta com opiniões diversas, sendo que cada autor defende o que acha que pode levar mais benefícios ao paciente. Independentemente da linha de pensamento ou da terapia escolhida, a equipe profissional assistente deve tratar o paciente terminal não apenas com os procedimentos técnicos pertinentes, mas com dignidade e respeito a seus valores. A tomada de decisões quanto a melhor estratégia nutricional e hidratação, ou mesmo a sua suspensão, na vigência dos cuidados paliativos, deve se pautar tanto pelos princípios bioéticos quanto pelo respeito às decisões do paciente e sua família

## **Introdução**

Cuidados paliativos (CP) são medidas não curativas aplicadas em pacientes terminais cuja progressão da enfermidade provoca sinais e sintomas debilitantes e causadores de sofrimento (FONSECA et al, 2010). O paliativismo não visa à cura e pode ser aplicado independentemente do prognóstico da enfermidade, o que torna possível ser usado em conjunto com o tratamento curativo. A prioridade dos CP é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos doentes e suas famílias (FONSECA et al, 2010). Os CP possuem quatro conceitos cardinais: o cuidado, a compaixão, a empatia e a justiça. Estas particularidades estão interligadas e estimulam a sensibilidade, o respeito, a generosidade e até mesmo o sacrifício (HANKS et al, 2008).

Os cuidados paliativos são intervenções na saúde global, em que profissionais das ciências da saúde, sociais e humanas atuam em diversas esferas, desde o domicílio do paciente até sua internação em Unidades de Tratamento Intensivo - UTI (FRATEZI et al, 2011). Leva-se em conta o tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, o que aponta que o cuidado paliativo é multiprofissional, para fornecer um atendimento humanizado e conforto nas mais diversas necessidades do paciente (TRUPPEL et al, 2009). As condutas a serem tomadas devem ser discutidas entre a equipe interdisciplinar, a família do paciente e o próprio paciente (TRUPPEL et al, 2009).

De acordo com Silva et al. (2011), essa modalidade de atendimento ao paciente terminal surgiu em questionamento ao modelo tradicional onde as doenças eram tratadas até o fim da vida com o objetivo de tentar alcançar a cura, sem levar em conta o sofrimento e os desejos do paciente terminal. Uma doença é considerada terminal quando não responde a nenhum tratamento disponível e pode levar o indivíduo à morte em curto tempo, baseando-se no melhor diagnóstico disponível (SILVA et al, 2011). Sendo assim, o

tratamento oferecido ao paciente antes do surgimento do conceito de cuidados paliativos era considerado fútil, ou seja, não poderia trazer cura ao paciente (MONTEIRO, 2006). A partir da avaliação da sobrevida do doente, definem-se fases de cuidado paliativo, nas quais a evolução do paciente define quais intervenções serão realizadas, em todas as áreas profissionais (SILVA et al, 2011).

Um exemplo da mudança de conceitos que veio com o advento dos cuidados paliativos, é o uso da terapia nutricional e da hidratação. A hidratação e a nutrição são consideradas aspectos básicos da existência humana (CANIZO CANIZO FERNÁNDEZ-ROLDAN, 2005). Antes dos anos 70, segundo este autor, a alimentação era oferecida ao paciente independentemente de sua doença ou opinião. Consideradas terapias sustentadoras da vida, não havia estudos que fizessem relevante a discussão sobre o tipo de alimentação mais adequada, bem como sobre o uso de alimentação artificial. Com o passar do tempo, estudos provaram que a oferta de água e nutrientes deve ser cautelosa, visto que o conforto do paciente é uma das premissas máximas do cuidado paliativo (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2005)<sup>1</sup>.

No contexto de cuidados paliativos, a nutrição e a hidratação começaram a ter um enfoque não apenas de sustentadoras da vida, mas de variáveis que podem ou não promover o conforto do paciente (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2005)<sup>1</sup>. Quando se fala em terapia nutricional em cuidados paliativos, diz-se respeito ao oferecimento de alimentação oral, enteral ou parenteral, bem como ao efeito que essas terapias podem fazer na qualidade de vida do paciente terminal (BENARROZ et al, 2009; CANIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN, 2005). Por exemplo, pacientes com câncer avançado cursam com sinais e sintomas como náuseas, vômitos, alteração no paladar, saciedade precoce, anorexia, caquexia, fraqueza e dispnéia (BENARROZ et al, 2009). Esse quadro é de suma relevância



, uma vez favorece uma menor ingestão de alimentos, resultando em efeitos consideráveis na medida pode agravar o quadro clínico e prejudicar a qualidade de vida.

Segundo Benarroz et al. (2009), a nutrição auxilia no controle dos sintomas associados ao tratamento químico ou ao próprio desenvolver do câncer terminal bem como preserva o peso e a composição corporal. Por outro lado, Fernández-Roldán (2005), afirma que é necessário determinar as circunstâncias em que o uso de terapia nutricional oferece um claro benefício ao paciente ou se, pelo contrário, a terapia nutricional escolhida em cada caso é considerada fútil.

Ainda em relação ao papel da nutrição no cuidado paliativo, Siqueira- Batista et al. (2005) afirmam que a intervenção a ser planejada pela equipe multiprofissional, que inclui o nutricionista, não deve se ater apenas à busca da recuperação do estado nutricional do paciente, mas deve considerar seu bem-estar em resposta às intervenções, levando em conta todos os seus sintomas. Deve-se avaliar até que ponto são interessantes, por exemplo, a restrição alimentar ou o uso de sondas. Os autores afirmam, ainda, que o paciente deve comer aquilo que deseja enquanto tem condições de fazê-lo. Esse ponto de vista é compartilhado por Benarroz et al. (2009), que trazem como prioridade no cuidado paliativo as preferências e os hábitos alimentares do paciente, para alcançar a sua satisfação (BENARROZ et al, 2009). Além disso, ele deve estar à vontade para decidir se quer ou não seguir a terapia nutricional proposta. Essa atenção nutricional realizada nos cuidados do fim da vida é extremamente importante para o bem-estar do paciente e da família, por isso, torna-se relevante que os profissionais de saúde, principalmente nutricionistas e médicos, dominem esse tipo de assistência que é o cuidado paliativo (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2005<sup>2</sup>; BENARROZ et al, 2009).

A assistência ao paciente terminal, por se tratar de um cuidado a um paciente que encontra-se em delicado estado de saúde, envolve também algumas questões éticas importantes. A bioética é definida segundo a obra chamada “Enciclopédia da Bioética”, criada por Warren Reich, pesquisador renomado em bioética, como “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais” (MARCOLINO et al, 2008). Segundo Tapiero (2001), o objetivo principal da bioética é o estudo da relação existente entre a vida e os princípios da conduta humana e se aplica, na prática clínica, à medida que norteia a busca de soluções de modo a atender aos interesses do paciente . Sendo assim, a bioética possui um conjunto de princípios morais que devem orientar o comportamento dos profissionais da área da saúde, para garantir que o paciente seja tratado com respeito e dignidade. Esses princípios são norteadores para as decisões médicas e constituem-se em quatro: a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência (MARCOLINO et al, 2008; TAPIERO, 2001).

A autonomia é o respeito à capacidade do paciente de fazer escolhas pessoais (TAPIERO, 2001). Um exemplo que deixa claro esse princípio é o direito que o paciente tem de questionar seu tratamento e assegurar que os cuidados recebidos estão de acordo com seu desejo. Há autores mais antigos que acreditam que a autonomia deve se aplicar àqueles que possuem maturidade para decidir (SEGRE, 2012). Por outro lado, Segre (2012), refere que quando se julga se o paciente possui ou não autonomia para decidir, é aí que o princípio da autonomia é violado, pois existe alguém decidindo antes se ele é apto ou não a fazer escolhas . Mesmo que o paciente não esteja apto a realizar decisões quanto ao seu tratamento e que a família ou a própria equipe de saúde decida por ele, o paciente deve ser beneficiado pelo tratamento (MAWERE, 2012). Dessa forma, a beneficência orienta no sentido de que os procedimentos devem oferecer benefícios ao doente, ou seja, promover

bem-estar e conforto. Os procedimentos terapêuticos devem ser seguros e efetivos (TAPIERO, 2001). Na visão de Mawere (2012), a beneficência deve se unir a um princípio de “utilidade” da ação médica, onde há um balanceamento dos possíveis benefícios à saúde e os possíveis perigos dessa ação, e somente depois de garantir que não há riscos, o procedimento deve ser levado em conta .

A não maleficência diz respeito à obrigação, por parte do profissional de saúde, de não infligir dano intencional ao paciente. Ao se considerar qualquer ação médica que pode promover benefícios e malefícios, deve-se tender a optar pelo que trouxer benefícios (TAPIERO, 2001).

Por fim, a justiça prega, segundo Tapiero (2001), que todas as pessoas possuem a mesma dignidade, independentemente de qualquer circunstância e, portanto, são merecedoras de igual consideração e respeito. Deve haver sempre uma distribuição justa e igualitária de atendimento em saúde, sem privilégios e exclusões, mesmo que os recursos disponíveis sejam escassos (MARCOLINO et al, 2008).

A partir dos conceitos de cuidados paliativos e com olhos nos princípios bioéticos que defendem a dignidade do paciente, é possível planejar procedimentos e terapias que ajudem os pacientes terminais a enfrentar os últimos momentos de sua vida de uma maneira menos sofrida e mais confortável (OLIVERA et al, 2010). Dessa forma, mostra-se importante analisar o que a literatura científica traz de informações sobre cuidados paliativos, respeitando a bioética envolvida na atuação profissional, especialmente em relação à nutrição e hidratação, tema este que frequentemente conta com opiniões diversas sobre o modelo mais adequado de assistência ao paciente terminal (BENARROZ et al, 2009).

## **Metodologia**

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

A pesquisa bibliográfica utiliza-se fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto. Para a concretização deste estudo foram identificados os dados existentes sobre a atenção nutricional no cuidado ao paciente terminal, buscando dar ênfase na questão bioética. Foi realizada revisão bibliográfica a partir de livros e por meio de bibliotecas eletrônicas, como o Scielo Brasil, o Lilacs, o Pubmed e demais fontes de informação da literatura científica e técnica disponibilizados pela biblioteca virtual em saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>). Este procedimento foi adotado como estratégia facilitadora da preparação, armazenamento e avaliação da produção científica com o tema “Nutrição e bioética nos cuidados paliativos.” Foram priorizadas as informações sobre: modelos de assistência ao paciente terminal; princípios bioéticos; bioética e nutrição; interdisciplinaridade do cuidado paliativo e estudos de casos que envolvem a tomada de decisões no cuidado ao paciente terminal. Foram utilizados os seguintes descritores, com marcadores booleanos “and”, “or”: “bioética; nutrição no câncer avançado; atenção nutricional no cuidado paliativo; pacientes terminais; câncer e caquexia; tomada de decisões; alteração metabólica no câncer; atenção multiprofissional em pacientes terminais; interdisciplinaridade no cuidado paliativo, princípios bioéticos; alimentação artificial e hidratação artificial”, além outros deles derivados ou diretamente associados. Os dados obtidos foram analisados, comparados e resumidos segundo o tema central.

## **Resultados e Discussão**

### **Cuidados Paliativos – Fundamentos**

Para se entender um pouco mais sobre os cuidados paliativos, deve-se preliminarmente entender, o que é um paciente terminal. A conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecido e varia de acordo com a fisiologia de cada paciente e do entendimento sobre o que é uma situação de terminalidade (BUISAN et al, 2012). Gutierrez et al. (2011), afirmam que um paciente pode ser considerado terminal quando se esgotam as possibilidades de resgate das suas condições de saúde, tornando-se irrecuperável, segundo diagnóstico médico. Biologicamente, a proximidade da morte é evidenciada por meio de exames clínicos – como exames laboratoriais, de imagens, funcionais, anatomopatológicos – e das condições pessoais do paciente – como sinais de contato ou não com o exterior, respostas ao meio, resposta à dor, entre outros (GUTIERREZ et al, 2001). Na visão da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, *apud* GUTIERREZ et al (2001), o enfermo terminal é aquele que possui um prognóstico de vida inferior a seis meses. Ademais, existem outros fatores para classificar um paciente como terminal. São eles: avanço, progresso e impossibilidade de cura da doença; falta de resposta aos tratamentos oferecidos; aparecimento de sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais e grande impacto emocional da doença no paciente e na sua família (CANIZO FERNÁNDEZ-ROLÁN, 2005). Entretanto, há autores que defendem que “enquanto há vida, há esperança” (BUISAN et al, 2012). Trata-se, então, de uma questão difícil de ser avaliada, pois cada paciente, de acordo com sua doença, possui um “desencadear” específico na própria terminalidade. Não obstante, são diferentes os critérios que classificam o doente como terminal, conforme a visão de cada autor (BUISAN et al, 2012). Ainda segundo Buisan et al. (2012), algumas pessoas começaram a crer que não se

deve tentar curar a doença a qualquer custo. Uma dessas pessoas foi a enfermeira inglesa Cicely Saunders, que posteriormente estudou medicina, e foi a principal promotora do movimento britânico “hospice”. Esse movimento diz respeito a alguns tipos de estabelecimentos onde se cuidava de pessoas próximas à morte aos moldes do que é, atualmente definido como cuidado paliativo. Dessa forma esse movimento é considerado precursor dos cuidados paliativos (BUISAN et al, 2012). De uma forma geral, qualquer paciente cuja recuperação da saúde não seja mais viável é considerado um paciente terminal. A doença crônica não transmissível que mais frequentemente leva a esse desfecho é o câncer (GUTIERREZ et al, 2001).

Câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos (INCA, 2010). Essas células se dividem rapidamente, o que as torna agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (DOSNE PASQUALINI, 2012). Quando isso acontece, diz-se que ocorreu uma metástase, e a possibilidade de cura diminui muito. Quando as células cancerígenas invadem vários tecidos estratégicos e o organismo não responde mais ao tratamento, seja quimioterápico, radioterápico ou outros, indica-se iniciar os cuidados paliativos (INCA, 2010).

Existe um sistema de estadiamento do câncer chamado sistema TNM (BANNURA et al, 2008). É um sistema de classificação baseado nas características do próprio tumor, dos linfonodos regionais e em sítios potencialmente metastáticos (ANDRADE et al, 2010). Esse sistema é o mais recomendado pelas principais instituições que lidam com o câncer, visto que proporciona uma linguagem comum entre as instituições de vários países, de forma a permitir uma comparação entre as experiências clínicas publicadas (BANNURA et al, 2008). Essa classificação interpreta o estágio de câncer por meio do tamanho e penetração do tumor (T), o comprometimento dos linfonodos (N) e a presença ou ausência

de metástase (M) (BANNURA et al, 2008). É um sistema em permanente revisão, de acordo com a informação obtida em bases de dados acerca do acompanhamento de milhares de pacientes tratados em hospitais americanos (BANNURA et al, 2008). Acredita-se que o sistema TNM proporcione informações compreensíveis e reprodutíveis acerca das principais características do tumor e, portanto, de sua relevância prognóstica (ANDRADE et al, 2010).

Cada tipo de câncer possui um estadiamento. O câncer colorretal, por exemplo, possui as seguintes possibilidades: a classificação do tamanho do tumor vai de 1 a 4 (T1 a T4), sendo que quanto mais perto de 4, maior a malignidade do tamanho do tumor; o comprometimento dos linfonodos vai de 0 a 1 (N0, N1), sendo que 1 é o mais grave; e a existência de metástase vai de 0 a 1 (M0, M1), sendo 1 a confirmação de existência de metástase. Conhecer o sistema de estadiamento de cada tipo de câncer é importante para a equipe multiprofissional à medida que a orienta em relação às terapias mais adequadas. Esse sistema ajuda também a identificar aqueles pacientes que precisam de cuidados paliativos, pois aponta o grau de maleficência do tumor (BANNURA et al, 2008).

Após verificado o estadiamento e este indicar que o paciente encontra-se em estágio terminal da doença de base, inicia-se o cuidado paliativo. A partir desse momento, a família e o paciente devem tornar-se assistidos pela equipe (SKABA, 2005). Eles precisarão de apoio, tanto no controle da dor do paciente como no fornecimento de ajuda psicológica para enfrentar a morte – que é ensinada a eles como o curso natural da vida (FLORIANI et al, 2012). O acompanhamento espiritual se faz também muito importante, à medida que auxilia na aceitação da condição de saúde em que o paciente se encontra (GOMES et al, 2011).

## **Tomada de decisões em cuidados paliativos**

Uma vez determinado que o paciente se encontra em estado terminal, a tomada de decisões em relação aos procedimentos utilizados no cuidado ao paciente envolve, particularmente, três atores : os profissionais de saúde, os familiares e o próprio paciente (BRASIL, 2001; SOARES, 2007). Os procedimentos a serem adotados são situacionais e estão sujeitos a negociações e mudanças, de acordo com as necessidades e decisões dos três atores envolvidos. Frequentemente o que acontece é o médico informar à família a situação de saúde do paciente, considerar a sua opinião sobre o conhecimento ou não do paciente em relação ao seu prognóstico e em seguida informar ou não ao paciente sobre sua real condição (BRASIL, 2001). Contudo, a tomada de decisões, como dito anteriormente, é extremamente situacional. Quando os médicos percebem que é importante, por exemplo, sugerir um tipo de procedimento ao paciente de modo que ele escolha se quer ou não receber aquele tratamento, o médico pode conversar diretamente com ele (BRASIL, 2001). Caso o médico verifique uma situação emocional ou comportamental junto ao psicólogo, por exemplo, em que o paciente encontra-se extremamente desequilibrado e a sugestão do tratamento pode piorar o quadro, o médico pode omitir o procedimento ao paciente e apenas consultar a família (ALONSO, 2012). O que se deve ter em mente é que a tomada de decisões não deve ser unilateral e sim envolver, se viável, todas as partes, em sistema de co-responsabilidade (WAITZBERG, 2004; BRASIL, 2001).

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



## **Nutrição nos cuidados paliativos**

Antes de iniciar a análise sobre o uso da terapia nutricional em pacientes terminais, é relevante evidenciar variáveis sobre o estado nutricional comuns nesses pacientes. Apesar de não ser a prioridade do tratamento recuperar o estado nutricional, é possível perceber o porquê da preocupação com o fornecimento de terapia nutricional nos momentos finais da vida, principalmente por parte da família do doente (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2009).

Caquexia, câncer e nutrição.

A origem da desnutrição percebida frequentemente em pacientes oncológicos terminais é multifatorial (TAPIERO et al, 2003). Pacientes em tratamento com quimioterapia e radioterapia, principalmente, costumam desenvolver anorexia, devido a alterações no paladar e olfato, o que torna o alimento menos atrativo (YOUNES et al, 2000). Além disso, por serem tratamentos agressivos, a quimioterapia e a radioterapia provocam uma série de efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, fraqueza, mal-estar, indisposição para realizar atividades cotidianas, entre outros (YOUNES et al, 2000). O tratamento pode causar também alterações no hipotálamo que desregulam o centro da fome. A ingestão de alimentos é também diminuída pela obstrução mecânica do aparelho digestivo ou por distúrbios na absorção e digestão, problemas estes que acompanham alguns tumores (ARGILES et al, 2012).

Esses aspectos contribuem para que o indivíduo portador de câncer apresente alterações metabólicas que fazem com que a demanda nutricional do organismo aumente devido à própria neoplasia e ao estresse que ela causa nos tecidos (YOUNES et al, 2000). Com a demanda nutricional aumentada e a ingestão diminuída, o paciente perde muito peso e, frequentemente, torna-se caquético. As perdas de peso são aceleradas pela

proteólise de músculo esquelético e consumo de gordura corporal, que passam a ser os substratos energéticos disponíveis.

A privação alimentar, a longo prazo, provoca mudanças no metabolismo. Em um primeiro momento, os níveis de glicose e insulina no sangue diminuem, aumentando os níveis de glucagon e estimulando a gliconeogênese. A partir desse ponto, há uma acelerada mobilização e consumo de proteínas de tecidos periféricos para dar suporte à gliconeogênese e ressintetizar proteínas (YOUNES et al, 2000). Em contraste, a inanição faz com que o tecido proteico seja poupado e a gordura seja preferencialmente utilizada, na forma de ácidos graxos para os órgãos como um todo e na forma de cetonas para o cérebro (ARGILES et al, 2012). Com o passar do tempo, se a inanição se prolongar, as reservas de gordura ficam escassas e as proteínas voltam a ser utilizadas, tornando o paciente extremamente emagrecido, afinal, houve importante perda de gorduras e proteínas. O indivíduo apresenta-se com baixa imunidade, fraco e enfim, caquético (ARGILES et al, 2012).

Quando o paciente encontra-se caquético, torna-se frequente o uso de alimentação artificial, por meio de sondas, visto que é possível alcançar valores energéticos maiores dessa maneira, pois a ingestão encontra-se dificultada (OLIVEIRA, 2008; PÉREZ, 2006). Contudo, é necessário avaliar os benefícios da terapia nutricional nesses casos. Tratando-se de um paciente terminal, cuja sobrevida é extremamente baixa, torna-se, ao olhar da abordagem paliativa, mais importante fornecer conforto por meio da alimentação a recuperar o estado nutricional, pois a recuperação do estado nutricional possivelmente não fornecerá benefícios ao paciente neste momento da sua vida, visto que a própria doença de base avança de forma oposta (PÉREZ, 2006). Além disso, a tentativa de restituir o estado nutricional pode gerar desconforto ao paciente. Quando a terapia nutricional é planejada para os pacientes com caquexia, podem ser utilizados recursos para recuperação do estado

nutricional que não são tão interessantes para o paciente (CANIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN, 2005). A utilização de sondas como recurso para fornecer terapia nutricional, por exemplo, pode gerar dor e desconforto se a sonda estiver mal posicionada, ou se o paciente estiver com sintomas gastrointestinais intensos (PÉREZ, 2006).

Outros recursos frequentemente utilizados são os módulos de nutrientes com ministração por via enteral, como os enriquecidos com imunomoduladores, utilizados muitas vezes para reduzir a resposta inflamatória, melhorar o funcionamento intestinal, entre outros possíveis benefícios (BENARROZ et al, 2009). Esses módulos, quando administrados por via oral, podem não ser agradáveis ao paladar e, se oferecidos em detrimento dos alimentos preferidos pelo paciente, sua aceitação pode ser bem limitada (PUCCI et al, 2008). Em outro aspecto, é também importante lembrar que a nutrição e hidratação ministradas por vias artificiais, com uso de equipos, são métodos invasivos e estão associadas a riscos consideráveis como maior necessidade de restrição ao leito, pneumonia aspirativa, diarreia, infecções e problemas associados com a remoção do tubo pelo paciente (PUCCI et al, 2008; OLIVEIRA, 2008).

### **Terapia nutricional, hidratação e tomada de decisões.**

Em alguns casos, de acordo com os estudos de Pucci et al. (2008), quando o paciente encontra-se muito próximo à morte, pode ser interessante, de acordo com a avaliação da equipe médica, da família e, se consciente, do próprio paciente, suspender a terapia nutricional por alimentação artificial ou até mesmo a alimentação oral. A suspensão, por exemplo, de proteínas oferecidas ao paciente, pode diminuir a sobrecarga de uréia nos rins, diminuindo o volume urinário, favorecendo a retirada da sonda urinária do paciente e evitando o descontrole do reflexo de urinar, que traz desconforto ao paciente quando, por exemplo, a cama fica molhada (OLIVEIRA, 2008). Este procedimento pode favorecer também a diminuição de secreções respiratórias, trazendo conforto ao paciente

ao diminuir, por exemplo, a tosse, a falta de ar e a sensação de fome (OLIVEIRA, 2008). Esses pacientes tendem a necessitar de quantidades de água e comida consideravelmente menores ou até o jejum para se sentirem confortáveis. Sendo assim, existem consequências benéficas advindas da privação alimentar, porém, é necessário compreender que o tempo de sobrevivência do paciente, por não estar recebendo substratos adequados para se manter, pode ser consideravelmente diminuído nesta situação (OLIVEIRA, 2008). Este aspecto fundamenta a importância da avaliação da equipe interdisciplinar junto ao paciente e sua família para tomar decisões (PUCCI et al, 2008).

Confirmando comentário anterior, segundo Siqueira-Batista et al. (2005), e Waitzberg (2004), os pacientes terminais devem ser tratados da forma que julgam obter maior conforto e ser capazes de apreciar o que querem comer enquanto podem comer. Por outro lado, se desejarem parar de comer ou não receber alimentação por sonda, devem ser respeitados em sua decisão (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2005)<sup>2</sup>. Isso deve acontecer porque a alimentação possui, em cuidados paliativos, uma abordagem diferente da que acontece com pacientes não terminais, sendo mais importante conforto e qualidade de vida do que recuperação, manutenção ou adequação do estado nutricional (BENARROZ et al, 2009).

Os profissionais de saúde e os entes queridos devem procurar entender que grande parte de pacientes em estado terminal, principalmente os que se encontram em coma, não possuem consciência, ou sensação, da fome e da sede (WAITZBERG, 2004). O significado “simbólico” da oferta de água e nutrientes, embora válido para a questão emocional de terceiros, não se aplica necessariamente ao conforto do paciente, pois pode trazer um sofrimento a mais (WAITZBERG, 2004). Quando é a família que decide pelo paciente, ela deve estar atenta a tudo isso. Ademais, muitos médicos possuem em sua formação acadêmica a ênfase no “fazer algo”, mesmo que não traga benefícios claros para o paciente

(BENARROZ et al, 2009). Com o advento do estudo da bioética, deve-se lembrar dos quatro princípios que norteiam a ação médica, que são a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência (SCHRAMM et al, 2001). Ou seja, não se deve oferecer alimentos apenas porque é natural que a pessoa se alimente para sobreviver, mas deve-se ter uma interpretação dos benefícios que a alimentação traria ao paciente. Se for decidido que a alimentação deve ser continuada, é necessário ainda que se pense em qual terapia seria a mais indicada para o conforto do paciente (WAITZBERG, 2004).

De acordo com Carvalho et al. (2009), quando a desnutrição é severa e a doença de base já encontra-se avançada, qualquer tentativa de tratamento mais agressivo se constitui em tratamento fútil. Nestes casos, o nutricionista deve orientar o paciente, quando viável, e o cuidador sobre a “não necessidade” de terapia nutricional agressiva, respeitando a vontade de comer do paciente (CARVALHO et al, 2009). Em geral, a comida deve ser colorida, bem apresentada e saborosa, para que o paciente desfrute ao máximo possível de suas últimas refeições (OLIVEIRA, 2008).

O uso de terapia nutricional enteral e parenteral é um bom exemplo do quanto a equipe interdisciplinar precisa ser cautelosa ao planejá-la (OLIVEIRA, 2008). Os pacientes terminais cientes e conscientes do seu prognóstico, muitas vezes, não desejam passar seus últimos dias com sondas ou presos a qualquer tipo de terapia (MEIER et al, 2001). Na teoria, eles precisam desse tipo de terapia para que tenham um tempo maior de sobrevivência, porém, na prática, preferem comer o que quiserem ou simplesmente não comer, para se sentirem mais confortáveis (WAITZBERG, 2004). Da mesma forma, pacientes que não possuem autonomia, mas deixaram expressamente claro a sua vontade, devem ter seus desejos atendidos (SIQUEIRA-BATISTA, 2005)<sup>1</sup>. A terapia nutricional se justificaria, nesse caso, apenas por conseguir levar ao paciente a tranquilidade de ter seus desejos atendidos pela equipe assistente (WAITZBERG, 2004).

## **Uso de terapia nutricional e hidratação em cuidados paliativos**

Para oferecer hidratação e terapia nutricional, acredita-se que, para a primeira, a via mais adequada é a hipodermóclise, ou seja, a via venosa, enquanto que para a segunda, seria a via oral, isso caso o paciente esteja inapto a ingerir líquidos oralmente (OLIVEIRA, 2008). A via oral de alimentação é, da mesma forma, sempre preferível, por permitir ao doente uma sensação de alimentar-se com normalidade e sentir o sabor dos alimentos (SANDERS et al, 2004). Contudo, em quadros de agudização da doença, sondas nasogástricas ou nasoenterais podem ser introduzidas, desde que levados em conta o incômodo do paciente e a sua situação psicológica, tendo em vista a possível retirada da sonda por ele (LUFT et al, 2008). Se a previsão de manutenção da sonda nasoenteral for curta, cerca de quatro a seis semanas, a sonda de calibre fino é a mais indicada (SANDERS et al, 2004). Para pacientes com necessidade de manutenção da sonda por tempo maior, recomenda-se a gastrostomia ou a jejunostomia (SANDERS et al, 2004).

Em se tratando especificamente de gastrostomia, segundo Teriaky et al. (2012), as indicações são: presença de obstrução esofágica, presença de disfagia mesmo sem obstrução, distensão abdominal e descompressão intra-abdominal em pacientes que não desejem utilizar uma sonda nasogástrica. Se não se espera nenhum benefício fisiológico ou conforto com a introdução de uma gastrostomia (ex: síndrome de anorexia-caquexia), o procedimento tem valor altamente questionável (SANDERS et al, 2004; OLIVEIRA, 2008).

O uso da gastrostomia pode prolongar a vida quando o contexto é de recuperação de um agravo agudo (infecção grave, quimioterapia) e pode também servir, em algumas situações, como forma de controlar os sintomas aumentando o conforto, aumentando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento (OLIVEIRA, 2008). Tanto o procedimento cirúrgico para confecção de gastrostomia, que envolve maior risco, quanto a gastrostomia

endoscópica percutânea devem ser utilizados quando se suponha que o paciente tenha uma certa esperança de vida (PEREIRA et al, 2010). Diante deste fato surge o questionamento sobre a pertinência da utilização da gastrostomia em pacientes em cuidados paliativos, cuja esperança de vida é mínima (THULER et al, 2006). O objetivo do cuidado paliativo com o uso da gastrostomia deve levar em conta o alívio da disfagia e a melhora de sintomas como dor no estômago e sensação de estômago vazio em pacientes que não conseguem se alimentar por via oral e precisam ficar com alimentação artificial por mais de seis semanas (THULER et al, 2006). Caso contrário, ela pode ser considerada tratamento fútil, visto que a expectativa de vida é baixa. Mesmo quando já tem uma opinião formada a respeito das indicações ou não do procedimento, a equipe de cuidados paliativos deve dar suporte ao paciente para que ele possa fazer a melhor escolha para si (THULER et al, 2006). Portanto, cabe ao paciente, se possível, escolher a terapia que mais lhe agrada (SANDERS et al, 2004).

Por fim, a jejunostomia deve ser utilizada apenas quando a equipe médica, junto ao paciente e à família, decide oferecer terapia nutricional enteral, porém o trato gastrointestinal encontra-se parcialmente comprometido (SANDERS et al, 2004). Se a gastrostomia oferecer desconforto/dor e/ou houver algum tipo de obstrução ou impedimento de utilização do estômago, devido ao tumor ou a qualquer outra barreira, indica-se o uso da jejunostomia (OLIVEIRA, 2008). Segundo Wu Quan et al. (2011), a terapia nutricional oferecida via jejunostomia pode reduzir os riscos de desnutrição e a perda de peso em pacientes oncológicos a curto prazo (até 3 meses de uso). Os autores afirmam, também, que é viável utilizar a jejunostomia visto que a terapia nutricional, neste caso, não depende do paciente possuir ou não fome, sendo este sinal muito comum entre pacientes oncológicos. Ademais, a jejunostomia reduz sintomas comuns do uso da gastrostomia, como refluxos gastro-esofágicos, saciedade precoce e desconforto

abdominal, muitas vezes causado pelo excesso de gases (WU QUAN et al, 2011). A jejunostomia, por outro lado, pode aumentar o risco de contaminação se utilizada a longo prazo. Segundo Alivizatos et al. (2012), quando a jejunostomia é utilizada por período prolongado (mais de 6 meses), aumenta-se os riscos de infecções (principalmente em ambientes hospitalares), deslocamento do tubo e aparecimento de *ascaris lumbricoides* no intestino, que fica exposto a organismos patológicos (ALIVIZATOS et al, 2012; WANI et al, 2011).

Apenas quando não houver a possibilidade de utilizar qualquer parte do sistema gastrointestinal e este precisar de repouso, utiliza-se a via parenteral para a nutrição (SANDERS et al, 2004). Contudo, há autores como Mitchell et al. (2011), que relatam que a nutrição parenteral não deve ser prescrita a pacientes com câncer incurável. De acordo estes autores, alguns guias de nutrição enteral e parenteral (como o guia da Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral e o guia da Associação Germânica de Medicina Nutricional) defendem que o uso de nutrição parenteral em pacientes oncológicos terminais leva a uma menor taxa de sobrevida, aumento de infecções e diminuição da resposta do organismo aos tratamentos oferecidos. Sendo assim, o uso de terapia nutricional parenteral não defenderia os interesses do paciente e seu conforto. Pesquisa realizada por Gerritzen et al. (2012), sugere que o uso de nutrição parenteral chega a duplicar o risco de infecções, o que pode levar o paciente a um sofrimento a mais, desrespeitando o princípio da beneficência e da não maleficência. Por outro lado, o guia da Sociedade Européia de Nutrição Enteral e Parenteral, afirma que pode haver benefícios com o uso de terapia nutricional parenteral em pacientes com câncer terminal que estejam com perda de peso acentuada e ingestão reduzida de nutrientes, contanto que a expectativa de vida seja de pelo menos 6-12 meses (MITCHELL et al, 2011).



Quanto à hidratação, existem argumentos importantes tanto para os que recomendam que se deve manter a hidratação, independentemente do que o paciente sente, quanto para os que entendem que a desidratação proporciona maior conforto ao doente em seus últimos dias de vida (TWYXCROSS, 2000).

Krishna et al. (2010), estudaram um grupo de 95 pacientes em cuidados paliativos em um hospital de Singapura, cuja idade média era de 62 anos e a sobrevida média de aproximadamente 5 dias. Procurou-se comparar os efeitos e sintomas entre pacientes que receberam a hidratação artificial até o momento da morte e aqueles que tiveram a hidratação artificial suspensa. Foram avaliados, entre outros, a dose de opióides necessária para controle de dor e tempo de sobrevida. De acordo com os resultados, não houve diferenças significativas entre os dois grupos, sugerindo que a hidratação artificial não traz nenhum benefício a pacientes com câncer terminal próximos à morte (KRISHNA et al, 2010).

Quando o indivíduo encontra-se com uma doença já considerada terminal, é muito comum que a sua ingestão espontânea diminua, tanto por aspectos psicológicos como por aspectos físicos, pois a dor, os vômitos e o mal-estar impedem que ele sinta vontade de alimentar-se e ingerir líquidos (TWYXCROSS, 2000). Há aqueles que defendem que quando o paciente está perto da morte, a suspensão da hidratação pode causar angústia, delírios e promover um sintoma chamado “boca seca” que, apesar de todo o cuidado oral oferecido, incomoda muito o doente (FEIO et al, 2005). Nesse caso, a hidratação pode auxiliar no tratamento desse sintoma, aumentando o conforto do paciente, desde que não proporcione riscos a ele (FEIO et al, 2005). Essa “boca seca” é um sintoma comum em pacientes oncológicos terminais, devido aos fármacos utilizados, à radioterapia local, infecções orais, entre outros (KRISHNA et al, 2010).

Segundo Morita et al. (2004), a literatura tradicional defende que o uso de hidratação artificial não proporciona benefícios para o paciente terminal, contudo, a literatura recente tem apontado que pode haver benefícios com esse procedimento. Os autores se referem a uma pesquisa realizada em 2004 com 498 pacientes com câncer terminal em três instituições de cuidado a pacientes oncológicos no Japão com o objetivo de analisar os possíveis benefícios do uso de hidratação artificial. Os pacientes foram acompanhados durante as três últimas semanas de vida sendo excluídos os falecidos antes de completar as três semanas e aqueles com sobrevida maior que três semanas. Alguns pacientes recebiam entre 800 e 1400ml/dia de hidratação artificial enquanto outros recebiam cerca de 200ml/dia. Os resultados sugerem que os possíveis benefícios com o uso de hidratação artificial precisam ser balanceados com o risco de piorar sintomas de retenção de líquidos. Os autores recomendam, ainda, um tratamento individualizado com o monitoramento rigoroso dos sintomas do pacientes como melhor alternativa para fornecer um adequado cuidado paliativo, visto que a hidratação artificial pode ajudar a aliviar sintomas da desidratação membranosa, porém, pode agravar os sintomas relacionados à retenção de líquidos, como edemas e ascite.

Profissionais que recomendam que a hidratação artificial não deve ser mantida, defendem que pode haver benefícios com a desidratação, dentre eles, o fato de que o volume urinário é diminuído, o que evita, por exemplo, a necessidade de uso de sondas nas vias urinárias, que incomodam o paciente (TWYXCROSS, 2000). A diminuição ou a retirada da hidratação artificial favoreceria a diminuição da produção de secreções, tanto pulmonares – o que diminuiria a tosse, a sensação de asfixia e a necessidade de aspiração das vias aéreas – como as gastrointestinais – o que reduziria, por exemplo, as ânsias de vômito (KRISHNA et al, 2010; TWYXCROSS, 2000). Por fim, argumenta-se também que a

desidratação diminuiria a dor causada pelos edemas que circundam os tumores (TWYXCROSS, 2000).

Quando se trata de alimentação e hidratação no cuidado paliativo, algumas questões bioéticas importantes aparecem (MENEZES, 2011)<sup>1</sup>. As pessoas possuem concepções diferentes em relação ao tratamento mais correto e/ou adequado que deve ser ofertado ao doente, respeitando as crenças, o conforto, a justiça e a humanização do atendimento. Para compreender melhor como é realizada a tomada de decisões, é necessário conhecer as diversas concepções que existem à respeito do valor da vida, pois as pessoas agem de acordo com o que acreditam (MENEZES, 2011)<sup>1</sup>. Essas concepções serão apontadas a seguir junto com o relato de casos que ajudam a ilustrar como cada profissional age perante as condições específicas de cada paciente.

### **Modelos de assistência a pacientes terminais e tomada de decisões**

Existem modelos de assistência ao paciente terminal que são baseados nas diversas concepções do valor dado à vida. A partir desses modelos, são definidos tipos de tratamento e procedimentos para cuidar do paciente terminal (MENEZES, 2011)<sup>1</sup>. É importante ressaltar que cada profissional de saúde ou instituição atua de acordo com o modelo cuja concepção mais se adequa às suas finalidades profissionais e às suas próprias concepções.

Um primeiro modelo é criado a partir de um princípio chamado sacralidade da vida (REGO, 2009). Este modelo indica que a defesa da vida estaria acima de qualquer outro valor, em detrimento inclusive da qualidade de vida. É a concepção de que a vida deve ser prolongada até onde for possível, utilizando a tecnologia disponível a favor do aumento de sobrevivência do paciente. A vida é vista, neste caso, como sagrada, ou seja, não deve ser abreviada e sim estendida (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2009). Outra leitura possível

acerca da sacralidade é de que a vida é sempre digna de ser vivida e não deve ser interrompida nem mesmo por expressa vontade de seu detentor, visto que manter a vida seria sempre a coisa certa a se fazer (BERNS et al, 2011). É um pensamento comumente associado à ética cristã e à tradição hipocrática. Dentro desse princípio, o fornecimento de alimentação e hidratação artificiais ou por via oral seria garantido, mesmo sem contar a opinião do paciente, visto que esses são considerados tratamentos ordinários para a sustentação da vida (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2009). Esse modelo recebe algumas críticas, como a dos que acreditam que a opinião do paciente deve ser levada em conta, visto que ele possui o direito de morrer recebendo os tratamentos que desejar (RIBEIRO, 2006).

O segundo modelo é mais voltado para a qualidade de vida do paciente em seus últimos momentos e chama-se “princípio do respeito à autonomia da pessoa” (RIBEIRO, 2006). Esse é o modelo mais próximo da concepção de cuidado paliativo. Os profissionais adeptos a esse modelo defendem que é necessário deixar o doente participar das decisões que dizem respeito ao tratamento que recebe, ou seja, o paciente, quando consciente, deve manifestar a sua vontade e esta deve ser seguida (REGO, 2009). Segundo Ribeiro (2006), o paciente conquistou o poder de tomar decisões sobre sua saúde e sua vida; de sujeito passivo passou a titular do direito. Ainda nesta segunda visão, quando o paciente não possui consciência, não há impedimento de se seguir um tratamento voltado a seu conforto e bem-estar, visto que ainda há a participação da família do paciente nas decisões, bem como da equipe multiprofissional que atende o paciente, que deve discutir quais os procedimentos mais adequados para se utilizar na fase terminal. A alimentação e a hidratação são consideradas, neste princípio, tratamentos que podem ser recusados pelo paciente e, se ele optar por isso, deve ser respeitado (RIBEIRO, 2006).

O paciente pode optar, para seu conforto ou, simplesmente, porque acredita que alguns tratamentos podem intensificar a dor ou o mal-estar, por suspensão de esforço terapêutico. Segundo Ribeiro et al. (2006):

“Por suspensão de esforço terapêutico compreende-se não iniciar ou suspender uma terapia iniciada, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificiais contra a sua vontade, que pode ser instantânea ou manifestada em diretivas antecipadas”.

As diretivas antecipadas, também nomeadas “testamento vital”, pela resolução nº1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, correspondem à vontade do paciente registrada na forma escrita no prontuário e assinada pelo paciente ou com registro em cartório ou ainda declaração escrita em documento particular, de preferência com firma reconhecida (RIBEIRO et al, 2006). Por meio dessas diretivas, o paciente pode aceitar ou recusar os tratamentos a ele oferecidos em caso de doença terminal, inclusive os relacionados à alimentação (CFM). A resolução nº 1.995/2012 é uma resolução recente, de 31 de agosto de 2012, e o seu conteúdo tem sido abordado em revistas de alta circulação no comércio brasileiro, apontando casos que em algumas pessoas registraram em cartório sua vontade em relação aos tratamentos recebidos caso sua doença chegue à fase terminal. Esse testamento facilita a tomada de decisões quando não é possível que o paciente se comunique (RIBEIRO, et al, 2006).

A partir desses dois princípios explicados acima, surgem os procedimentos adotados pelas instituições e pelos profissionais de saúde, bem como pela interferência da família nas decisões. Esses procedimentos seguem basicamente três linhas: a obstinação terapêutica (ou tratamento fútil), a eutanásia e os cuidados paliativos.

### Obstinação terapêutica (tratamento fútil)

Associada à visão sagrada da vida, encontra-se a obstinação terapêutica, também conhecida como tratamento fútil ou distanásia (MONTEIRO, 2006). Esse tipo de tratamento diz respeito ao uso continuado e persistente de medidas que sustentam a vida de pacientes com doenças avançadas, retardando a sua morte (BIONDO, 2009). Os sistemas vitais biológicos são mantidos, independentemente da consciência do paciente. Muitas vezes, a consequência da distanásia, segundo Biondo (2009), é uma morte prolongada, lenta e, com frequência, acompanhada de sofrimento, dor e agonia.

Um tratamento é considerado fútil quando não é de nenhuma utilidade constatável clinicamente, ou seja, não consegue melhorar o estado de saúde do paciente, apenas mantê-lo pelo tempo mais prolongado possível (FLORIANI et al, 2012). Algumas questões centrais que tornam polêmica a concepção da obstinação terapêutica dizem respeito ao fato de que algumas ações médicas são voltadas isoladamente para resolver problemas em órgãos especificamente comprometidos, sem trazer benefícios à pessoa como um todo (BIONDO, 2009; FLORIANI et al, 2012). O desconforto e os efeitos adversos que o tratamento escolhido traz ao paciente não seriam tão relevantes como a conservação da vitalidade do órgão tratado. Esse tipo de tratamento baseia-se em um modelo médico mais tradicional, centrado na busca da cura da doença. Muitos críticos afirmam que o tratamento fútil faz emergir um cenário de desapropriação da pessoa de sua vida e ela acaba morrendo em condições de isolamento, geralmente hospitalizadas, longe de seus entes queridos e cercada de aparatos médicos (BIONDO, 2009; FLORIANI et al, 2012). Acredita-se, segundo Monteiro (2006), que haja nesse modelo um excesso terapêutico em relação ao prognóstico esperado.

As decisões devem ser tomadas pelo doente, se para isso tiver competência e capacidade, caso contrário, a decisão deve ser tomada por quem para tal tenha direitos

legais, respeitando sempre a vontade e os interesses legítimos do doente. Nessa análise, o fornecimento de alimentação artificial, por exemplo, poderia infringir o princípio da não maleficência, caso o paciente curse com sinais e sintomas clínicos intensos decorrentes do tratamento proposto (MONTEIRO, 2006).

Por outro lado, tanto Monteiro (2006), quanto Floriani et al. (2012), concordam que alguns profissionais da saúde acreditam que o tratamento fútil traz à pessoa a dignidade de lutar pela vida até o último minuto, oferecendo a ela o melhor cuidado possível em termos de prolongamento da sobrevida. Além disso, muitas vezes, a equipe multiprofissional acaba optando por oferecer alguns tratamentos ao doente terminal por causa da pressão exercida pela família que, sem entender a situação médica real do paciente, insiste em fornecer, principalmente, alimentação, hidratação e ventilação artificiais (MONTEIRO, 2006).

Segundo Kovács (2003), é compreensível o porquê da “ação médica” quando o paciente encontra-se em estado terminal, visto que a formação médica em si ainda é bastante paternalista. Esse paternalismo baseia-se no princípio da beneficência e no “fazer algo”, o que leva a equipe de saúde, muitas vezes, a agir unilateralmente, justificando saber o que é melhor para o paciente e que o paciente não está preparado para saber o que é melhor para si.

Percebe-se que a maioria dos autores tenta justificar a obstinação terapêutica, porém, não concorda com ela. A maioria das instituições hospitalares brasileiras possuem profissionais que fornecem tratamentos fúteis por vários motivos, seja pela sua formação acadêmica, seja pela insistência da família ou até mesmo, para evitar acusações de falha médica (MONTEIRO, 2006; KOVÁCS, 2003).

## Eutanásia

A Eutanásia, derivada do grego *euthánatos*, significa uma antecipação da morte (BIONDO, 2009). É basicamente o contrário do tratamento fútil. Enquanto o tratamento fútil faz todo o possível para manter a pessoa viva, por meio da eutanásia, faz-se o possível para que a pessoa chegue ao óbito (CREAGH PEÑA, 2012). É vista como uma morte oferecida a alguém em sofrimento com uma doença incurável (BIONDO, 2009). Muitas vezes é conhecida como a “boa morte”, visto que, de acordo com a tradução do grego, a palavra *euthánatos*, possui o prefixo *eu* que significa “bom” e o substantivo *thánatos*, que se equivale a “morte” (GHERARDI, 2003). Segundo Gherardi (2003), a eutanásia significa basicamente a provocação da morte, efetuada por um terceiro, de um paciente portador de uma enfermidade mortal, por seu requerimento e em seu próprio benefício. O código penal brasileiro penaliza a eutanásia por entendê-la como homicídio, o que a torna ilegal, mesmo tida por alguns profissionais como consideração humanística à pessoa ou à sociedade (BIONDO, 2009; REGO, 2009). Até o momento três países legalizaram a eutanásia: o estado de Oregón, nos EUA, a Bélgica e a Holanda. Alguns países como a França acreditam que com o advento dos cuidados paliativos, não é necessário legalizar a eutanásia, visto que é possível fornecer alívio e conforto ao paciente terminal (CREAGH PEÑA, 2012).

A eutanásia pode ser classificada quanto ao ato e quanto ao consentimento do enfermo (BIONDO, 2009). Quanto ao ato, ela pode ser de três tipos: ativa, passiva e de duplo efeito (REGO, 2009, p. 110). A eutanásia ativa é aquela pela qual, alegando fins humanitários, provoca-se a morte do paciente terminal, como na utilização de injeção letal. A eutanásia passiva ocorre por omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivida. Por fim, a eutanásia de duplo efeito é a que acontece



quando a morte é acelerada por meio de uma ação médica que visa não à letalidade, mas ao conforto do paciente, porém, acaba levando à morte (FLORIANI et al, 2012).

Quanto ao consentimento do enfermo, a Eutanásia também pode ser dividida em três tipos: eutanásia voluntária, realizada em vontade expressa do doente e conhecida também como suicídio assistido; a eutanásia involuntária, caracterizada quando o ato que leva o paciente à morte é realizado contra a vontade do enfermo ou quando ele não foi solicitado a consentir com aquele ato e eutanásia não voluntária, que é aquela em que a vida é abreviada sem que se conheça a vontade do paciente, muitas vezes a pedido da família (REGO, 2009; SIQUEIRA-BATISTA et al, 2009; FLORIANI et al, 2012).

Entra nessa discussão a consideração sobre a alimentação e a hidratação. Segundo Zuniga Fajuri (2008), a alimentação artificial pode substituir o funcionamento do trato digestivo. Contudo, se a pessoa é incapaz de se alimentar sem o auxílio de técnicas artificiais e a alimentação for suspensa, essa ação incorrerá, a curto ou médio prazo, em óbito. Se essa decisão for do paciente e do médico, pode-se considerar suicídio assistido, que é um tipo de eutanásia (ZUNIGA FAJURI, 2008). É necessário discutir até que ponto é ético um profissional de saúde suspender a terapia nutricional oferecida ou até mesmo desligar aparelhos que auxiliam na respiração de um paciente terminal, principalmente se sua vontade não é conhecida, visto que são esses cuidados ordinários (PADOVANI CANTÓN et al, 2008). De acordo com Twycross (2000), a maioria dos doentes que pedem ajuda para morrer o fazem porque não recebem cuidados paliativos adequados. Pedem algumas vezes para suspender a alimentação visto que mais cedo ou mais tarde sabem que essa ação levá-los-á à morte (TWYXCROSS, 2000). Por outro lado, como apontam SIQUEIRA-BATISTA et al. (2005), deve-se discutir até que ponto é correto oferecer tratamentos artificiais a pacientes irrecuperáveis, sem levar em conta os sintomas e as consequências que o tratamento traz ao doente. Um exemplo é o uso de fluidos

endovenosos quando os pacientes já não são capazes de manter um balanço hídrico normal (TWYXCROSS, 2000). Sendo assim, mais uma vez, afirma-se que a discussão acerca dos melhores cuidados no fim da vida varia de acordo com as concepções do doente, de sua família e dos profissionais de saúde (BIONDO et al, 2009). Dessa forma, deve-se analisar a questão ética que envolve a tomada de decisões, pois nem tudo que se acredita ser correto pode ser a melhor e mais ética escolha (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2005).

### Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos, sendo uma disciplina especializada na atenção a pacientes terminais, se mostram como uma alternativa ao cuidado desses pacientes, criticando o modelo altamente técnico e impessoal de lidar com o fim da vida que é realizado pelo tratamento fútil, por um lado, mas tomando muito cuidado com as concepções da eutanásia, pois, em sua concepção, a doença deve preferencialmente tomar seu curso natural até a morte, fornecendo ao paciente qualidade de vida até esse momento chegar (DINIZ et al, 2006). O termo “palliare” tem origem no latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva do cuidar e não somente curar .

Os cuidados paliativos, de acordo com a concepção de Skaba et al. (2005), pressupõem uma morte livre de dores e de sofrimentos físicos, à medida do possível. Além disso inferem que os pacientes saibam da sua condição de saúde e de seu prognóstico, de modo que não hajam conflitos pessoais ou assuntos para resolver antes de morrer. O paciente deve estar cercado dos seus familiares e amigos queridos e deve encarar o final da vida como um período de crescimento pessoal. Para viver dignamente seus últimos momentos, o paciente deve receber apoio e atenção de diversos profissionais, de modo que suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais sejam supridas (SKABA, 2005).

Ainda em defesa dos cuidados paliativos, o próprio Código de ética Médica brasileiro relata em seu artigo 41 do capítulo V, que: “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” conforme citação do Código de Ética Médica, *apud* Menezes (2011)<sup>2</sup>.

Acredita-se, conforme Fratezi et al. (2011), que a imagem de uma pessoa que morre em cuidados paliativos é intensamente diferente daquela que recebe tratamento fútil, por exemplo, pois a primeira morre cercada de cuidados e afetos e a segunda morre em unidades de terapia intensiva cercada de aparelhos e com sua família recebendo a notícia por telefone. Ainda segundo os autores, há alguns profissionais que criticam os cuidados paliativos, argumentando que a frequência que eles são exigidos faz com que o cuidado se torne uma rotina na vida dos profissionais de saúde, que não tratam o paciente em sua individualidade e em seus últimos desejos, mas que seguem uma rotina do que pode ser ofertado a ele nos últimos momentos da vida, de acordo com as condições das instituições em que se encontram. Além disso, questiona-se o conforto do paciente em saber que está morrendo, mas nada está sendo feito para reverter a situação, enquanto que os cuidados que visam prolongar a vida forneceriam um certo tipo de esperança ao paciente, mesmo que terminal.

Sendo os cuidados paliativos uma modalidade de atendimento que considera os desejos e o conforto do paciente, Tsai (2011), identifica que comidas e bebidas são elementos centrais na celebração da vida em diversas culturas e estão associadas a emoções positivas. Dessa forma, fornecer alimentação ao paciente pode ser interpretado como “um restante de vida normal”, de forma que ele não se sinta desapropriado de si mesmo, ainda que seja uma alimentação artificial. A alimentação nos cuidados paliativos

pode também evitar a perda de peso, muito comum nesses pacientes. Sendo assim, o paciente pode se debilitar menos no final da vida, tendo uma morte mais tranquila (ELLIS, 2012).

Dessa forma, percebe-se que existem pontos positivos e negativos defendidos em cada concepção/modelo de assistência ao paciente terminal e cabe aos indivíduos envolvidos nessas questões agirem da melhor forma para o paciente, respeitando a legislação vigente em cada local e as questões éticas que envolvem o respeito para com ele.

A seguir serão discutidos três casos de pacientes terminais hospitalizados, extraídos da literatura consultada, para que se exemplifique o processo de tomada de decisões determinada de acordo com as necessidades do paciente e sua família, e ilustrar de que forma pode ser abordada a manutenção, ou não, da alimentação no caso de uma doença terminal.

#### **Análise de caso – Raul (ALONSO, 2012)**

Raul, um senhor de 81 anos, estava com câncer de pulmão avançado. O paciente encontrava-se inconsciente e os médicos estavam tratando-o com cuidados paliativos. Uma de suas filhas era enfermeira e pediu aos médicos que introduzissem a sonda nasoenteral para que seu pai se alimentasse. Contudo, visto que a previsão de sobrevida do paciente era menor que uma semana, os médicos discordaram por entender a colocação da sonda como um tratamento fútil, ou seja, não traria nenhum benefício ao paciente e poderia causar desconforto. Contudo, a filha falou que conhecia casos em que ao colocar a sonda o paciente melhorava o quadro como um todo. A filha insistiu muito e a equipe médica acabou cedendo por levar em conta o sofrimento da família e por avaliar que, se colocasse uma sonda adequada e em volume reduzido, os efeitos negativos não seriam agravantes

para o paciente. Dessa forma, a família se sentiria mais confortada e o paciente não sofreria muito com isso.

Quanto a esse caso, muitos profissionais de saúde discordariam do procedimento adotado por se tratar de um tratamento fútil que pode trazer consequências sérias ao paciente. Contudo, a equipe médica decidiu junto à família colocar a sonda, pois o paciente não podia responder por si.

De acordo com Monteiro (2006) quando um tratamento é considerado fútil, é necessário avaliar até que ponto iniciar um procedimento pode ser positivo em um contexto geral, que abrange o bem-estar da família e do paciente, visto que o tratamento fútil, geralmente, não traz benefício algum para o paciente, no sentido de criar expectativa de vida.

Como foi possível perceber, o cuidado paliativo integra uma noção de que a morte deve seguir seu curso natural, mas ao mesmo tempo, a medicina pode ajudar a promover uma “boa morte”, sem ter a abreviação da vida como objetivo, mas visando o conforto do paciente e as melhores decisões no contexto paciente-família-tomada de decisão (FONSECA, 2010). Antes de meados da década de 70, era comum que os médicos tomassem as decisões individualmente, sem ter discussões com a família, com o próprio paciente e com a equipe interdisciplinar, algo que mudou muito com o passar dos anos e com a emergência do conceito de cuidados paliativos. Desta forma, o cuidado paliativo atende ao indivíduo em sua dignidade humana, sua autonomia, suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, além de defender seus direitos legais, jurídicos e bioéticos (ALONSO, 2012).

### **Análise de caso – Camila (SILVA, 2012)**

Camila é uma criança argentina natimorta em 2009 e, quando conseguiu ser ressuscitada, foi conectada a aparelhos para respirar, pois estava em estado vegetativo. A criança continua em estado vegetativo, respirando e se alimentando por aparelhos. A mãe de Camila pediu para que os aparelhos fossem desligados visto que os médicos consideram o estado de Camila irrecuperável e para ela, é um grande sofrimento ver a filha no estado em que se encontra. A decisão das autoridades foi que os aparelhos não fossem desligados, visto que não há na Argentina uma legislação que permita a prática da eutanásia. Nesse caso, percebe-se que a decisão foi tomada com base no permitido/não permitido pela Lei, ilustrando outro ponto importante da tomada de decisões.

### **Análise de caso – Christian Rossiter (MENEZES, 2011)<sup>2</sup>**

Christian Rossiter, australiano de 49 anos, ficou tetraplégico após ser atropelado por um carro. Desde o acidente viveu em uma instituição no oeste da Austrália, sendo alimentado e hidratado por gastrostomia. De acordo com a mídia, antes do acidente, Christian era apaixonado por atividades ao ar livre e esportes. Rossiter pediu insistentemente aos cuidadores que parassem de alimentá-lo e hidratá-lo, porém não foi atendido e decidiu solicitar autorização legal. O juiz que cuidou do caso afirmou que Rossiter “tinha o direito de dirigir seu próprio tratamento e que as pessoas que cuidavam dele não seriam responsabilizadas criminalmente se atendessem aos desejos do paciente”. O enfermo faleceu em 21 de setembro de 2009, em decorrência de uma infecção pulmonar, cinco semanas após o parecer judicial e a interrupção da administração de alimentos ou de quaisquer recursos terapêuticos.

Esse último caso ilustra um caso diferente dos demais, visto que o fundo emocional do paciente é que o levou a pedir sua morte, e não as dores que sentia ou os sentimentos dos familiares. Nesse último caso há três diferentes tomadas de decisões: a do próprio

paciente, que recorre à justiça para pedir sua morte; a dos enfermeiros, que recusaram suspender a alimentação e a hidratação artificiais e a do juiz, que decide autorizar o desligamento dos aparelhos por respeitar o desejo do paciente. Dessa forma, é possível perceber que cada “ator” envolvido na situação toma as decisões da forma que julga mais adequada. Nesse caso, antes de suspender a alimentação e hidratação, o paciente encontrava-se em cuidados paliativos, pois, apesar de não se encontrar em estado terminal, sua doença era irreversível. Porém, não era suficiente ao seu bem-estar continuar daquela maneira, o que o levou a optar pela eutanásia.

## **Conclusão**

Conclui-se da revisão bibliográfica realizada com o tema “Nutrição e bioética nos cuidados paliativos” que esta é uma modalidade de assistência ao paciente terminal considerada adequada pela maioria dos autores estudados, visto que respeita os desejos do paciente e defende que as terapias oferecidas devem fornecer o maior conforto possível e favorecer a diminuição do sofrimento. Por diminuição do sofrimento, entende-se na abordagem paliativa, uma atenção multiprofissional, fornecendo auxílio no controle e manejo da dor, mas também nos aspectos sociais, psicológicos e espirituais a. Quanto à alimentação e a hidratação, a literatura conta com opiniões diversas. Alguns autores afirmam que a suspensão da alimentação e hidratação nos últimos dias de vida pode fornecer conforto e diminuição de problemáticas como edemas, cama molhada, retirada da sonda pelo paciente, entre outros. Por outro lado, outros afirmam que retirar a alimentação e a hidratação pode causar agonia, desidratação severa e sintomas incômodos como a “boca seca”.

]Em relação às questões éticas, percebe-se que existem várias concepções a respeito das mais adequadas terapias a serem oferecidas ao paciente terminal. A maioria dos autores acredita que tanto a obstinação terapêutica como a eutanásia ferem alguns dos princípios bioéticos, como a autonomia, no primeiro caso, e a não maleficência, no segundo caso. Dessa forma, os cuidados paliativos seriam uma alternativa para que a assistência ao paciente terminal se desse de uma forma humanitária, justa e benéfica ao paciente.

Por fim, conclui-se pela análise dos casos, que cada paciente possui suas particularidades em relação à evolução da sua doença e aos tratamentos recebidos, e as decisões a serem tomadas envolvem sempre diversos “atores”, que precisam ser cautelosos



ao decidirem agir ou deixar de agir, respeitando sempre os quatro princípios bioéticos: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

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

## Referências Bibliográficas

1. A bioética, o início e o fim da vida: o aborto e a eutanásia. In: REGO, Sérgio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 95-118.
2. ALIVIZATOS, Vasileios; GAVALA, Vasilik; ALEXOPOULOS, Panagiotis, et al. Feeding Tube-related Complications and Problems in Patients Receiving Long-term Home Enteral Nutrition. **Indian J Palliat Care**, v.18, n.1, Jan-Apr. 2012.
3. ALONSO, Juan Pedro. Contornos negociados del "buen morir": la toma de decisiones médicas en el final de la vida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2012.
4. ANDRADE, Filipe Moreira de; MOURAD, Omar Moté Abou; JUDICE, Luiz Felipe. Revisão do sistema de estadiamento tumor-nódulo-metástase para câncer de pulmão: mudanças e perspectivas. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 5, Oct. 2010.
5. ARGILES, J. M. et al . Fisiopatología de la caquexia neoplásica. **Nutr. Hosp., Madrid**, 2012.
6. AZULAY TAPIERO, A.. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. **An. Med. Interna (Madrid)**, Madrid, v. 18, n. 12, dic. 2001.
7. AZULAY TAPIERO, A.. La sedación terminal: Aspectos éticos. **An. Med. Interna (Madrid)**, Madrid, v. 20, n. 12, dic. 2003.
8. BANNURA C, GUILLERMO et al . Valor pronóstico de la Clasificación TNM 2002 en cancer de colon y recto: Análisis de 624 pacientes. **Rev Chil Cir.**, Santiago, v. 60, n. 3, jun. 2008.

9. BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião; BARBOSA, Leandro Augusto. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009.
10. BERNS, Gregory S.; BELL, Emily; CAPRA, Monica C., et al. The price of your soul: neural evidence for the non-utilitarian representation of sacred values. **Phil. Trans. R. Soc. B**, v.367, n. 1589, Mar. 2012.
11. BIONDO, Chaiane Amorim; SILVA, Maria Júlia Paes da; SECCO, Lígia Maria Dal. Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, Oct. 2009.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. – Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124 p.
13. BUISAN, R.; DELGADO, J. C.. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis **San Navarra**, Pamplona, 2012.
14. CANIZO FERNANDEZ-ROLDAN, A. del. Nutrición en el paciente terminal: Punto de vista ético. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 20, n. 2, abr. 2005
15. CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L.Y. Nutrição e hidratação. In: OLIVEIRA, R.A. (Org). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 221-257.
16. CARVALHO, Karen Knopp de; LUNARDI, Valéria Lerch. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, June 2009.

17. Conselho Federal de Medicina (CFM). Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23202%3Aatestamento-vital-permitira-as-pessoas-definirem-limites-terapeuticos-na-manutencao-da-vida&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23202%3Aatestamento-vital-permitira-as-pessoas-definirem-limites-terapeuticos-na-manutencao-da-vida&catid=3%3Aportal&Itemid=1)> Acesso em: 23 de setembro de 2012.
18. CREAGH PENA, Mabel. Dilema ético de la eutanasia. **Rev. cub. salud pública**, La Habana, v. 38, n. 1, Mar. 2012.
19. DINIZ, Wanderley Renata; GONÇALVES, Marina Sahade; BENSI, Carolina Games, et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 52, n.5, 2006.
20. DOSNE PASQUALINI, Christiane. La guerra contra el cáncer. **Medicina (B. Aires)**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 71, n. 5, oct. 2011.
21. ELLIS, P.M. The importance of multidisciplinary team management of patients with nonsmall-cell lung câncer. **Curr Oncol.**, v.19, n.1, Jun. 2012.
22. FEIO, Madalena; SAPETA, Paula. Xerostomia em cuidados paliativos. **Acta Med Port.**, v.18, n.1, Apr. 2005.
23. FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012
24. FONSECA, Anelise Coelho da; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n.4, Oct. 2010.

25. FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, July 2011.
26. GERRITSEN, Arja; Marc G. BESSELINK, Marc G.; CIESLAK, Kasia P, et al. Efficacy and Complications of Nasojejunal, Jejunostomy and Parenteral Feeding After Pancreaticoduodenectomy. **J Gastrointest Surg.**, v.16, n.3, Jun. 2012
27. GHERARDI, C. R.. Eutanasia. **Medicina (B. Aires)**, Buenos Aires, v. 63, n. 1, Enero. 2003.
28. GUTIERREZ, Pilar L.. O que é o paciente terminal?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, June 2001.
29. GOMES, Rodrigues; MARGARIDA, Ana. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. **Rev. Eletrônica trimestral de enfermagem**, Portugal, n.22, Apr.2011.
30. HANKS Geoffrey; CHERNY Nantan I; PORTENOY Stein Kaasa; FALION, Marie; CHRISTAKIS, Nicolas. Introduction to the fourth edition: facing the challenges of continuity and change. **Oxford textbook of palliative medicine**, New York: Oxford University Press; v.4, p. 1-5, 2010.
31. Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2010. [Acesso em 02 jul. 2012] Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322).
32. KRISHNA, Lalit Kumar Radha; POULOSE, Jissy Vijo; GOH, Cynthia. Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore. **Indian J Palliat Care**, v.16, n.3, Sep-Dec. 2010.

33. KOVACS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2003.
34. LUFT, Vivian Cristine et al . Suprimento de micronutrientes, adequação energética e progressão da dieta enteral em adultos hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 5, Oct. 2008.
35. MARCOLINO, José Alvaro Marques; COHEN, Claudio. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 4, Aug. 2008.
36. MAWERE, Munyaradzi. Critical reflections on the principle of beneficence in biomedicine. **The Pan African Medical Journal**, University of Cape Town, South Africa, 2012.
37. MEIER, Daiane E.; AHRONHEIM, Judith C.; MORRIS JANE, et al. High short term mortality in hospitalizes patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. **Archives of Internal Medicine**, v.161, n.4, Feb. 2001.
38. MENEZES, Rachel Aisengart. Demanda por eutanásia e condição de pessoa: reflexões em torno do estatuto das lágrimas. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 9, Dec. 2011<sup>1</sup>.
39. MENEZES, Rachel Aisengart. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Dec. 2011<sup>2</sup>.
40. MITCHELL, Jessica; JATOI, Aminah. Parenteral nutrition in patients with advanced cancer: merging perspectives from the patient and healthcare provider. **Semin Oncol.**, v.38, n.3, Jun. 2011.

41. MONTEIRO, Filipe. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. **Rev Port Pneumol.**, Lisboa, v. 12, n. 3, maio 2006.
42. MORITA, T.; HYODO, I.; YOSHIMI, T., et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. **Annals of Oncology.**, v.16, n.4, Nov. 2004.
43. OLIVEIRA, Aline Cristine de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, Apr. 2010.
44. PADOVANI CANTON, Antonio Manuel; CLEMENTE RODRIGUEZ, María Elisa. Eutanasia y legislación. **Rev Ciencias Médicas**, Pinar del Río, v. 12, n. 2, dic. 2008.
45. PEREIRA CUNILL, J. L.; GARCIA LUNA, P. P.. Gastrostomía endoscópica percutánea. **Rev. esp. enferm. dig.**, Madrid, v. 102, n. 10, oct. 2010.
46. PEREIRA, I. Hipodermóclise. In: OLIVEIRA, R.A. (Coord). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. P.259-272.
47. PÉREZ, Ángela J. Suárez. Alimentación del paciente de cáncer en fase avanzada y terminal: consideraciones éticas y recomendaciones prácticas. **Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología**, Ciudad de La Habana, Cuba, 2006.
48. PUCCI, Nídia Denise; FONTES, Belchor; POGGETTI, Renato Sérgio. Avaliação de um esquema de realimentação utilizado após 43 dias de jejum voluntário. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 5, Oct. 2008.

49. RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Aug. 2006.
50. ROSENFELD, R. S. Cuidados nutricionais no paciente terminal. In: WAITZBERG, D.L. Dieta, Nutrição e Câncer. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004. p. 626-629.
51. SANDERS, David S.; ANDERSON, Alan J.; BARDHAN, K D. Percutaneous endoscopic gastrostomy: An effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia. **Clinical Medicine**, v.4, n.3, May. 2004.
52. SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Aug. 2001
53. SEGRE, Marco. Reflections on bioethics: consolidation of the principle of autonomy and legal aspects. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012.
54. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.
55. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre a iniqüidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005<sup>2</sup>.
56. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005<sup>1</sup>.



57. SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2011.
58. SILVA, Teresa Pereira. ¿Eutanasia o limitación del esfuerzo terapéutico?. **Arch Argent Pediatr.**, v. 110, n.3, 2012.
59. SOARES, Márcio. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2007.
60. SKABA, Márcia Fróes. Humanização e cuidados paliativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Sept. 2005.
61. TERIAKY, Anouar; GREGOR, Jamie; NILESH, Chande. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement for End-stage Palliation of Malignant Gastrointestinal Obstructions. **Saudi J Gastroenterol.**, v.18, n.2, Mar-Apr. 2012.
62. THULER, Fernanda Prata; FORONES, Nora Manoukian; FERRARI, Angelo Paulo. Neoplasia avançada de esôfago: diagnóstico ainda muito tardio. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2006.
63. TRUPPEL, Thiago Christel et al . Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, Apr. 2009.
64. TSAI, E. Withholding and withdrawing artificial nutrition and hydration. **Canadian Paediatric Society, Bioethics Committee.**, v.16, n.4, 2011.

65. TWYXCROSS, Robert. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. **Acta bioeth., Santiago**, v. 6, n. 1, Jun. 2000.
66. WANI, Mohd Lateef; RATHER, Ajaz Ahmad; IRSHAD, Ifat; et al. Ascaris exit through the feeding jejunostomy tract: A rare case report. **Turk J Gastroenterol.**, v.22, n.2, Feb. 2010.
67. WU, Quan; YU, Jian-chun; KANG, Wei-ming; et al. Short-term effects of supplementary feeding with enteral nutrition via jejunostomy catheter on post-gastrectomy gastric cancer patients. **Chinese Medical Journal**, v.124, n.20. 2011.
68. YOUNES, Riad N.; NOGUCHI, Yoshikazu. Pathophysiology of cancer cachexia. **Rev. Hosp. Clin.**, São Paulo, v. 55, n. 5, Oct. 2000.
69. ZUNIGA FAJURI, Alejandra. DERECHOS DEL PACIENTE Y EUTANASIA EN CHILE. **Rev. derecho (Valdivia)**, Valdivia, v. 21, n. 2, dic. 2008.