

## Quando Nutrir Não é Necessário: Rupturas e Continuidades nos Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço

When Nutrition is no Longer Necessary: Breaks and Continuities in Palliative Care For Patients With Head and Neck Cancer

Cuando Nutrir ya no es Necesario: Rupturas y Continuidades en los Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender o cuidado nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço nos cuidados paliativos sob a perspectiva da subjetividade. **Metodologia:** Trata-se de ensaio teórico crítico-reflexivo, com enfoque argumentativo lógico-analítico. Fundamentou-se em teóricos e autores, cujas publicações relacionam-se à assistência nutricional, cuidados paliativos, experiência alimentar e câncer de cabeça e pescoço, oriundos tanto das Ciências da Saúde como das Ciências Humanas e Sociais.

**Resultados e Discussão:** Os pacientes com câncer em cuidados paliativos enfrentam perdas e mudanças nas práticas alimentares, afetando suas emoções e sentimentos. A alimentação torna-se um ato de humanização, visando conforto e qualidade de vida. Sentimentos como angústia, prazer e identidade reforçam a subjetividade durante a palição, destacando a importância de reconhecer essas experiências, muitas vezes ocultas. **Conclusão:** É importante repensar o tratamento de pacientes com câncer terminal, destacando os cuidados paliativos para preservar a dignidade e o conforto, mesmo quando a cura não é possível.

**DESCRIPTORES:** Câncer de Cabeça e Pescoço; Subjetividade; Alimentação; Cuidados Paliativos.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the nutritional care of patients with head and neck cancer in palliative care from the perspective of subjectivity. **Methodology:** This is a critical-reflective theoretical essay with a logical-analytical argumentative approach. It is based on theorists and authors whose publications are related to nutritional assistance, palliative care, eating experience, and head and neck cancer, originating from both Health Sciences and Human and Social Sciences. **Results and Discussion:** Patients with cancer in palliative care face losses and changes in eating practices, impacting their emotions and feelings. Nutrition becomes an act of humanization, aiming for comfort and quality of life. Feelings such as anguish, pleasure, and identity reinforce subjectivity during palliative care, highlighting the importance of recognizing these often hidden experiences. **Conclusion:** It is important to rethink the treatment of terminal cancer patients, emphasizing palliative care to preserve dignity and comfort, even when a cure is no longer possible.

**DESCRIPTORS:** Head and Neck Cancer; Subjectivity; Nutrition; Palliative Care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender el cuidado nutricional de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en cuidados paliativos desde la perspectiva de la subjetividad. **Metodología:** Se trata de un ensayo teórico crítico-reflexivo, con un enfoque argumentativo lógico-analítico. Se fundamenta en teóricos y autores cuyas publicaciones están relacionadas con la asistencia nutricional, cuidados paliativos, experiencia alimentaria y cáncer de cabeza y cuello, provenientes tanto de las Ciencias de la Salud como de las Ciencias Humanas y Sociales. **Resultados y Discusión:** Los pacientes con cáncer en cuidados paliativos enfrentan pérdidas y cambios en las prácticas alimentarias, lo que afecta sus emociones y sentimientos. La alimentación se convierte en un acto de humanización, orientado al confort y la calidad de vida. Sentimientos como angustia, placer e identidad refuerzan la subjetividad durante la paliación, destacando la importancia de reconocer estas experiencias, muchas veces ocultas. **Conclusión:** Es importante repensar el tratamiento de los pacientes con cáncer terminal, destacando los cuidados paliativos para preservar la dignidad y el confort, incluso cuando la cura ya no es posible.

**DESCRIPTORES:** Cáncer de Cabeza y Cuello; Subjetividad; Alimentación; Cuidados Paliativos.

RECEBIDO EM: 27/01/2025 APROVADO EM: 07/02/2025

**Como citar este artigo:** Fernandes HMA, Barbosa ES, Lopes GCB, Oliveira FM, Uchôa BO, Freire LFO, Walter VC, Andrade BKM. Quando Nutrir Não é Necessário: Rupturas e Continuidades nos Cuidados Paliativos Em Pacientes Com Câncer de Cabeça e Pescoço. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(93):14508-14514. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14508-14514

**ID Helder Matheus Alves Fernandes**  
Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (GPVT) pela UECE.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2068-9071>

**ID Elane da Silva Barbosa**  
Doutora em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Universidade Potiguar (UnP), Campus Mossoró.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2668-8064>

**ID Gabrielle Cavalcante Barbosa Lopes**  
Nutricionista Clínica pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2625-4829>

**ID Filipe Monteiro de Oliveira**  
Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Assistente Social pelo Instituto Cisne.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2724-3362>

**ID Brenda Oliveira Uchôa**  
Especialista em Oncologia pelo Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Farmacêutica Oncológica pelo Hospital Haroldo Juçaba (HHJ) / Instituto do Câncer do Ceará (ICC).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2626-4495>

**ID Leonel Francisco de Oliveira Freire**  
Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8734-5292>

**ID Valeska Carneiro Walter**  
Nutricionista Clínica pela Nutrição pelo Centro Universitário Fametro.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4662-7140>

**ID Bruna Kelly de Medeiros Andrade**  
Mestra em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Nutricionista Oncológica pelo Instituto do Câncer do Ceará (ICC).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5365-8226>

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CPs) como uma assistência oferecida por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar conforto, aliviar sintomas e sofrimento, além de ouvir, respeitar, compartilhar, acolher e acompanhar o paciente e seus familiares até o fim da vida. Essa abordagem busca promover qualidade de vida para aqueles que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, especialmente no caso dos cânceres<sup>(1)</sup>.

Os CP, através da portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando proporcionar uma melhor qualidade de vida para pacientes, familiares e cuidadores que lidam com doenças crônicas graves<sup>(2)</sup>.

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (AMCP) e a OMS, estima-se que 56 milhões de pessoas no mundo necessitem desse tipo de cuidado. A PNCP, instituída em maio de 2024, busca preencher essa lacuna, oferecendo suporte integral

não apenas aos pacientes, mas também aos seus familiares e cuidadores, para os profissionais de saúde, em especial, os nutricionistas essa abordagem representa tanto uma oportunidade quanto um desafio, tendo em vista da pouca capacitação e especialização na área em como promover uma alimentação digna, humanizada e acolhedora em pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP)<sup>(2,3)</sup>.

Considerando a terminologia do CCP, está se refere a um grupo de tumores heterogêneos, que acometem o trato aero digestivo superior, incluindo, dessa forma, as regiões anatômicas da cavidade oral, faringe, laringe e tireoide<sup>(4)</sup>. Logo, o principal tipo histológico é o carcinoma espinocelular, responsável por cerca de 90% dos casos<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, dos diversos tipos de CCP, cerca de 40% correspondem aos cânceres de cavidade oral, 15% na faringe e 25% na laringe, sendo as demais distribuições de porcentagem na região das glândulas salivares e tireoide<sup>(6)</sup>. Sua incidência vem aumentando nas últimas décadas devido ao aumento da disponibilidade dos seus fatores de risco, isto é, o tabagismo, o álcool, a obesidade, a história

familiar, a exposição à radiação e os ambientais<sup>(7)</sup>.

Quando se aborda o cuidado nutricional na esfera dos CPs, os sujeitos de CCP, são incluídas inúmeras estratégias nas práticas alimentares e comensalidade. Essas estratégias envolvem alteração na textura dos alimentos, acréscimos de receitas que visam ao alívio dos sintomas de forma prazerosa, resgatando a autonomia alimentar, visto que a comida possui expressão na forma de organização social, as quais a cultura alimentar está associada às manifestações dos cidadãos diante a sociedade, constituindo, assim, os hábitos alimentares<sup>(8,9,10,11)</sup>.

Além de a alimentação ter a função sociocultural, ela perpassa aspectos psicológicos, relacionados à escolha do tipo de alimento e ao horário. Somando a isso, o comportamento alimentar, também, articula-se com a qualidade de vida, visto que é, a partir desse momento, que se constrói ou se reconstrói os problemas alimentares como forma de melhor se relacionar com a comida<sup>(12)</sup>.

A necessidade da qualificação profissional do nutricionista na área da cancerologia clínica se torna, nesse panorama, de extrema importância,

principalmente, quando ele acompanha o sujeito na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, nos cuidados paliativos, no fim de vida e no pós-tratamento, de forma não sequencial, para que todas as necessidades nutricionais sejam garantidas, minimizando os impactos do tratamento, promovendo conforto por meio da alimentação e preservando a diminuição da progressão durante o processo terapêutico do sujeito oncológico<sup>(11)</sup>.

Dessa forma, o objetivo do presente artigo é compreender o cuidado nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço nos cuidados paliativos sob a perspectiva da subjetividade.

## METODOLOGIA

Trata-se de ensaio teórico crítico-reflexivo, com enfoque argumentativo lógico-analítico. O ensaio acadêmico constitui-se em modalidade de texto crítico, com grande relevância teórico-científica, que expõe ideias, subjetividades e pontos de vista do autor sobre determinada temática, buscando originalidade, interpretações com outras áreas, enfoque, sem, contudo, explorar o tema de forma exaustiva. Logo, o ensaio teórico parte da discussão de uma temática previamente estabelecida, seguindo com base teórica delimitada<sup>(13)</sup>.

Com isso, durante o percurso metodológico, para discutir e problematizar a ideia em foco, realizou-se uma busca bibliográfica a partir de artigos científicos (revisões e ensaios), livros, dissertações e teses, com a finalidade de aproximar-se do paradigma do cuidado nutricional e experiência alimentar durante em sujeitos com Câncer de Cabeça e Pescoço, sob uma perspectiva da valorização da subjetividade no contexto dos Cuidados Paliativos<sup>(13)</sup>.

Ainda, não se delimitou um marcador temporal ou idioma, sendo a busca orientada por proximidade teórica/temática, utilizando base de dados:

Scientific Electronic Library Online (SciELO); PubMed®; Scopus e Web of Science. Para sistematização dos achados, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, disponíveis na respectiva plataforma: “Neoplasias de Cabeça e Pescoço”, “Subjetividade”, “Cuidados Paliativos” e “Alimentos, Dieta e Nutrição”.

Para compor o corpus desta pesquisa, o embasamento teórico foi realizado com teóricos e autores, cujas publicações relacionam-se à assistência nutricional, experiência alimentar, Cuidados Paliativos, Conforto, Humanização e Câncer de Cabeça e Pescoço em diálogo com as demais Ciências da Área da Saúde, além das suas subcategorias, que incluem discussões e pensamentos da área da Psicologia, Antropologia, Sociologia, Subjetividade e Ciências Sociais Aplicadas.

Além disso, realizou-se filtro e seleção dos principais autores que abordam a temática proposta ou correlata, os quais possam dialogar com as Ciências Sociais e Humanas, para que se promovam discussões bem como reflexões e se compreenda a intersubjetividade dentro do contexto da valorização do sujeito com suas experiências alimentares na perspectiva cultural, simbólica, representatividade, social, psicológica e emocional.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Os materiais bibliográficos selecionados foram submetidos à leitura assim como à análise crítica e, na sequência, organizados em uma seção, cujo título e objetivo apresentam-se a seguir. 1) **Quando nutrir não é mais necessário: rupturas e continuidades na palição.** Este tópico abordará a nutrição e alimentação no contexto dos cuidados paliativos, além das suas vias alimentares (oral ou enteral) discutindo quando a alimentação deixa de ser necessária ou benéfica para o paciente.

Serão exploradas as complexidades e subjetividades envolvidas nas decisões sobre a continuidade ou interrupção da nutrição nos cuidados paliativos, considerando os aspectos clínicos, éticos e culturais. Além de compreender as perspectivas dos familiares nesse processo decisório.

### Quando nutrir não é mais necessário: rupturas e continuidades na palição

A trajetória oncológica perpassa por diversos contextos e experiências de vida dos sujeitos e não poderia ser diferente naqueles que estão em estado terminal, cuidados paliativos ou em fim de vida. Os CP são frequentemente associados ao fim de vida, mas, na realidade, devem ser iniciados desde o diagnóstico de doenças graves, progressivas e potencialmente fatais, independentemente da fase em que o paciente se encontra.

Antes da morte, ainda há vida, e, no diagnóstico e no tratamento, essa vida se manifesta por meio de outras subjetividades, mesmo quando o fim parece próximo após o diagnóstico de câncer, uma vez que se trata de uma doença que ameaça a vida. Dessa forma, essa proposta de palição deve garantir o atendimento humanizado e integral em sua totalidade, promovendo o bem-estar e mantendo a dignidade, o respeito, a valorização do eu, de modo que o ser não seja expropriado de sua vida<sup>(14)</sup>.

Quando se aborda a palição e o fim de vida, geralmente faz-se referência aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida do paciente. O reconhecimento da valorização da vida do paciente com CCP é um processo difícil, delicado e complexo, mas essencial para o planejamento do cuidado, além de ser fundamental para preparar o paciente e sua família para as perdas, o falecimento e o processo de luto posterior<sup>(9)</sup>.

Esses processos trazem reflexões para os princípios da Bioética, em que a morte não pode ser antecipada,

e sim respeitada, as quais esse quadro ilustra a seguir como os princípios da Bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) se aplicam

aos cuidados alimentares de pacientes com câncer, assegurando decisões respeitadas, benéficas e equitativas em todas as etapas do tratamento <sup>(15)</sup>.

com os outros, seja em relação a amigos, familiares ou parentes. O alimento e a água são fonte de vida e, quando existe a sua privação, o ser humano entende como um “atentado contra a vida”, mesmo que de forma involuntária, o que é representado pelos autores a seguir:

A alimentação está associada à vida, à pessoa se “manter viva”, pois sem comer “não sobrevive”. Algumas expressões mostram esse sentido, como, por exemplo: “a pessoa se não comer não pode viver, não pode resistir”; “a gente não vive sem comer não”; “se a gente não comer, não pode viver”; “se a gente não comer, aí morre”; “se não comer, morre”. Para sujeitos e cuidadores, a alimentação representa “tudo de bom”; “grande parte”; “a base”; “fundamental”; “essencial”; “faz parte da vida”; “principal”; “o mais importante da vida”; “primordial”; “bem essencial”; “o topo”. (16, p.221).

Apesar dos significados que a alimentação carrega, em alguns casos, observa-se que os cuidadores e familiares insistem para que os pacientes se alimentem/nutrir-se mesmo quando o corpo já ajustou suas vias metabólicas às condições específicas da doença.

Essa insistência pode refletir não apenas a preocupação com a saúde física do paciente, mas também a resistência emocional e psicológica ao processo de perda de autonomia e à aproximação do fim da vida. A alimentação, nesse contexto, deixa de ser apenas uma necessidade biológica e passa a ser vista como um símbolo de continuidade e resistência à morte, o que pode gerar um conflito entre os cuidados adequados à condição do paciente e as expectativas dos familiares em relação à sobrevivência e ao bem-estar.

O corpo humano possui uma incrível capacidade de adaptação, sendo capaz de ajustar seus processos metabólicos mesmo diante de períodos prolongados de jejum, superiores a uma semana. Embora os cuidadores possam considerar esse jejum

Quadro 1 – Princípios da Bioética na aplicabilidade aos cuidados alimentares.		
PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA		
	Conceito	Aplicabilidade
AUTONOMIA	Refere-se ao direito do paciente de tomar decisões sobre sua própria vida, incluindo suas escolhas alimentares. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada.	Se um paciente com câncer expressa a preferência por determinado tipo de alimentação, mesmo que não seja o mais nutritivo, essa escolha deve ser respeitada, desde que não coloque sua saúde em risco imediato.
BENEFICÊNCIA	Refere-se ao dever de ajudar os outros, de fazer ou promover o bem em benefício de seus interesses. Reconhece o valor moral do outro, levando em consideração que, ao maximizar o bem do outro, é possível reduzir o mal.	Oferecer alternativas alimentares que melhorem a alimentação e a qualidade de vida do paciente, mesmo que o paciente tenha dificuldades em se alimentar devido a sintomas da doença.
NÃO MALEFICÊNCIA	Envolve o dever de se abster de causar qualquer mal aos clientes, evitando danos e riscos. O profissional assume o compromisso de avaliar e prevenir danos previsíveis.	Evitar forçar um paciente a comer alimentos que ele não deseja ou que podem agravar sintomas como náuseas e vômitos. Por exemplo, em um paciente com câncer de boca ou garganta, forçar a ingestão de alimentos sólidos pode causar dor ou desconforto, prejudicando seu bem-estar.
JUSTIÇA	Fornecer cuidados equitativos e garantir que todos os pacientes tenham acesso a tratamento e recursos adequados, independentemente de sua condição. Ou seja, a distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.	Garantir que pacientes com câncer tenham acesso a uma alimentação adequada e balanceada, levando em consideração suas necessidades nutricionais específicas, possíveis restrições alimentares e como conforto alimentar.

Fonte: Elaborado pelos Autores, com adaptação de Koerich; Machado; Costa (2005).

Esses princípios da devem ser aplicados de maneira equilibrada nos cuidados alimentares de pacientes com câncer para garantir que suas necessidades físicas, emocionais e psicossociais sejam respeitadas. Isso inclui considerar as preferências alimentares do paciente, oferecendo opções que aliviem sintomas e melhorem a qualidade de vida, enquanto evitam danos. Além disso, é essencial assegurar que todos os pacientes tenham acesso a cuidados alimentares adequados, levando em conta suas condições clínicas e valores individuais.

Esse cuidado holístico promove uma abordagem mais digna e centrada no pa-

ciente ao longo da doença. Assim, observa-se que, quando a condição do paciente em cuidados paliativos se encontra em estágio avançado, sem perspectivas positivas de recuperação, o nutricionista deve adaptar a abordagem dietética e nutricional, alternando entre a continuidade, mudanças e a rupturas alimentares. Essas variações são comuns, imprevisíveis e, frequentemente, geram sofrimento e angústia nos familiares, uma vez que a alimentação também carrega um simbolismo de “vida” ou “viver”.

Nesse contexto, <sup>(16)</sup> destaca a importância do ato de se alimentar, afirmando que o “comer” e “beber água” são condições essenciais para a sobrevivência humana, além de representarem um respeito pela vida e pelos cuidados consigo mesmo e

prejudicial, associando-o ao sofrimento, dor ou até mesmo a uma ameaça à vida, o organismo, em resposta, recorre à utilização de corpos cetônicos derivados das reservas de gordura como fonte primária de energia, substituindo a glicose, que já não está disponível de forma eficiente. Esse mecanismo de adaptação é essencial para a sobrevivência em condições de privação alimentar, mantendo a homeostase e permitindo a manutenção das funções vitais por períodos prolongados<sup>(17,18)</sup>.

Além disso, estudos indicam que o estado de cetose pode proporcionar alívio à dor, provavelmente devido à liberação de substâncias endógenas com efeito semelhante ao dos opióides, além de reduzir a sensação de fome, mediada pelo hormônio grelina. Com base nesses mecanismos bioquímicos, fisiológicos e orgânicos do corpo, em muitos casos, manter o jejum nos últimos dias de vida do paciente não representa um atentado contra a vida, mas sim uma estratégia de alívio do sofrimento e de promoção do bem-estar<sup>(17,19)</sup>.

Quando os cuidadores não entendem essa adaptação do corpo, acaba insistindo ou, até mesmo, forçando e causando uma situação estressora, conflituosa, desconfortável e angustiante no sujeito, fazendo com que o seu processo de qualidade de vida e autonomia seja quebrado e desrespeitado<sup>(20)</sup>.

Esse comportamento dos cuidadores pode ser visto como uma resposta impulsiva e emocional, que reflete mais uma resistência ao processo de morte e à perda da autonomia do que um cuidado realmente centrado no paciente. Dessa forma, a prática de forçar a alimentação não só compromete o conforto do sujeito, mas também gera um dilema ético, ao contrapor os princípios de respeito à dignidade e à autonomia do paciente no contexto dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, a importância de treinamentos e capacitação para os cuidadores torna-se fundamental, pois esses processos educativos são essenciais para uma melhor compreensão dos mecanismos do corpo diante da morte. A alimentação, muitas vezes vista como uma forma de "salvação",

é comumente associada à ideia de que nutrir o corpo prolonga a vida e melhora o estado de saúde.

Contudo, essa visão pode ser limitante e não considerar os aspectos bioquímicos e fisiológicos que indicam que, em estágios terminais, a alimentação pode não ser mais benéfica, mas, sim, uma fonte de sofrimento. Assim, capacitar os cuidadores para que compreendam as necessidades reais do paciente e as adaptações do corpo nos últimos dias de vida é essencial para que possam oferecer respeitoso e cuidado centrado no bem-estar do paciente, evitando práticas que possam comprometer sua qualidade de vida e autonomia.

Assim, a alimentação passa a ser um ato de humanização e respeito à dignidade humana, sem a intenção de atingir metas nutricionais específicas, como aumentar o aporte de nutrientes ou controlar o peso. Dietas focadas no "controle de peso", "performance nutricional" ou até mesmo "restritas" devem ser substituídas por prescrições de "Dieta de Conforto" ou "Dieta Lúdica", nas quais o principal objetivo é estimular a alimentação, oferecendo prazer e conforto ao paciente, em vez de priorizar aspectos puramente quantitativos ou funcionais<sup>(21)</sup>.

Quando a dieta de conforto é combinada com uma ingestão oral insuficiente, os Suplementos Nutricionais Oraís (SNO) surgem como uma opção para aumentar a ingestão de proteínas, calorias e nutrientes. No entanto, é importante destacar que, embora o uso de SNO seja necessário, ele pode não melhorar o estado nutricional em estágios avançados da condição. Nesse contexto, os suplementos podem oferecer benefícios psicológicos para alguns indivíduos, devido ao seu sabor e palatabilidade<sup>(22)</sup>.

Na fase de fim da vida, é importante atender às preferências alimentares, assim, até mesmos os alimentos considerados carcinogênicos, como: sorvetes; carnes processadas – salsichas, bacon e defumados; alimentos ricos em gorduras saturadas; refrigerantes; entre outros, são considerados nulos nos paliativos, visto que o retorno do prazer, do conforto e da recordação que

essas preparações representam na vida dos sujeitos é marcado por emoção e alívio do sofrimento.

Nesse contexto, oferecer os alimentos que o indivíduo deseja consumir, sem restrições, e respeitando suas preferências, é uma maneira de valorizar sua dignidade e autonomia alimentar. Assim, quando a família recebe orientações adequadas, sua presença durante as refeições pode ser essencial para criar um ambiente acolhedor e confortável, favorecendo a experiência alimentar.

Ao refletir sobre a nutrição enteral (por sonda), é inegável que todo ser humano necessita de nutrição e hidratação para sobreviver. No entanto, essa premissa se aplica aos cuidados de fim de vida? Em relação a essa questão, é sabido que as terapias nutricionais podem ser invasivas, estressantes, dispendiosas e cansativas, sem garantir os resultados desejados para indivíduos em cuidados paliativos. Por isso, independentemente da escolha terapêutica, ela deve considerar tanto a qualidade de vida quanto o aspecto afetivo<sup>(18)</sup>.

Na literatura, há um consenso de que a indicação e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral (TNE) em pacientes com câncer continuam a ser um tema controverso, devendo ser discutidas de forma conjunta pela equipe multiprofissional, pelo próprio paciente – quando possível, respeitando sua autonomia – e por seus familiares. No contexto do fim de vida<sup>(19,21)</sup>.

Em casos de determinados tipos de câncer, em especial, os de CCP podem ser incapazes de se comunicar, entrando em coma, apresentando diminuição do nível de consciência ou confusão mental. Nesses casos, a opinião dos cuidadores principais deve ser considerada para que, em conjunto com a equipe, se defina a melhor abordagem terapêutica<sup>(19,21)</sup>.

Nessa discussão,<sup>(23)</sup> analisamos que os sujeitos com câncer terminal, em uso de terapias nutricionais (oral ou enteral), não apresentaram diferenças na sobrevivência e, provavelmente, elas não lhes proporcionaram melhor qualidade de vida nas últimas 48hrs de vida, então a via de escolha alimentar mostra-se importante,

no entanto isso não é o foco principal, e sim a presença do conforto e qualidade de vida.

Outro estudo conduzido por<sup>(16)</sup> aborda que o uso da TNE nasogástrica não melhorou o estado nutricional e contribuiu para a redução da sobrevivência nesses sujeitos devido ao aumento de complicações clínicas, dentre elas, a pneumonia.

Por isso, é importante analisar, detalhadamente, as indicações de vias alimentares em consonância com sujeito-família-equipe, preservando a autonomia e a qualidade de vida conforme aponta American Dietetic Association<sup>(24)</sup> no trecho a seguir:

A nutrição em sujeitos com doença avançada deve oferecer: conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade e aumento da auto-estima e independência, além de permitir maior integridade e comunicação com seus familiares. Caso o sujeito opte por não receber nutrição, sua decisão deve ser respeitada pelos profissionais da saúde e por seus familiares, pois acima de qualquer evidência científica está a autonomia do sujeito. Essa decisão não é somente técnica, tendo um forte componente moral envolvido, pois a alimentação e a hidratação têm um significativo valor simbólico em nossa sociedade (24, p.319).

Dessa forma, o principal objetivo é minimizar o sofrimento, a angústia e aliviar os sintomas, promovendo uma melhor qualidade de vida e evitando, quando possível, intervenções que se mostrem fúteis.

Essas questões se estendem ao uso da hidratação, sendo que os estudos indicam que, em pacientes terminais, a hidratação não contribui para o aumento da sobrevivida. No entanto, dado que a água possui um forte simbolismo de vida, muitos familiares consideram mais aceitável a continuidade da hidratação do que sua interrupção, acreditando que a decisão de suspender o tratamento levaria o paciente à morte. Contudo, é importante destacar que a suspensão da hidratação não acelera

o falecimento, sendo a doença subjacente o fator determinante para o curso final<sup>(25)</sup>.

Além disso, a hidratação intravenosa, oral artificial ou via enteral deve ser administrada de acordo com a expectativa de sobrevida e a sintomatologia do paciente, uma vez que a desidratação ou a ingestão inadequada de líquidos pode contribuir para o agravamento da confusão mental e para o aumento do desconforto. Por outro lado, a não oferta de hidratação configura uma negligência de um cuidado básico essencial ao paciente<sup>(26)</sup>.

O estudo de<sup>(27)</sup> demonstrou, em seus resultados, que, quando a hidratação é suspensa, em alguns tipos de câncer ou comorbidades (como demência), há melhora nos eventos adversos, como dispneia e agitação, uma vez que a hidratação foi fator para os elevados níveis de desconforto na população estudada, sendo importante a análise para a continuidade ou suspensão da hidratação.

Ao considerar o CCP, o sintomas de disfagia e a odinofagia estão frequentemente presentes durante a alimentação, resultando em desconforto e, como consequência, em perda de peso, o que leva à desnutrição, frequentemente agravada pelos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos. Nesse contexto, a introdução Da Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) pode trazer benefícios clínico para os pacientes<sup>(28)</sup>.

Embora a introdução da PEG possa oferecer benefícios clínicos, como demonstrado no estudo de<sup>(28)</sup> é importante levantar uma reflexão sobre a real necessidade de seu uso, especialmente considerando o desconforto que ela pode causar aos pacientes.

Ao enfrentar sintomas como disfagia e odinofagia, que por si só já causam sofrimento durante a alimentação, a introdução da PEG pode, em alguns casos, agravar o desconforto e impactar negativamente a qualidade de vida. Por outro lado, em certas situações, a PEG pode aliviar os sintomas de disfagia e odinofagia, tornando o desconforto associado ao uso da sonda mais tolerável, embora ainda represente uma fonte de incômodo para o paciente.

Além de melhorar os sintomas, a PEG pode também contribuir com o melhoramento do estado nutricional, conforme aponta o estudo realizado pelo Grupo de Estudo de Nutrição Entérica (GENE), com a colaboração dos autores<sup>(28)</sup>. O estudo investigou adultos e idosos com câncer esofágico inoperável em tratamento paliativo quimioterápico e radioterápico após a introdução da PEG. Os resultados foram positivos, mostrando estabilidade nos valores médios do Índice de Massa Corporal (IMC) e nas avaliações laboratoriais, além de um aumento de 5,9 meses na sobrevida de 12 pacientes.

Dessa forma, a decisão de introduzir a sonda deve ser cuidadosamente avaliada, levando em conta não apenas os benefícios clínicos, mas também o impacto psicológico e o sofrimento adicional que o paciente e aos familiares pode experimentar com o procedimento. Nesse sentido, é essencial ponderar se a intervenção realmente contribui para o bem-estar geral do paciente, ou se, muitas vezes, a continuidade do tratamento pode ser mais prejudicial do que benéfica.

Dada a falta de evidências sobre a rupturas ou continuidade da alimentação na palição em fase terminal e a influência de fatores culturais sobre as escolhas alimentares, a decisão de manter a alimentação até o fim da vida deve ser respaldada pela equipe multidisciplinar e contar com o consentimento do paciente ou, na impossibilidade deste decidir, de seus familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração aos aspectos discutidos ao longo deste texto, pode-se concluir que a nutrição e alimentação no contexto dos cuidados paliativos, especialmente em situações de câncer de cabeça e pescoço, apresenta desafios significativos e exige uma abordagem cuidadosa e multidisciplinar. A decisão sobre a continuidade ou interrupção da alimentação, seja por via enteral ou oral, deve ser fundamentada em uma avaliação criteriosa da condição clínica do paciente, levando em conta a eficácia da intervenção, o sofrimento po-

tencial e as preferências do indivíduo e de sua família.

Para tanto, o ato de se alimentar-se e se hidratar deve preservar a dignidade, o conforto e a qualidade de vida do paciente, mesmo quando a cura não é mais uma possibilidade. Assim, ao focar no bem-estar e respeitar a autonomia do indivíduo, os

cuidados paliativos contribuem para um fim de vida mais digno, respeitoso e humanizado.

Além disso, as influências culturais e os valores familiares desempenham um papel importante na tomada de decisões sobre o cuidado nutricional na palição, o que torna a comunicação efetiva e o apoio

emocional essencial. Portanto, o processo decisório deve envolver a equipe multiprofissional, com ênfase no respeito à autonomia do paciente, ao mesmo tempo em que se leva em consideração as necessidades físicas, emocionais e psicossociais do paciente e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Avançados*. 2016 set;30(88):155-66.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
3. World Health Organization (WHO). Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN 978-92-4-003516-4 (electronic version), ISBN 978-92-4-003517-1 (print version).
4. Mota LP, Silva CF, Costa MFB, et al. Neoplasia de cabeça e pescoço: principais causas e tratamentos. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):1-13.
5. Avelar J, Nicolussi AC, Toneti BF, Sonobe HM, Sawada NO. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3168.
6. Silva FA, Rego J, Vieira M, et al. Perfil epidemiológico dos sujeitos com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no sul do Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(1):1-8.
7. Wang M, Liu T, Li Y, et al. Molecular epidemiology of DNA repair gene polymorphisms and head and neck cancer. *J Biomed Res*. 2013;27(3):179-92.
8. Montanari M. Comida como cultura. São Paulo: Editora Senac; 2008.
9. Costa MF, Soares JC. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(3):215-214.
10. Silva PB. Controle dos sintomas e intervenção nutricional: fatores que interferem na qualidade de vida de sujeitos oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor*. 2010;11(4):282-8.
11. Magalhães ES, Oliveira AEM, Cunha NB. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de sujeitos oncológicos em cuidados paliativos. *Arch Health Sci*. 2018;25(3):4-9.
12. Marques RSO, Dantas RS, Lima LA, et al. Qualidade de vida em deglutição e câncer de cabeça e pescoço: revisão de literatura. *Rev Bahiana Odontol*. 2017;8(1):26-32.
13. Campo M. Manual de Redação Científica: ensaio acadêmico, relatório de experimento e artigo científico. 1ª ed. São Paulo: Editora Agência Brasileira; 2015. p. 47.
14. Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. v-ix.
15. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(1):106-10.
16. Fernández-Roldán AC. Nutrición en el sujeto terminal: punto de vista ético. *Nutr Hosp*. 2005;20(2):88-92.
17. Pinho-Reis C. Suporte nutricional em cuidados paliativos. *Rev Nutrición*. 2012;15:24-7.
18. Corrêa PH, Shibuya E. Nutrição em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(3).
19. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. 320 p.
20. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana AC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor*. 2016 abr-jun;17(2):136-40.
21. Benarroz MO, Almeida AC, Barros MT, et al. Bioética e nutrição em cuidados paliativos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1875-82.
22. Castro JMF, Frangella VS, Hamada MT. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de sujeitos com doenças crônicas não transmissíveis. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):55-9.
23. Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Chen CY. Nutrition and hydration for terminal cancer patients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2002;10:630-6.
24. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. *J Am Diet Assoc*. 1992;92(8):996-1002.
25. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, et al. Cuidados paliativos – Há benefícios na nutrição do sujeito em fase terminal? *Rev Soc Bras Clin Med*. 2008;6(4):150-5.
26. Herrmann VM. Soporte nutricional: ¿Ético o apenas conveniente, y quién lo decide? *Lect Nutr*. 1999;6(3):19-34.
27. Planas M, Álvarez J, García-Peris PA, de la Cuerda C, Lucas P, Castilla M, et al. Nutritional support and quality of life in stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Clin Nutr*. 2005;24(3):433-41.
28. Grilo A, Santos CA, Fonseca J. Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutritional palliation of upper esophageal cancer unsuitable for esophageal stenting. *Arq Gastroenterol*. 2012;49(3):227-31.