



 Gabriele Bentes de Aguiar¹

 Rosane de Souza Santos^{2,3}

 Vicente Sarubbi Junior⁴

 Mariana Fernandes Costa^{2,3}

¹ Instituto Nacional de Câncer, INCA,  Curso de Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro  Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Instituto Nacional de Câncer, INCA,  Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  Faculdade de Medicina. Mato Grosso do Sul, MS, Brasil.

Correspondência

Mariana Fernandes Costa
marifcosta@gmail.com

Editor Associado

 Renata Brum Martucci

Representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado

Social representations of palliative care and nutrition among patients with advanced cancer

Resumo

Introdução: A transição da modalidade de assistência para cuidados paliativos pode gerar conflitos, e o estudo das representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação embasa as considerações desta pesquisa. **Objetivo:** Compreender as representações sociais compartilhadas sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, adotando a Teoria das Representações Sociais em que foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram analisados pelo *software* EVOC, destacando palavras centrais e periféricas. **Resultados:** A análise das evocações destacou "controle de sintomas" como principal evocação nos cuidados paliativos, seguida por "cuidado" e "tratamento"; "qualidade de vida" também foi mencionada, embora por menos pacientes. Sobre alimentação, "alimentação saudável" e "saúde" foram centrais, enquanto "prazer" e "boa" refletiram a relação dos participantes com a comida. **Conclusão:** Os limites na compreensão sobre o termo "cuidados paliativos" revelam desafios na comunicação, quando a transição do cuidado é percebida como momento único, sendo o foco transferido da cura para o manejo de sintomas, conforto e qualidade de vida. Paralelamente, o cuidado alimentar individualizado é fundamental para preservar a identidade sociocultural do paciente.

Palavras-chave: Representação Social. Cuidados Paliativos. Dieta. Qualidade de Vida. Saúde.

Abstract

Introduction: The transition from the curative care to palliative care can generate conflicts, and the study of social representations about palliative care and nutrition supports the considerations of our investigation. **Objective:** To understand the shared social representations about palliative care and nutrition among patients with advanced cancer. **Method:** This is a qualitative exploratory and descriptive research, adopting the Theory of Social Representations in which the Free Word Association Technique was used. The data were analyzed using the EVOC software, highlighting central and peripheral words. **Results:** The analysis of the evocations highlighted

"symptom control" as the main evocation in palliative care, followed by "care" and "treatment"; "quality of life" was also mentioned, although by fewer patients. Regarding food, "healthy eating" and "health" were central, while "pleasure" and "good" reflected the participants' association with food. **Conclusion:** The limits in understanding the term "palliative care" reveal challenges in communication, when the transition of care is perceived as a unique moment, with the focus shifting from cure to symptom management, comfort and quality of life. At the same time, individualized nutritional care is essential to preserve the patient's sociocultural identity.

Keywords: Social Representation. Palliative Care. Diet. Quality of Life. Health. Health.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde,¹ compreendem a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, objetivando a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Deste modo, o cenário ideal envolveria a implementação de cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença, conforme definido em seu conceito, visando proporcionar melhor qualidade de vida, livre de angústias, centrando-se na pessoa e desviando o foco da doença.^{1,2}

Neste estudo, abordamos a prática específica de oferecer cuidados paliativos oncológicos exclusivos somente após a constatação de que não há mais possibilidade de tratamento modificador do curso do câncer. Nesse momento, ocorre a transição do cuidado com objetivo de cura para a proposta paliativa, o que exige a transferência entre as unidades hospitalares do campo de pesquisa. Isso torna mais evidente a ligação entre os cuidados paliativos e a trajetória final da doença. Será que essa transição de modalidade de assistência para os cuidados paliativos pode gerar conflitos? Cabe aqui destacar que existem outras possibilidades de oferta desse tipo de cuidado integrado.

No Brasil, a atenção aos cuidados paliativos aumenta, refletindo-se na criação de serviços especializados. Além disso, movimentos mais recentes neste campo têm-se esforçado para desmistificar a ideia de cuidados paliativos só devem ser empregados quando o paciente estiver em condição de terminalidade, devendo ser ofertados de forma precoce desde o diagnóstico. Contudo, a atenção para a qualidade no final da vida e a disponibilidade de serviços ainda são incipientes, por isso necessitam do reconhecimento de nossos governantes e da conscientização de nossa sociedade, a fim de buscar uma oferta universal e melhorias nesse tipo de cuidado.

A abordagem holística torna essencial uma equipe interprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente.³ Dessa forma, a abordagem paliativa no cuidado busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes, priorizando o manejo da dor e o alívio de sintomas. Vale ressaltar, ainda, que apesar de a implementação dos cuidados paliativos poder gerar conflitos especialmente relacionados à mudança no tipo de assistência prestada e à participação ativa da família,⁴ quando se faz uma transição bem conduzida, o risco de conflitos pode ser reduzido significativamente, sendo inclusive um alvo desta abordagem.

As alterações alimentares em pacientes com câncer avançado, devido à fisiopatologia ou efeitos colaterais, apresentam desafios como náuseas e perda de peso. Nesse sentido, os objetivos da alimentação nos cuidados paliativos visa proporcionar conforto e manter a qualidade de vida, muitas vezes com significados culturais para o paciente, de acordo com o diagnóstico clínico e o momento em que o paciente se encontra na trajetória do processo da doença.⁵

Portanto, a filosofia dos cuidados paliativos reconhece a complexidade dos significados da alimentação e os impactos para pacientes e cuidadores, uma vez que questões alimentares na finitude humana geram divergências, envolvendo aspectos simbólicos, crenças e rituais, pois comer vai além da nutrição, sendo também um ato social e cultural.⁶ Assim, o objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais compartilhadas sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, baseada na Teoria das Representações Sociais (TRS), realizada em um hospital de cuidados paliativos oncológicos exclusivos no Rio de Janeiro.

Todos os pacientes atendidos na unidade de cuidados paliativos exclusivos de um instituto de oncologia chegam transferidos de outras três unidades assistenciais da instituição, a partir do atendimento realizado pelo posto avançado. Este setor corresponde a ambulatórios localizados nas unidades de origem, coordenados por enfermeiras especializadas em cuidados paliativos oncológicos que farão a avaliação dos pacientes encaminhados aos cuidados paliativos exclusivos e a escolha da modalidade assistencial em que darão seguimento (internação hospitalar, ambulatório ou atendimento domiciliar). A admissão consiste apenas de pacientes com câncer em fase avançada, sem possibilidade de tratamento oncológico curativo (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia), com idade superior a 16 anos, que aceitem a transferência e assinem pessoalmente, ou através de um familiar, o termo de adesão aos cuidados paliativos.

Após a transferência entre unidades, os participantes foram recrutados para participar deste estudo, sendo a amostra composta de pacientes adultos com câncer avançado. Foram realizadas entrevistas presenciais e audiogravadas, no período de março a julho de 2023. Os critérios para seleção incluíram pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com tumores malignos em estágio avançado independentemente da localização, lúcidos e orientados, capazes de se comunicar verbalmente. Foram excluídos pacientes com déficits cognitivos, em uso de nutrição enteral via cateter ou ostomias, não alfabetizados e com rebaixamento do nível de consciência. O número elevado de participantes excluídos do estudo deveu-se a diversos fatores como desorientação, letargia, confusão mental, por já ser acompanhado pela assistência domiciliar da instituição ou não estar em sua primeira internação na unidade.

Os dados foram coletados a partir da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). A TALP é um instrumento de pesquisa que se apoia num repertório conceitual no que concerne ao tipo de investigação aberta, permitindo evidenciar, face a diferentes estímulos, universos semânticos através da saliência dos universos comuns de palavras. O instrumento estrutura-se, assim, na evocação das respostas dadas a partir de estímulos indutores. Os termos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto representacional, levando em consideração também as características da amostra ou sujeitos da pesquisa que serão entrevistados.

Assim, o teste pode ser constituído de um ou vários estímulos indutores escolhidos de acordo com os critérios de saliência e de coerência com os objetos da pesquisa. A questão padronizada para aplicação da técnica consiste em solicitar ao entrevistado: "Se eu lhe digo "X", o que vem à sua mente? Dê-me "X" palavras, que para você, caracterizam "X".^{7,8}

Os termos indutores utilizados foram "cuidados paliativos" e "alimentação". Após a apresentação do termo indutor, foi solicitado que o entrevistado falasse três palavras ou expressões que vinham à sua mente e que enumerasse cada uma de acordo com uma ordem de importância, pois estudos mais recentes sugerem a substituição do critério de "ranking de aparição" pelo critério "ranking de importância", resultado da hierarquização efetuada pelo sujeito.⁹

Os dados da TALP foram processados usando o *software* EVOC, que realiza análises estatísticas para avaliar a frequência e a posição das palavras na sequência evocada, resultando na estimativa da Ordem Média de Evocação (OME).^{10,11}

Definiu-se para a entrada das evocações no quadro de análise de quatro quadrantes de Vergès o valor acumulado em torno de 50% do total das palavras evocadas. As quatro casas salientam as zonas periféricas (primeira e segunda periferias), a zona de contraste e a de centralidade, tendo em vista a combinação das frequências e de cada termo evocado. A tendência central é expressa pela mediana das evocações admitidas no quadro, enquanto para o valor hierárquico (*rang*) da OME é calculada a média de suas médias ponderadas.¹¹

Dados secundários foram preenchidos no questionário para caracterização clínica e sociodemográfica do paciente (idade, sexo, capacidade funcional, diagnóstico, tratamentos anteriores, metástases, sintomas e prescrição de dieta). Esses dados foram analisados por estatística descritiva simples, utilizando o programa Microsoft Excel®.

Todos os pacientes aceitaram participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o CAAE número 66500223.3.0000.5274.

RESULTADOS

Dos 91 pacientes transferidos das unidades assistenciais de origem para a unidade de cuidados paliativos exclusivos no período analisado, 39 foram excluídos, conforme os critérios do estudo. Portanto, fizeram parte da pesquisa 52 pacientes.

Sobre a caracterização da amostra, 59,6% tinham idade entre 20 e 59 anos e 67,3% eram do sexo feminino. Na consulta do respectivo posto avançado, 61,5% dos pacientes não estavam presentes. Em relação ao diagnóstico, os sítios tumorais ginecológicos (25%) e gastrointestinais (25%) foram predominantes. Cerca de 50% tiveram metástase peritoneal ou gastrointestinal. Conforme a escala de Karnofsky Performance Status (KPS) para capacidade funcional, 42,3% tinham KPS de 40% e 38,4% apresentaram KPS de 30%. Dentre os pacientes entrevistados, 48,2% apresentaram de três a quatro sintomas gastrointestinais e 34,6% estavam recebendo dieta via oral líquida completa (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos pacientes com câncer avançado entrevistados (n=52). Rio de Janeiro-RJ, 2023.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
20 a 59 anos	31 (59,6%)
≥ 60 anos	21 (40,4%)
Sexo	
Feminino	35 (67,3%)
Masculino	17 (32,7%)
Posto avançado realizado com paciente	
sim	20 (38,5%)
não	32 (61,5%)
Diagnóstico	
Câncer de mama	12 (23,0%)
Câncer gastrointestinal	13 (25,0%)
Câncer ginecológico	13 (25,0%)
Câncer de próstata	4 (7,7%)
Melanomas	3 (5,8%)
Outros sítios tumorais (pulmão, tecido ósseo-conjuntivo, cabeça e pescoço, neurológico)	7 (13,5%)
Presença de metástase peritoneal ou GI	
Sim	26 (50,0%)
Não	26 (50,0%)

Tabela 1. Perfil dos pacientes com câncer avançado entrevistados (n=52). Rio de Janeiro-RJ, 2023.(cont)

Variáveis	n (%)
Karnofsky performance status (KPS)	
30%	20 (38,4%)
40%	22 (42,3%)
50%	10 (19,3%)
Número de sintomas gastrointestinais	
Nenhum sintoma	2 (3,8%)
1 a 2 sintomas	23 (44,2%)
3 a 4 sintomas	25 (48,2%)
5 ou mais sintomas	2 (3,8%)
Consistência da dieta oral	
Dieta de conforto	7 (13,5%)
Líquida completa	18 (34,6%)
Semilíquida	3 (5,8%)
Pastosa	8 (15,4%)
Branda ou normal	16 (30,9%)

Fonte: elaboração própria.

A análise da evocação do termo indutor “cuidados paliativos” gerou o quadro de quatro casas, em que podem ser observadas sua construção e a organização representacional. Os conceitos referentes a cada zona estão na Figura 1.

Figura 1. Quadrante de Vergès do termo indutor cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado.						
		RANG < 1,90			RANG = 1,90	
Freq = 8	Centralidade	Freq	OME	1ª Periferia	Freq	OME
		controle-de-sintomas	10	1,70	cuidado tratamento	19 11
		RANG < 1,90			RANG = 1,90	
Freq = 5 e < 8	Zona de Contraste	Freq	OME	2ª Periferia	Freq	OME
	qualidade-vida	7	1,71	sem-cura	5	3,00
	saúde	6	1,50			
	conforto	5	1,60			
	atenção	5	1,80			
	superficial	5	1,60			

RANG: valor hierárquico; OME: ordem média de evocação.

A caracterização das evocações livres, segundo a proposta de Vergès (Figura 1) para o termo indutor “cuidados paliativos”, ressalta no quadrante superior esquerdo o termo “controle de sintomas” como evocação central, sendo entendido como elemento relacionado à significação básica dos cuidados paliativos para os sujeitos entrevistados.

No quadrante superior direito (primeira periferia), localizam-se as evocações mais frequentes e com uma ordem de evocação maior também, sendo os termos “cuidado” citado 19 vezes (*rang* 2,21) e “tratamento” 11 vezes (*rang* 2,00), remetendo à ideia dos cuidados paliativos como uma nova forma de cuidado e tratamento possível na doença avançada. Estes foram caracterizados como elementos periféricos mais pertinentes à representação.

No terceiro quadrante (inferior esquerdo), estão localizadas as evocações menos frequentes e com menor ordem de evocação, sendo termos considerados relevantes para um menor grupo de participantes. Neste estudo, foram observados os termos “qualidade de vida”, “saúde”, “conforto”, “atenção” e “superficial” na zona de contraste. Dentre esses termos, “qualidade de vida” apresentou maior frequência.

Por fim, no quarto quadrante (inferior direito), localizam-se as evocações de menor frequência, porém consideradas relevantes pelos participantes do estudo, uma vez que são evocadas sem hesitação, com maior ordem de evocação. O termo em destaque foi “sem cura”, sendo este contrastante com a primeira periferia.

Ao explorar as periferias e a zona de contraste em função das características dos cuidados paliativos, “superficial” e “sem cura” foram termos com evocações conflitantes que caracterizam um subgrupo específico de pacientes que divergiram de um discurso bastante reificado pela maioria dos entrevistados.

Os termos “controle de sintomas”, “tratamento”, “qualidade de vida” e “saúde” compartilham semelhança semântica. Da mesma forma, os termos “cuidado”, “conforto” e “atenção” foram enfatizados como expressões similares. Por último, os termos “sem cura” e “superficial” foram ressaltados como sendo de igual importância. Assim, todas essas palavras buscam caracterizar o conceito indutor de cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado.

A análise da evocação do termo indutor “alimentação” gerou o quadro de quatro casas, em que podem ser observadas sua construção e organização representacional. Os conceitos referentes a cada zona estão na Figura 2.

Para a caracterização das evocações livres segundo a proposta de Vergès (Figura 2) para o termo indutor “alimentação”, ressaltam-se, no primeiro quadrante (superior esquerdo), os termos “alimentação saudável” e “saúde” na centralidade, como as palavras mais frequentemente evocadas pelos entrevistados.

Figura 2. Quadrante de Vergès do termo indutor alimentação para pacientes com câncer avançado.

Freq = 8	RANG < 1,90			RANG = 1,90		
	Centralidade	Freq	OME	1ª Periferia	Freq	OME
	alimentação-saudável	16	1,87	prazer	9	2,22
	saúde	11	1,45	boa	8	2,25
Freq = 5 e < 8	RANG < 1,90			RANG = 1,90		
	Zona de Contraste	Freq	OME	2ª Periferia	Freq	OME
	cuidado	7	1,42	dificuldade	7	2,29
	força	7	1,43	sem-apetite	6	2,17
	qualidade-de-vida	5	1,60	ótima	5	2,20
	sobrevivência	5	1,60	importante	5	2,00

RANG: valor hierárquico; OME: ordem média de evocação.

No segundo quadrante (superior direito), localizam-se as evocações da primeira periferia, com uma ordem de evocação maior, sendo os termos de maior frequência “prazer” e “boa”, respectivamente, que

remetem à alimentação com posicionamento positivo, com o objetivo de fornecer conforto emocional nesse momento da vida, sendo caracterizados como os elementos periféricos mais pertinentes à representação.

Para o terceiro quadrante (inferior esquerdo), situam-se as evocações menos frequentes e com menor ordem de evocação, colocando em evidência os termos “cuidado”, “força”, “qualidade de vida” e “sobrevivência”, que foram considerados importantes por pequeno número de indivíduos, sendo o “cuidado” de maior frequência na zona de contraste.

Portanto, no quarto quadrante (inferior direito), estão as evocações de menor frequência, porém consideradas relevantes pelos participantes do estudo e com maior ordem de evocação em que o termo em destaque foi “dificuldade”, seguido de “sem apetite”, sendo contrastante com a centralidade, a primeira periferia e a zona de contraste. Além desses, configuraram os termos “ótima” e “importante”.

Os termos compartilham semelhança em seu universo semântico através da saliência de universos comuns entre as palavras, como “alimentação saudável”, “saúde”, “importante”, “força”, “qualidade de vida” e “sobrevivência”. Da mesma forma, as expressões “prazer” e “ótima” foram enfatizadas como termos similares. Além disso, foram identificados termos semelhantes, como “boa” e “cuidado” (destaque em rosa). Por último, os termos “dificuldade” e “sem apetite” foram ressaltados como sendo igualmente relevantes. Dessa maneira, todas essas palavras buscam caracterizar o conceito indutor de alimentação para pacientes com câncer avançado.

DISCUSSÃO

No presente estudo, abordamos as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação para pacientes com câncer avançado por meio da evocação de palavras. Dessa forma, a representação social dos cuidados paliativos e alimentação se organizou a partir das palavras “controle de sintomas” e “alimentação saudável”, respectivamente. Estas foram apresentadas como evocações centrais nas quais se estabelece uma relação positiva tanto dos cuidados paliativos à concepção de tratamento que controla os sintomas relativos à doença, quanto da alimentação como recurso importante para a saúde, mesmo diante da impossibilidade de “cura” do câncer. No entanto, cabe salientar a dificuldade encontrada na compreensão do termo indutor adotado “cuidados paliativos” por parte dos entrevistados.

Os cuidados paliativos têm como objetivo aliviar o sofrimento em todas as fases do câncer. A integração entre tratamento curativo e paliativo é possível e deve ser valorizada em fases anteriores para facilitar essa transição. Isso pode ser especialmente desafiador quando a notícia de um prognóstico reservado é recebida, pois marca não apenas uma mudança nos cuidados médicos, mas também uma mudança nas expectativas do paciente, da cura para o conforto e qualidade de vida. Essa integração é possível e deve ser incentivada desde as fases iniciais da doença. Ao priorizá-la desde cedo, a transição para a fase em que os cuidados paliativos se tornam exclusivos será menos abrupta, mais amena, permitindo que o paciente continue se sentindo acolhido e amparado ao longo de todo o processo.¹²⁻¹⁴

Em um estudo qualitativo, os autores observaram que os participantes entrevistados se sentiram mais bem preparados para a transição quando a informação foi realizada por diferentes fontes, incluindo as equipes de saúde. Os fatores associados a uma experiência de transição positiva incluíram uma comunicação clara e repetida entre o paciente, a equipe de saúde e a família. No entanto, alguns pacientes relataram uma experiência de transição menos positiva, pois disseram se sentir sobrecarregados pela quantidade de informação que lhes foi apresentada.¹⁵

As informações sobre cuidados paliativos deveriam ser comunicadas aos pacientes e familiares, as quais deveriam ser introduzidas precoce e gradativamente pela equipe assistente, com apoio de paliativistas,

ainda no curso do tratamento modificador da doença, conforme a realização de ajustes necessários nos planos de cuidados. Além disso, os esforços recentes para criar políticas públicas que integrem os cuidados paliativos em todos os níveis de assistência e o treinamento continuado das equipes de saúde com conteúdo sobre essa temática, incluindo a abordagem de notícias difíceis, são medidas que poderiam possibilitar uma comunicação mais efetiva entre equipe de saúde, paciente, família e sociedade.^{16,17}

Ao retornar ao objetivo principal da pesquisa, após o processo de classificação dos termos em categorias de acordo com sua semelhança semântica, discutiremos as representações sociais compartilhadas sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado.

Representações sociais sobre cuidados paliativos

Controle de sintomas, tratamento, qualidade de vida e saúde

Neste estudo, a categoria "controle de sintomas" se destaca, abrangendo evocações como "qualidade de vida", "saúde" e "tratamento". Esses conceitos refletem os princípios dos cuidados paliativos, que visam promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, prevenindo e aliviando o sofrimento, identificando e tratando precocemente problemas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.¹³

Estudos ressaltaram a importância de proporcionar qualidade de vida aos indivíduos por meio do conforto físico, psicológico e espiritual, ao mesmo tempo que entendem que a qualidade de vida depende da satisfação do indivíduo com a preservação de sua autonomia, manutenção do autocuidado e independência para desempenhar suas atividades cotidianas.^{18,19}

Na pesquisa de Rothe,²⁰ a evocação "tratamento" apareceu na primeira periferia, indicando uma separação clara entre tratamentos curativos e paliativos. Os participantes geralmente não associaram os dois tipos de tratamento. Porém, Sarradon-Eck et al.²¹ descreveram as representações sociais de oncologistas sobre cuidados paliativos, enfatizando uma abordagem de "tratamento integral", que prioriza o conforto do paciente e a escuta de suas necessidades.^{20,21}

A "saúde" foi uma representação social importante, pois aparece tanto no termo indutor dos cuidados paliativos como evocação contrastante, quanto para o termo "alimentação" como evocação central. Nesse sentido, a assistência integral à saúde em cuidados paliativos deve focar nos pacientes, assim como no envolvimento da família para o bem-estar geral.²²

Cuidado, conforto e atenção

Na primeira periferia, "cuidado" foi a evocação mais comum associada aos cuidados paliativos, com alta associação de OME. Este termo abrange dois aspectos distintos: o cuidado ideal para o paciente, visando seu bem-estar, conforto e alívio da dor; e o sentimento de frustração relacionado ao cuidado de pacientes em estágio paliativo. O cuidado prestado visa aprimorar a qualidade de vida, não prolongar o sofrimento. Destaca-se o cuidado oferecido pela equipe de cuidados paliativos, baseado no vínculo estabelecido com os pacientes por meio de acolhimento, comunicação e atenção, promovendo uma relação de confiança e melhor cuidado.^{23,24}

Sem cura e superficial

Por outro lado, alguns pacientes associaram termos como "sem cura" e "superficial" de forma conflitante, indicando uma visão negativa em relação aos cuidados paliativos. Essa perspectiva é apoiada por estudos anteriores, como o de Coelho de Britto et al.,²⁵ que destacou termos como "dor", "morte" e

"sofrimento" como centrais na representação negativa. Outros estudos, como o de Sarradon-Eck et al.,²¹ observaram conotações negativas associadas ao termo "paliativo", sugerindo um receio de serem abandonados.^{21,25} No estudo de Lefaucheur et al.,²⁶ algumas emoções, como "sombria", "tristeza", "medo", "ansiedade" e "perda de esperança", também trouxeram percepções negativas associadas ao termo cuidados paliativos.²⁶

No estudo de Fitaroni e colaboradores,²⁷ os significados atribuídos à morte nos cuidados paliativos foram associados às temáticas "incógnita", "medo" e "negação", como observado na fala do participante: "Eu acho que a morte ainda continua sendo um mistério para todo mundo, porque quando [se] fala em morte todo mundo já fica abalado. Então, a morte é uma incógnita. É uma incógnita...imagina para os pacientes, então é complicado".²⁷

Segundo Reale,²⁸ os resultados encontrados para a representação dos cuidados paliativos revelaram um posicionamento negativo para os pacientes, expresso pelas ideias de "morte", "terminalidade", "dor" e "sofrimento". Para Matos e colaboradores,¹ foram também associadas representações negativas como "sofrimento", "doença incapacitante", "pavor" e "medo". Estas palavras corroboram o sentido semântico dos termos "sem cura" e "superficial" presentes neste trabalho.^{1,28}

Representações sociais sobre alimentação

Alimentação saudável, saúde, importante, força, qualidade de vida e sobrevivência

Se os alimentos adquirem significados, o ato de se alimentar assume conotações relacionadas à interpretação em um cenário imaginário e simbólico, desvinculado necessariamente da racionalidade, mas apto a gerar identidades individuais e coletivas, conexões sociais e laços que transcendem a lógica consciente da comunicação.²⁹

Sobre o quadrante para o termo indutor da alimentação, a palavra central em destaque foi "alimentação saudável". Após o diagnóstico de câncer, os pacientes geralmente buscam uma alimentação mais equilibrada e natural, evitando alimentos prejudiciais, também conhecidos como "comidas malucas". Eles optam por alimentos considerados mais saudáveis, mesmo durante os cuidados paliativos exclusivos, como também observado no discurso de pacientes no estudo de Daumas:³⁰ "Eu procurei me resguardar e comer coisas melhores e mais saudáveis, diminuir um pouco o lixo que eu comia. Assim, comer mais verde, mais brócolis, entendeu?".³⁰

A "qualidade de vida" encontra-se na zona de contraste do nosso estudo, corroborando o trabalho de Daumas,³⁰ que evidenciou a relação direta da alimentação com "qualidade de vida", "sintomatologia", "força vital" e "autonomia", como quando o paciente relata que conseguiu ingerir um alimento que antes não conseguia, conferindo-lhe um sentimento de ânimo e força. Dessa forma, a alimentação nos cuidados paliativos oncológicos possui influência de diversas variáveis, estando associada à saúde e à qualidade de vida.³¹

O termo "força" também foi encontrado na zona de contraste. Costa & Soares³¹ destacam que um aspecto importante da alimentação para pacientes em cuidados paliativos oncológicos é preservar a capacidade de desenvolver atividades básicas de rotina como ir ao banheiro e tomar um banho, sem precisar de auxílio de outra pessoa, até atividades mais complexas, como conseguir trabalhar. Deste modo, os autores identificaram como um dos sentidos nessa fase que a "alimentação faz bem, dá força e preserva a autonomia", demonstrando sua importância no enfrentamento dos desafios e das perdas diante do

processo de avanço da doença. Segundo Daumas,³⁰ por mais que seja crítica a situação em vários aspectos, os pacientes conseguem associar o sentir prazer à alimentação com sentir forças para viver.

Sobre o termo “sobrevivência”, presente na zona de contraste, o trabalho de Caldeira & Fava³² considera que as comidas e bebidas são vistas como necessárias para sustentar o corpo, sendo confirmado pela fala “comida é algo que comemos para nos sustentar, sem o alimento não conseguimos sobreviver”. Além disso, o termo “importante” aparece na segunda periferia, indicando uma mudança na importância e valor atribuídos à alimentação com o surgimento de uma doença, como observado por Silva e colaboradores.³³ Em situações de impossibilidade, como dificuldade de ingestão ou ausência de alimentos, a alimentação torna-se ainda mais essencial.^{32,33}

Prazer e ótima

É reconhecido que a alimentação desempenha papel significativo nos cuidados paliativos. Nesse contexto, a categoria “prazer” é situada na primeira periferia, compartilhando seu campo semântico com o termo “ótima”, que se encontra na segunda periferia. De acordo com o estudo de Costa & Soares,³¹ pacientes em cuidados paliativos oncológicos expressam gostar de comer e relatam que a alimentação pode substituir o prazer de fumar e beber. No entanto, a percepção de uma piora na capacidade de comer é vista como um sinal do avanço da doença.

A busca por prazer na comida é uma forma de sentir-se bem e é valorizada como uma oportunidade de desfrutar da vida. A representação do comer em cuidados paliativos foi identificada como “Comer é quando você come pelo desejo, pelo prazer, às vezes não leva em conta a questão nutritiva né, eu não levava em conta isso, hoje eu já levo em conta, isso aqui não me traz mais benefícios embora muitas vezes eu coma assim mesmo”.³⁰ Portanto, a alimentação durante os cuidados paliativos deve não apenas nutrir o corpo, mas também proporcionar conforto emocional e promover a união com familiares e cuidadores.³¹

No estudo de Matos,³⁴ foi observado que a alimentação, além de ser um meio de subsistência, é caracterizada como uma experiência prazerosa que ajuda a promover conforto, comunicação, interação social e auxilia a manter sua autonomia.³⁴

Cuidado e boa

A categoria “cuidado”, termo mais frequentemente situado na zona de contraste, compartilha seu campo semântico com o termo “boa”, situado na primeira periferia. Segundo Costa & Soares,³⁵ ofertar comida e bebida é uma ação humana significativa de respeito à vida e de cuidado com os semelhantes. Em outra pesquisa foi constatado que, para a população em geral, a alimentação é interpretada como o ato de “nutrir o indivíduo para o crescimento, desenvolvimento e manutenção”, desempenhando uma função essencial em suas vidas, transmitindo vida, cuidado e afeto. A alimentação foi representada como “Alimentação boa! Alimentação... tem coisa melhor no mundo que alimentação boa? Para você ficar de pé!”.³⁵

A dieta pode proporcionar conforto psicológico, pois determinados alimentos têm a capacidade de evocar memórias afetivas positivas ou servir como estímulo motivacional na batalha contra a doença, ao possibilitar um senso de controle ao conseguir ainda se alimentar, mesmo que em quantidades reduzidas.³⁶

Para Leonardo Boff,³⁷ o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos. O cuidado é uma atitude que gera múltiplos atos e expressa a essência do cuidado em si. O cuidado entre os seres humanos que dá sentido à sua existência. Dessa forma, a relação

do cuidado não é de domínio sobre, mas de convivência, logo não é pura intervenção, e sim interação. Sendo assim, a alimentação é percebida como uma forma de cuidado, dando significado à existência humana.³⁷

Dificuldade e sem apetite

Sobre os aspectos negativos do ato de se alimentar, no quarto quadrante foram destacados os termos “dificuldade” e “sem apetite”. Frente ao desafio de lidar com o câncer em estágio avançado, o indivíduo experimenta um conjunto de perdas ao longo da evolução natural da doença, englobando desconfortos e dores que permeiam diferentes esferas, desde os aspectos físicos até os componentes emocionais e espirituais. Essas mudanças, aliadas às incertezas do que está por vir, instigam no paciente sentimentos de apreensão e desesperança, potencialmente influenciando de forma negativa sua saúde psicossocial.³⁸

No estudo de Santos,³⁸ a categoria “perda” apareceu como atributo alimentar mais significativo no grupo de pacientes, colaborando com diferentes estudos que abordam as perdas enfrentadas por indivíduos em cuidados paliativos. Este tem relação direta com a presença de disfagia e a necessidade de alterações na alimentação oral ao longo da progressão do câncer; sendo assim, o paciente se vê obrigado a realizar escolhas e ajustes relacionados à dieta. Em relação aos familiares, confrontam-se com a angústia de testemunhar a dificuldade de seu ente querido em se alimentar, enquanto os profissionais de saúde enfrentam o desafio de redefinir essa perda, concentrando-se na promoção de prazer e conforto ao indivíduo. Dessa forma, as modificações na alimentação podem provocar diversas repercussões, caracterizadas pela diminuição da autonomia e, em alguns casos, a iminência da morte. Sendo assim, conforme a doença vai progredindo e a saúde se deteriorando, surge o aumento na incidência de complicações relacionadas à deglutição. E, nestas circunstâncias, a alimentação pode tornar-se insegura, contribuindo para complicações e riscos à saúde.³⁸

Em virtude disso, González & Gusenko³⁹ argumentam que a intervenção nutricional nos cuidados paliativos deve focar principalmente no controle de sintomas como náusea, vômito, saciedade precoce, constipação, diarreia, disfagia e xerostomia. De acordo com Pinho-Reis,⁴⁰ o controle efetivo de sintomas é crucial, uma vez que esses sintomas não apenas impactam o apetite e a absorção de nutrientes, mas influenciam a experiência prazerosa associada ao ato de se alimentar. É comum os pacientes manifestarem sintomas como falta de apetite, dificuldade para engolir e necessidade de auxílio para alimentar-se, sendo crucial oferecer uma dieta de conforto, implementando ajustes na textura, temperatura, volume e densidade dos alimentos, além de considerar as preferências alimentares.³⁶

Vale ressaltar que este estudo apresentou como limitações a realização de entrevistas em uma única unidade hospitalar, com número de participantes reduzido. Em virtude da dificuldade dos participantes para encontrarem termos ou expressões que transmitissem seus pensamentos e opiniões devido ao estado clínico, emocional e cognitivo apresentado, optou-se por um número menor de evocações também. Não se levou em consideração o relato do cuidador/familiar, pois o foco foi o paciente.

No entanto, como pontos fortes do estudo, vale destacar o fato de se considerar os termos exatamente como foram ditos pelos pacientes durante a entrevista. Além disso, forneceu uma análise abrangente das representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação em pacientes com câncer avançado, explorando as associações semânticas e a importância atribuída aos diferentes termos.

CONCLUSÃO

O estudo abordou as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação para pacientes com câncer avançado, destacando a centralidade na evocação dos termos “controle de sintomas” e

"alimentação saudável", respectivamente, o que revela a ênfase da abordagem no alívio de sintomas e foco na qualidade de vida do sujeito e de sua família.

A compreensão limitada do termo "cuidados paliativos" pelos participantes do estudo indica desafios na comunicação. Essa dificuldade pode estar relacionada à recente revisão da terminologia, por ser interpretada de forma equivocada por muitas pessoas, devido a diversos fatores como a falta de informação e os preconceitos, que distorcem o verdadeiro propósito dos cuidados paliativos. A transição para os cuidados paliativos é percebida como uma fase singular, marcada pela mudança de foco da cura para o manejo de sintomas, o conforto e a qualidade de vida. Dessa forma, sugere-se que a falta de integração entre tratamento curativo e cuidados paliativos se torna um obstáculo, evidenciando estigmas, quando retratado como um cuidado "superficial", remetendo à ideia de "sem cura".

Portanto, é fundamental realizar ajustes nas expectativas dos pacientes e cuidadores para ressignificação do cuidado no adoecimento, a partir de uma comunicação efetiva, de modo que os cuidados paliativos sejam abordados mais precocemente como parte do tratamento, visando uma transição mais humanizada a partir da compreensão mais ampla desse cuidado.

A segmentação das representações sociais sobre alimentação evidenciadas no estudo oferece uma visão das complexas associações entre alimentação e os aspectos emocionais, físicos e sociais, que impactam diretamente na saúde, na qualidade de vida e na experiência do paciente diante do adoecimento. Por outro lado, a "dificuldade" e a "falta de apetite" surgem como desafios, refletindo as perdas e complicações enfrentadas pelos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.

Diante da complexidade dos aspectos que envolvem a alimentação, torna-se essencial compreender o significado atribuído pelo indivíduo ao ato de alimentar-se, de modo que a realização de adaptações na dieta, necessárias pelas complicações inerentes ao avanço da doença, sejam decisões compartilhadas entre profissionais de saúde, paciente e cuidador. Deste modo, deve-se oferecer um cuidado alimentar individualizado, a fim de minimizar as rupturas biográficas que ocorrem ao longo do adoecimento, considerando que as escolhas e preferências alimentares são marcadores de identidade sociocultural e dão sentido à existência humana.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao apoio da bibliotecária Fádia Carvalho Pacheco, do Núcleo de Sistema Integrado de Bibliotecas do Instituto Nacional de Câncer, com as estratégias de busca bibliográfica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into response to humanitarian emergencies and crises [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018Feb. [Acesso 10 nov 2023]. 107 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514460>.
2. Matos MR, Muniz RM, Barboza MCN, Viegas A da C, Rockembach JA, Lindemann LG. Representações sociais do processo de adoecimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. RevEnferm UFSM. 2017;7(3):398-410. <https://doi.org/10.5902/2179769225801>.

3. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008. p. 18-21.
4. Melo AGC, Caponero R. O futuro em cuidados paliativos. In: Santos FS, editor. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 107-11.
5. Castilho R, Pinto C, Silva V. Manual de cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2021. 624 p.
6. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad Saúde Pública. 2009Sep;25(9):1875-82.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900002>.
7. Coutinho M da P de L, Bú E do. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software TRI-DEUX-MOTS (Version 5.2). Rev. Campo do Saber [Internet]. 2017 [acesso 10 jan 2023];3(1): 219-43. Disponível em: <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>.
8. Lima SF, Silva RGM, Silva V de SC, Pasklan ANP, Reis LM CB, Silva UC. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 20 jan 2023];20(1). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/50011>.
9. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, editor. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 155-71.
10. Reis AOA, Muylaert CJ, Bastos IT, Bertolino Neto MM, Delfini PS, Sarubbi Junior V. Desvelando o Programa EVOC2000. In: Reis AOA, Sarubbi Junior V, Bertolino Neto MM, Rolim Neto ML. Tecnologias computacionais para o auxílio em pesquisa qualitativa: Software EVOC. São Paulo: Schoba; 2013. p. 41-95.
11. Sarubbi Junior V, Muylaert CJ, Bastos IT, Gallo PR, Leone C. Representações de pediatras acerca das alternativas de alimentos lácteos diante do desmame inevitável. Rev Paul Pediatr. 2017;35(1):46-53. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00007>.
12. Ronaldson S, Devery K. A experiência de transição para serviços de cuidados paliativos: perspectivas de pacientes e enfermeiros. Int J Palliat Nurs. 2001;7(4):171-7. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.4.9033>.
13. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2023 dez 1]. 103 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565486>

14. Vinant P, Joffin I, Serresse L, Grabar S, Jaulmes H, Daoud M, et al. Integration and activity of hospital-based palliative care consultation teams: the INSIGHT multicentric cohort. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0209-9>.
15. Whitehead K, Ala-Leppilampi K, Lee B, Menagh J, Spaner D. Fatores que determinam a experiência de transição para uma unidade de cuidados paliativos para pacientes e cuidadores: um estudo qualitativo. *PalliatCare*. 2022 Jul 15;37(4):579–85. <https://doi.org/10.1177/08258597221105001>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispões sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF; 31 out 2018*.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 7 dez 2023 (seção 1): 46*.
18. Patrão I, Leal I. Abordagem no impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças* [Internet]. 2004 [acesso em 30 jan 2023];5(1):53-73. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250104.pdf>
19. Silva SÉD da, Costa JLD, Araújo JS, Moura AAA, Cunha NMF da, Santos AL dos. The consensual universe of family caregivers and their standing in the care services: a social representation study / O universo consensual do cuidador-familiar e sua ancoragem dentro do cuidado: um estudo de representações sociais. *Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2018 Oct 4;10(4):1057-62. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1057-1062>.
20. Rothe CC. *As Representações Sociais dos Cuidados Paliativos* [dissertation on the Internet]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2020 [cited 2023 Sept 21]. 60 p. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131084/2/434061.pdf>
21. Sarradon-Eck A, Besle S, Troian J, Capodano G, Mancini J. Understanding the barriers to introducing early palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *J Palliat Med*. 2019 May;22(5): 508-16. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0338>.
22. Soares MS, Marques VGP da S, Santos ABA de S, Cordeiro M, Almeida AMS, Souza ABC de, et al. O papel da enfermagem nos cuidados paliativos a pacientes oncológicos: uma breve revisão. *Recima21-Revista Científica Multidisciplinar*. 2021 Oct;2(9):e29695. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.695>.
23. Nunes R, Rego F, Rego G. *Enciclopédia luso-brasileira de cuidados paliativos*. 1. ed. Coimbra: Almedina; 2018. 644p.

24. Silveira NR, Nascimento ERP do, Rosa LM da, Jung W, Martins SR, Fontes M dos S. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1074-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>.
25. Britto SMC de, Ramos R de S, Santos ÉI dos, Veloso O da S, Silva AM da, Mariz RG de A. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. *ver Cuid*. 2015;6(2):1062-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>.
26. Lefaucheur AS, Renoux C, Barbeau L. Représentations sociales associées aux mots «soins palliatifs» auprès du grand public. *Médecine Palliative*. 2019 Apr 1;18(2):62-9. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2018.11.007>.
27. Fitaroni JB, Bousfield AB, Silva JP. Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021 Jul 16;41:e209676;1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>.
28. Reale MJ de OU. Representações sociais e práticas de profissionais de saúde sobre cuidados paliativos [dissertation on the Internet]. Salvador: Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia; 2017. 110 p. [Acesso 10 nov 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/24232>.
29. Carvalho MC da VS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Jan;16(1):155-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100019>.
30. Daumas CB. Percepção dos sentidos e significados da alimentação para pacientes oncológicos em cuidados paliativos [undergraduate thesis]. Macaé: Instituto de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021. 63 p. [Acesso 10 nov 2023]. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17080/1/CBDAUMAS.pdf>.
31. Costa MF, Soares JC. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Rev Bras Cancerol*. 2019 Jan 30;62(3):215-24. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.163>.
32. Caldeira R, Fava BM. Comida: uma contadora de histórias. In: VIII Seminário Nacional do Centro de Memória [Internet]. 2016 jul 26. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2016 [cited 2023 fev 1]. p.1-17. [Acesso 10 nov 2023]. Disponível em: <https://www.cmu.unicamp.br/viii-seminario/wp-content/uploads/2017/05/Comida-uma-contadora-de-historias-REGIANE-CALDEIRA-BRUNA-MENDES-FAVA.pdf>
33. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor*. 2010 Oct;11(4):282-8. [Acesso 10 nov 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-568546>.
34. Matos MR. Pacientes em cuidados paliativos: representações sociais do processo de adoecimento [dissertation on the Internet]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas; 2015. 92 p. [Acesso 10 nov

2023]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2016/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Michele-Rodrigues-Matos.pdf>.

35. Marinho L de R, Carvalho VL da S. Significados da alimentação em fim de vida: diferença para o paciente e o cuidador. *Braz J Develop*. 2023 Mar;9(3):11142-69. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-149>.
36. Camargo NRP de, Santos R de S, Costa MF. Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida. *RevBrasCancerol*. 2023 Apr;69(2):e-153828, p.1-4. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3828>.
37. Boff L. *Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 20 ed. Petrópolis: Vozes; 2017. 248 p.
38. Santos CG, Mendes EC, Schramm FR, Costa MF. Valores e crenças relacionados à alimentação oral em cuidados paliativos oncológicos. *RevBrasCancerol*. 2024; 70(1): e-194505, p. 1-10. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4505>
39. González F, Gusenko TL. Características de la alimentación del paciente oncológico en cuidados paliativos. *Diaeta*. 2019 Mar;37(166):32-40.
40. Pinho-Reis C. Suporte nutricional em cuidados paliativos. *Rev Nutrícias*. 2012;15:24-7.

Colaboradores

Aguiar GB participou da idealização do desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do estudo; Costa MF participou da idealização do desenho do estudo, interpretação dos dados, redação do estudo e revisão; Santos RS participou da idealização do estudo, interpretação dos dados, redação do estudo e revisão; Sarubbi Junior V realizou análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do estudo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 26 de março de 2024

Aceito: 01 de outubro de 2024