

Franciele Carolina Soares Cruz<sup>1</sup>  
Florença Maria Borges<sup>2</sup>  
Eliza Helena Eliete da Silva<sup>2</sup>  
Geórgia das Graças Pena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de  
Uberlândia, Faculdade de  
Medicina, Programa de  
Residência Multiprofissional  
- Atenção em Oncologia.  
Uberlândia, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de  
Uberlândia, Curso de Nutrição.  
Uberlândia, MG, Brasil.

#### Correspondência

Geórgia das Graças Pena  
[georgia@ufu.br](mailto:georgia@ufu.br)

## O estado nutricional e a alimentação via sonda estão associados à qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos?

*Are the nutritional status and tube feeding  
associated with quality of life in oncologic  
patients on palliative care?*

#### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a associação do estado nutricional e da alimentação via sonda na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Métodos:** Participaram do estudo pacientes oncológicos cadastrados no Programa de Cuidados Paliativos de um hospital universitário (n=70). Informações sobre a terapia nutricional (alimentação por sonda ou alimentação via oral) foram coletadas por meio de um questionário previamente estruturado. A avaliação nutricional foi realizada através da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo próprio Paciente (ASG-PPP). Além disso, o questionário EORTC QLQ-C15-PAL foi utilizado para avaliar a Qualidade de

Vida. **Resultados:** Dos 70 pacientes, 58,6% (n=41) eram do sexo masculino, com idade entre 31 e 101 anos. Os tumores mais frequentes foram cabeça e pescoço (18,6%; n=13). A prevalência de desnutrição foi de 87,2% (n=61). Em relação à via alimentar, 84,3% (n=59) receberam alimentação por via oral e 15,7% (n=11), alimentação por sonda. O escore médio para o domínio Qualidade de Vida Global foi de 66,6, independentemente da via de alimentação. Pacientes desnutridos apresentaram maior escore nos domínios Função Física (34,9 ± 30; p=0,005) e Dispneia (20,7 ± 29,9; p=0,02). A alimentação por sonda foi associada a uma maior frequência de náusea (39,3 ± 35,9; p=0,014). **Conclusões:** Foi observada elevada frequência de desnutrição (87,2%) e baixa frequência de pacientes alimentados via sonda (15,7%). O estado nutricional e a alimentação por sonda não foram associados à Qualidade de Vida Global dos pacientes com câncer em cuidados paliativos. No entanto, a desnutrição foi associada à diminuição da função física e dispneia, enquanto a alimentação por sonda foi associada a uma frequência de náusea.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Oncologia; Terapia nutricional; Alimentação por sonda; Qualidade de vida.

**Abstract**

**Objective:** To evaluate the association of nutritional status and tube feeding on the quality of life of oncology patients in palliative care. **Methods:** Oncological patients enrolled in the Palliative Care Program of a university hospital (n=70) participated in the study. Nutrition therapy data (tube feeding or oral feeding) were collected through a previously structured questionnaire. The nutritional evaluation was performed by the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). In addition, the EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire was used to assess the quality of life. **Results:** Of the 70 patients, 58.6% (n=41) were males, aged between 31-101 years. The most frequent tumors were in head and neck (18.6%; n=13). The frequency of malnutrition was 87.2% (n=61). Regarding the feeding route, 84.3% (n=59) received oral feeding and 15.7% (n=11), tube feeding. The mean score for the Global Quality of Life domain was 66.6, regardless of the dietary route. Malnourished patients had a higher score for the Physical Function domains (34.9±30; p=0.005) and Dyspnea (20.7±29.9; p=0.02). Tube feeding was associated with a higher frequency of nausea (Median = 33.3; p=0.014). **Con-**



**clusions:** A high frequency of malnutrition (87.2%) and a low frequency of tube feeding (15.7%) was observed. Nutritional status and probe feeding were not associated with the Global Quality of Life of cancer patients in palliative care. However, malnutrition was associated with worse prognosis: decreased physical function and dyspnea, while probe feeding was associated with a higher incidence of nausea.

**Keywords:** Palliative care; Oncology; Nutritional therapy; Tube feeding; Enteral nutrition; Quality of life.

**INTRODUÇÃO**

O principal papel da nutrição nos cuidados paliativos é controlar os sintomas gastrointestinais e minimizar os desconfortos que podem ser intensificados pela alimentação. Além disso, proporcionar prazer e conforto emocional ao paciente por meio da alimentação, preservar a autoestima e independência além de proporcionar maior participação com os familiares são metas que devem ser atingidas para evitar piora da qualidade de vida nos cuidados paliativos.<sup>1,2</sup>

A alimentação por sonda envolve fatores psicossociais e pode acarretar em desconforto físico, sangramentos, diarreia, constipação, bronco-aspiração, síndrome de realimentação e privação de características sensoriais de paladar, textura, visualização de alimentos e contato com a família.<sup>3-5</sup> Por outro lado, a oferta de pequenas quantidades de alimentos desejados pelo paciente aumenta seu bem-estar, dignidade e autonomia, melhorando a qualidade de vida.<sup>2,6,7</sup>

O uso contínuo de alguns medicamentos, a redução da ingestão de alimentos, as alterações metabólicas e fisiológicas e a própria patologia eventualmente levam o paciente a caquexia. Isso pode causar um impacto psicossocial no paciente e seus familiares, acarretando em intensa ansiedade em ambos. Essa situação abala a estrutura da vida cotidiana, causando problemas sociais e existenciais no indivíduo e desafios decorrentes do sofrimento do paciente e em seu ambiente familiar, considerando que a aversão alimentar está diretamente ligada à morte,<sup>2,8,9</sup> piorando a qualidade de vida.<sup>8,10</sup>

Além disso, os sintomas relacionados ao trato gastrointestinal são mais intensos nesta fase da doença, resultando na redução da ingestão de alimentos. Então, o profissional de saúde recomenda a sonda analisando se os benefícios são maiores que o desconforto e possíveis complicações. A indicação de alimentação por sonda nessa fase faz com que seja difícil decidir, uma vez que poucos estudos na área lidam com esta relação e investigam os reais benefícios da alimentação por sonda nesses pacientes.<sup>8</sup>

Muito se tem discutido sobre os benefícios do uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE) em pacientes com doença em estágios avançados. É sabido que terapias nutricionais agressivas não trazem benefícios e melhora na sobrevida e ainda tornam o tratamento dispendioso e estressante. Além disso, insistir em alimentar um paciente inapetente pode provocar outros sintomas desagradáveis como náuseas e dor abdominal.<sup>2</sup>

A recomendação de alimentação por sonda é justificada se o planejamento do cuidado maximizar o conforto e a qualidade de vida durante a evolução da doença, respeitando os anseios do paciente e da família de forma segura e consensual.<sup>2,7,8</sup> Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação do estado nutricional e da alimentação via sonda na qualidade de vida de pacientes oncológicos cadastrados em um programa de cuidados paliativos.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal com pacientes oncológicos cadastrados no Programa de Cuidados Paliativos (PCP) de um Hospital Universitário Oncológico de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

População

A população incluiu pacientes cadastrados no Programa de Cuidados Paliativos (n = 92). Os critérios de inclusão foram: ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, contactuantes e cognição mínima para responder os questionários. De acordo com esse critério foram excluídos 22 pacientes, resultando em 70 pacientes analisados neste estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre julho e novembro de 2016, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, CAAE nº 54864316.8.0000.5152. Os pacientes foram abordados no momento da visita domiciliar realizada diariamente pela equipe de profissionais, ou no ambulatório de cuidados paliativos.

Variáveis do estudo

Variáveis clínicas, sociodemográficas e informações quanto à via de alimentação foram coletadas através de um questionário previamente estruturado. Para o diagnóstico nutricional, foi utilizada a Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), específica para pacientes com câncer. A estatura e o peso foram medidos de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e classificado para adultos e idosos.<sup>11</sup>



O Questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C15-PAL, um instrumento validado e específico para populações oncológicas em cuidados paliativos,<sup>12</sup> foi utilizado para a avaliação da qualidade de vida. O questionário é composto por 15 questões, incluindo uma escala de funcionamento físico, uma escala de funcionamento emocional e sete escalas relacionadas a sintomas (fadiga, dor, náusea, dispneia, insônia, perda de apetite e constipação), bem como uma pergunta sobre a Qualidade de Vida Global. Os pacientes classificaram cada questão em uma escala Likert variando de 1 (não) a 4 (muito), exceto para a questão da Qualidade de Vida Global, originalmente pontuada com uma pontuação variando de 1 (muito ruim) a 7 (excelente). Os escores finais de cada domínio foram estimados de acordo com os critérios do EORTC QLQ-C15 PAL.<sup>12</sup>

Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 20.0, Chicago, IL), com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A distribuição das variáveis foram analisadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como todas as variáveis de qualidade de vida não apresentaram distribuição normal, o teste de Mann-Whitney foi utilizado para estimar as diferenças entre os escores dos domínios de qualidade de vida (EORTC C15-PAL) e o estado nutricional (de acordo com a ASG-PPP), e para comparar com via de administração da dieta.

RESULTADOS

Dos 70 pacientes, 58,6% (41) eram do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 55,7% (39) eram solteiros, viúvos ou divorciados e em 67,7% (47) dos pacientes, o cuidador principal era um membro da família (Tabela 2). Para 68,2% (48), o tempo de inscrição no Programa de Cuidados Paliativos foi inferior a 6 meses e 48,6% (34) foram diagnosticados com câncer há mais de 2 anos. Em relação às condições socioeconômicas, 55,4% (38) tinham renda familiar de um a três salários mínimos (R\$). O tumor mais frequente foi de cabeça e pescoço com prevalência de 18,6% (13) seguido tumores ginecológicos 11,4% (8), de próstata e de pulmão de 8,6% (6). A prevalência de comorbidades foi de 41,4% (29) sendo que 62,1% apresentavam hipertensão e 17,2% diabetes mellitus. Observou-se a alta frequência de tratamento radioterápico (72,9%) e 61,4% dos participantes necessitaram de internação hospitalar.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e clínicas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos  
Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

Variáveis	% (n)
<b>Gênero</b>	
Masculino	58.6 (41)
Feminino	41.4 (29)
<b>Faixa Etária (anos)</b>	
< 55	22.9 (16)
56 – 65	21.4 (15)
66 – 75	27.1 (19)
> 76	28.6 (20)
<b>Renda Familiar (salário mínimo<sup>1</sup>)</b>	
≤ 1	3.1 (2)
1 – 3	55.4 (36)
>3	41.5 (27)
<b>Tempo de Registro no PCP<sup>II</sup></b>	
< 6 meses	68.2 (45)
6 – 12 meses	10.6 (7)
> 12 meses	21.2 (14)
<b>Comorbidades</b>	
Com Comorbidades	41.4 (29)
Diabetes Mellitus	17.2 (5)
Hipertensão Arterial	62.1 (18)
Diabetes Mellitus + Hipertensão Arterial	20.7 (6)
<b>Tempo de diagnóstico</b>	
1 – 6 meses	15.7 (11)
7 – 11 meses	14.3 (10)
1 – 2 anos	21.4 (15)
> 2 anos	48.6 (34)
<b>Localização do Tumor</b>	
Cabeça e Pescoço	18.6 (13)
Ginecológico	11.4 (8)
Prostata	8.6 (6)
Pulmão	8.6 (6)
Outros	52.8 (37)
<b>Tratamento</b>	
Radioterapia	72.9 (51)
Quimioterapia	65.7 (46)
Cirurgia	55.7 (39)

<sup>1</sup> Salário Mínimo: R\$880,00; <sup>II</sup>PCP: Programa de Cuidados Paliativos.

A frequência de desnutrição variou de 25% (17) a 87,2% (61), dependendo do método utilizado, sendo o menor valor obtido pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e a maior frequência pela ASG-PPP. Quanto à terapia nutricional, 84,3% (59) estavam recebendo alimentação via oral (associada ou não a suplementação), enquanto que 15,7% (11) alimentavam-se via sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia, ou associada com a nutrição oral (Tabela 2).

**Tabela 2.** Características antropométricas e nutricionais dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos.  
Uberlândia, Minas Gerais, 2016.

Variáveis	% (n) Média±DP
<b>Peso (kg)</b>	58.3 ±12.0
<b>Estatura (m)</b>	1.62 ±0.08
<b>IMC (kg/m²)</b>	
Magreza	25.0 (17)
Eutrofia	60.3 (41)
Excesso de peso e Obesidade	14.7 (10)
<b>ASG-PPP</b>	
A- Bem nutrido	12.8 (9)
B- Desnutrição Moderada	62.9 (44)
C- Desnutrição Severa	24.3 (17)
<b>Via de Alimentação da Dieta</b>	
Via Oral exclusiva	40.0 (28)
Via Oral + Suplementação Via Oral	44.3 (31)
Via Enteral Exclusiva	11.4 (8)
Via Enteral + Via Oral	4.3 (3)
<b>Tempo de uso de suplementação VO (dias)</b>	90.0 <sup>a</sup>
<b>Tempo de uso de sonda de alimentação (dias)</b>	30.0 <sup>a</sup>

IMC: Índice de Massa Corporal. ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente. VO: Via Oral. DP: Desvio Padrão. <sup>a</sup>Valores referentes a mediana.

Os escores de cada domínio que compõe o questionário de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C15-PAL) é apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Médias e Medianas dos domínios do questionário EORTC QLQ-C15 PAL.  
Uberlândia, Minas Gerais, 2016.

Domínios	Média	DP	Mediana	Min	Max
Qualidade de Vida Global	66.6	26.9	66.6	0	100
Funcionamento Físico	31.4	29.6	22.0	0	100
Funcionamento Emocional	40.9	34.2	33.3	0	100
Fadiga	36.1	28.0	33.3	0	100
Náusea	20.9	32.1	00.0	0	100
Dor	35.7	35.6	25.0	0	100
Dispneia	19.0	28.6	00.0	0	100
Insônia	27.6	35.8	00.0	0	100
Apetite	32.3	41.3	00.0	0	100
Constipação	30.4	37.9	00.0	0	100

DP: Desvio Padrão.

O domínio Qualidade de Vida Global obteve escore médio de 66,6 (em uma escala de 0 a 100) e mais da metade dos pacientes obtiveram escore mediano de zero para os domínios Náusea, Dispneia, Insônia, Apetite e Constipação. Os pacientes classificados com desnutrição obtiveram pontuação mais elevada para os domínios “Funcionamento Físico” e “Dispneia” quando comparados com aqueles considerados bem nutridos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Comparação entre as medianas dos domínios de qualidade de vida do EORTC C15-PAL com a classificação do estado nutricional de acordo com o ASG-PPP. Uberlândia, Minas Gerais, 2016.

Domínios	Classificação ASG-PPP Mediana (Mínimo – Máximo) Média (± Desvio Padrão)		p-valor*
	Bem nutrido	Desnutrição	
Qualidade de Vida Global	83.33 (50-100) 81.3 (±17.5)	66.66 (0-100) 64.4 (±27.4)	0,070
Funcionamento Físico	11.1 (0-22) 7.4 (±7.8)	33.3 (0-100) 34.9 (±30.0)	0,005*
Funcionamento Emocional	16.6 (0-66) 20.3 (±21.6)	33.3 (0-100) 43.9 (±34.8)	0,059
Fadiga	16.6 (0-66) 25.9 (±20.6)	33.3 (0-100) 37.7 (±28.8)	0,224
Náusea	00.0 (0-100) 11.1 (±33.3)	00.0 (0-100) 22.4 (±32.0)	0,122
Dor	00.0 (0-100) 18.5 (±32.7)	33.3 (0-100) 38.2 (±35.6)	0,095

\**Teste Mann-Whitney U test.* ASG-PPP: Avaliação Subetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente.



Tabela 4 continuação

Domínios	Classificação ASG-PPP Mediana (Mínimo – Máximo) Média (± Desvio Padrão)		p-valor*
	Bem nutrido	Desnutrição	
Dispneia	00.0 (0-33) 7.4 (±14.6)	00.0 (0-100) 20.7 (±29.9)	0,022*
Insônia	00.0 (0-100) 14.8 (±33.7)	33.3 (0-100) 29.5 (±36.0)	0,152
Apetite	00.0 (0-100) 11.1 (±35.5)	33.3 (0-100) 35.5 (±41.6)	0,051
Constipação	00.0 (0-100) 22.2 (±31.6)	00.0 (0-100) 31.6 (±38.6)	0,580

\**Teste Mann-Whitney U test.* ASG-PPP: Avaliação Subetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente.

Finalmente, os dados da Tabela 5 mostram a associação dos domínios com as vias de adminstração da dieta (enteral ou oral). Pacientes em nutrição enteral apresentaram maior escore de náusea.

**Tabela 5.** Comparação entre as medianas dos domínios de qualidade de vida da escala EORTC-C15-PAL com a via de alimentação. Uberlândia, Minas Gerais, 2016.

Domínios	Nutrição Enteral*			Nutrição Oral		
	Sim (11)	Não (59)	p-valor*	Exclusiva (28)	Suplementa- ção Oral (31)	p-valor*
	Mediana (Mínimo – Máximo) Média (± Desvio Padrão)					
Qualidade de Vida Global	66.6 (16.6-100) 63.6 (±27.7)	66.6 (0-100) 67.2 (±26.9)	0.741	66.6 (0-100) 66.6 (±27.9)	66.6 (0-100) 67.7 (±26.5)	0.858
Funcionamento Físico	33.3 (0-100) 46.4 (±41.8)	22.2 (0-100) 28.6 (±26.2)	0.253	16.6 (0-55) 21.8 (±36.8)	33.3 (0-100) 34.7 (±30.9)	0.170
Funcionamento Emocional	33.3 (0-100) 43.9 (±29.1)	33.3 (0-100) 40.3 (±35.3)	0.572	41.6 (0-100) 45.2 (±36.8)	33.3 (0-100) 36.0 (±33.9)	0.363
Fadiga	33.3 (0-100) 39.3 (±30.9)	33.3 (0-100) 35.5 (±27.7)	0.817	33 (0-83) 35.7 (±27.1)	33.3 (0-100) 35.4 (±28.7)	0.864
Náusea	33.3 (0-100) 39.3 (±35.9)	00.0 (0-100) 17.5 (±30.5)	0.014*	00.0 (0-100) 19.0 (±33.2)	33.3 (0-100) 16.1 (±28.3)	0.905
Dor	33.3 (0-100) 40.9 (±34.7)	16.6 (0-100) 34.7 (±35.7)	0.632	08.3 (0-100) 28.5 (±37.0)	33.3 (0-83) 40.3 (±34.0)	0.076
Dispneia	00.0 (0-100) 15.5 (±17.4)	00.0 (0-100) 19.7 (±30.3)	0.941	00.0 (0-100) 11.9 (±24.3)	00.0 (0-33) 26.8 (±33.7)	0.052
Insônia	33.3 (0-100) 45.4 (±42.8)	00.0 (0-100) 24.2 (±33.8)	0.107	00.0 (0-100) 26.1 (±35.5)	33.3 (0-100) 22.5 (±32.6)	0.709

\*Valores de p-valor <0,05 Indicam significância estatística. Teste de *Mann-Whitney U.test.*

Tabela 5 continuação

Domínios	Nutrição Enteral*			Nutrição Oral		
	Sim (11)	Não (59)	p-valor*	Exclusiva (28)	Suplementa- ção Oral (31)	p-valor*
	Mediana (Mínimo – Máximo) Média (± Desvio Padrão)					
Apetite	00.0 (0-100) 33.3 (±42.1)	00.0 (0-100) 32.2 (±41.5)	0.986	00.0 (0-100) 26.1 (±40.9)	00.0 (0-100) 37.6 (±41.9)	0.203
Constipação	33.3 (0-100) 33.3 (±39.4)	00.0 (0-100) 29.4 (±38.0)	0.726	00.0 (0-100) 32.1 (±43.0)	33.3 (0-100) 27.9 (±33.4)	0.804

\*Valores de p-valor <0,05 Indicam significância estatística. Teste de *Mann-Whitney U.test*.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observada elevada frequência de desnutrição (87,2%). A desnutrição foi associada à maiores escores nas escalas de função física e dispneia. Por outro lado, a nutrição via sonda foi associada à maiores escores de náusea.

A alta prevalência de desnutrição é relatada em pacientes oncológicos,<sup>13-15</sup> inclusive em cuidados paliativos.<sup>5,16</sup> Observou-se que a ASG-PPP foi o instrumento que demonstrou maior frequência de desnutrição quando comparado ao IMC. Isso pode ser explicado pelo fato da ASG-PPP avaliar vários aspectos do paciente como sinais e sintomas, estresse metabólico, capacidade funcional e exame físico, e não apenas a antropometria, medida pelo IMC. Além disso, a avaliação realizada pelo IMC pode ser comprometida devido a alterações nos mediadores inflamatórios que culminam na expansão do líquido extracelular, levando à retenção de água, mascarando o peso real e consequentemente o estado nutricional.<sup>17</sup>

A desnutrição foi associada à menores escores em alguns domínios da qualidade de vida. Pacientes desnutridos apresentaram medianas significativamente maiores para os domínios Funcionamento Físico e Dispneia, em relação aos pacientes classificados como bem nutridos de acordo com a ASG-PPP, o que demonstra piora física e respiratória. Estes valores eram esperados devido à grande perda de massa muscular, frequente em pacientes oncológicos.<sup>18</sup>

A anorexia é esperada com a proximidade da morte, despertando angústia nos cuidadores e profissionais, induzindo a sensação de que a morte é acelerada pela inapetência. Esta é uma possível causa do uso frequente de sondas enterais em pacientes ao fim de vida como um meio de aliviar o sofrimento de familiares e cuidadores.<sup>7,8</sup> É fundamental a compreensão da autonomia, respeitando as decisões e desejos do paciente, enquanto ele pode responder por si mesmo.<sup>10</sup>

O elevado número de pacientes que foram alimentados por via oral (84,3%) pode ser justificado pelo respeito do profissional quanto à decisão do paciente de não utilizar sonda de



alimentação. A via enteral é mais comumente encontrada em pacientes com déficits neurológicos, quando os familiares se tornam responsáveis pelas decisões de possíveis procedimentos.

O Consenso Nacional de Nutrição Oncológica<sup>19</sup> publicado recentemente no Brasil, informa que pacientes em cuidados paliativos não se beneficiam de indicação de TNE. O *guideline* da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN)<sup>6</sup> também aponta que pacientes oncológicos com doença rapidamente progressiva, têm menor probabilidade de se beneficiar da terapia nutricional enteral. Tal fato é comprovado por estudos que mostram que a sonda não tem efeito consistente na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes.<sup>20,21</sup> No presente estudo, é possível observar que a recomendação dos *guidelines* tem sido aplicada na prática clínica, visto que apenas 15,7% dos pacientes estavam em uso de terapia nutricional enteral, sem melhora da qualidade de vida.

Os pacientes que utilizavam alimentação por sonda apresentaram escores significativamente maiores para o domínio Náusea. Sabe-se que a TNE pode levar a maiores complicações e alterações gastrointestinais, incluindo náuseas, causadas pela administração de volume maior que o tolerado pelo paciente e velocidade de infusão inadequada, uma vez que é administrada em casa pelos cuidadores, que frequentemente demonstram dificuldade em compreender os cuidados relacionados à alimentação via sonda. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Brotherton<sup>3</sup> onde a qualidade de vida dos pacientes em TNE apresentou escores mais baixos quando comparados ao grupo controle. Os principais fatores destacados pelos autores que provavelmente afetaram a qualidade de vida incluem sintomas como náuseas, vômitos, diarreia e fadiga, além de transtornos relacionados à imagem corporal e perda de autonomia.<sup>3</sup> Por outro lado, estudos sugerem que a terapia nutricional enteral domiciliar pode ser mais humanizada e garantir melhor qualidade de vida ao paciente.<sup>22</sup>

Comparando-se a alimentação via oral exclusiva com a suplementação por via oral, não houve diferenças nos domínios da qualidade de vida. Diferente da literatura, onde sugere-se que a suplementação oral pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.<sup>23</sup> A variabilidade da amostra, o desenho do estudo e o tempo de diagnóstico podem explicar as diferenças nos resultados encontrados.

Observando as médias de cada escore do questionário EORTC QLQ-C15-PAL e de outros estudos, verificamos uma tendência a melhor Qualidade de Vida Global e melhor controle da Dor, Fadiga, Constipação e Perda de Appetite. Leppert<sup>24</sup> e Lee<sup>25</sup> encontraram uma média de Qualidade de Vida Global de 37,4 e 16,7, respectivamente, valores inferiores ao encontrado neste estudo (66,6). O mesmo ocorre nos domínios Constipação e Dor, em que a média neste estudo foi de 30,4 e 35,7, respectivamente, e no estudo de Lee<sup>25</sup> a média encontrada para constipação foi 66,7 e para o domínio Dor a média foi 76,4.<sup>24,25</sup> Esse resultado demonstra que o controle efetivo da dor, constipação e outros sintomas frequentes podem proporcionar uma melhor



qualidade de vida, onde os pacientes que relataram menor intensidade de sintomas, apresentaram maiores pontuações de Qualidade de Vida Global, nesses estudos.

O presente estudo apresentou algumas limitações em relação à população, devido ao restrito número de pacientes inscritos no Programa de Cuidados Paliativos e seu curto período de permanência no mesmo. Além disso, alguns pacientes excluídos da amostra (23,9%), utilizavam a alimentação por sonda e não foram incluídos neste estudo devido ao rebaixamento do nível de consciência, alterações cognitivas, sonolência e *delirium*, sinais clínicos comuns e esperados em pacientes ao fim da vida.<sup>2</sup>

CONCLUSÕES

Foi observada elevada frequência de desnutrição (87,2%) e baixa frequência de pacientes alimentados via sonda (15,7%). A desnutrição e a alimentação por sonda não impactaram a qualidade de vida global desses pacientes com câncer em cuidados paliativos. No entanto, a desnutrição esteve associada a pior função física e dispneia, enquanto a alimentação por sonda foi associada a maior frequência de náusea.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Word Health Organ Tech Rep Ser. 1990; 804: 1-75.

2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. In: Paliativos ANdC, editor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.

3. Brotherton AM, Judd PA. Quality of life in adult enteral tube feeding patients. J Hum Nutr Diet. 2007;20(6):513-22.

4. Hiil D, Hart K. A practical approach to nutritional support for patients with advanced cancer. Int J Palliat Nurs. 2001;7(7):317-21.

5. Acreman S. Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs. 2009;14(10):427-8, 30-1.

6. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutri-



tion in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48.

7. Hui D, Dev R, Bruera E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2015;9(4):346-54.

8. Eberhardie C. Nutrition support in palliative care. Nurs Stand. 2002;17(2):47-52.

9. Fuhrman MP, Herrmann VM. Bridging the continuum: nutrition support in palliative and hospice care. Nutr Clin Pract. 2006;21(2):134-41.

10. Benarroz MdO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(9):1875-82.

11. World Health Organization. The use and Interpretation of Anthropometry. Geneva,1995.

12. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur J Cancer. 2006;42(1):55-64.

13. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. Clin Nutr.2007;26(3):289-301.

14. Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon K, Grunberg SM, Herrstedt J, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. Ann Oncol. 2014;25(8):1492-9.

15. Nicolini A, Ferrari P, Masoni MC, Fini M, Pagani S, Giampietro O, et al. Malnutrition, anorexia and cachexia in cancer patients: A mini-review on pathogenesis and treatment. Biomed Pharmacother. 2013;67(8):807-17.

16. Aktas A, Walsh D, Galang M, O'Donoghue N, Rybicki L, Hüllihen B, et al. Underrecognition of Malnutrition in Advanced Cancer: The Role of the Dietitian and Clinical Practice Variations. Am J Hosp Palliat Care. 2017;34(6):547-55.

17. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, Assunção MCF, Gonzalez MC. Can nutritional status influence the quality of life of cancer patients? Rev. Nutr. 2010;23(5):745-53.

18. Vaughan VC, Martin P, Lewandowski PA. Cancer cachexia: impact, mechanisms and emerging treatments. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2013;4(2):95-109.

19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2. ed. Rio de Janeiro, 2015. 182p.

20. Prevost V, Grach MC. Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. Eur J Cancer Care (Engl). 2012 Sep;21(5):581-90.

21. Dy SM. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006 Oct-Nov;23(5):369-77.
22. Shaw C, Eldridge L. Nutritional considerations for the palliative care patient. *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(8):7.
23. Kim JM, Sung MK. The Efficacy of Oral Nutritional Intervention in Malnourished Cancer Patients: a Systemic Review. *Clin Nutr Res*. 2016;5(4):219-36.
24. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M, Mess E, Zdun-Ryzewska A. Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther*. 2014;7:687-95.
25. Lee YJ, Suh S-Y, Choi YS, Shim JY, Seo A-R, Choi S-E, et al. EORTC QLQ-C15-PAL quality of life score as a prognostic indicator of survival in patients with far advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22(7):1941-8.

### Colaboradores

Cruz FCS participou na concepção do estudo, na recolha e análise de dados e na versão final do artigo. FM de Borges e da Silva EHE participaram na coleta e elaboração de dados. Pena GG participou na concepção do estudo, análise dos dados e revisão da versão final.

Conflitos de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

---

Recebido: 06 de novembro de 2018

Revisado: 16 de janeiro de 2019

Aceito: 01 de fevereiro de 2019