Rev Dor. São Paulo, 2010 out-dez;11(4):282-288

ARTIGO ORIGINAL

Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos*

Symptoms control and nutritional intervention. Factors interfering with quality of life of cancer patients under palliative care

Patricia Blasco Silva[1], Marina Lopes[2], Lilian Cristine Teixeira Trindade[3], Clarice Nana Yamanouchi[4]

* *Recebido do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR.*

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Sintomas não controlados influenciam negativamente a qualidade de vida, alterando humor, ingestão alimentar e atividades da vida diária, além de prejudicar as relações sociais, familiares e de trabalho do paciente. O objetivo deste estudo foi analisar, mediante questionário previamente validado, como a intervenção nutricional e o controle dos sintomas interferiram na qualidade de vida dos pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos (CP) e Tratamento da Dor do Hospital Erasto Gaertner.
MÉTODO: Foram entrevistados 50 pacientes em cuidados paliativos, que responderam a questionários de qualidade de vida, avaliação de aspectos socioeconômicos e anamnese alimentar. As entrevistas foram realizadas durante o primeiro e segundo atendimentos no serviço de CP. Os atendimentos foram realizados pela nutricionista e médica, com discussão de condutas, seguido das orientações dietoterápicas e determinações das terapias medicamentosas.
RESULTADOS: No início, 48% foram classificados conforme a escala de capacidade funcional (Performance Status - PS) com PS3, reduzindo para 32% ($p = 0,002$), com aumento no número de pacientes com PS1. Sintomas gastrintestinais relatados inicialmente como inapetência, redução do apetite, náuseas, vômitos, disgeusia, xerostomia e presença de candidíase oral/mucosite. No retorno, houve relato de aumento do apetite dos pacientes, subindo de 4% para 48% ($p < 0,001$). A dor média foi quantificada, conforme a escala numérica de intensidade da dor, em 4,85 no início reduzindo para 2,73 no retorno ($p = 0,001$). A qualidade de vida global, conforme o Questionário de Qualidade de Vida para pacientes paliativos aumentou de 4,32 para 5,67 ($p = 0,001$).
CONCLUSÃO: A intervenção conjunta médica e nutricional contribuiu para o controle dos sintomas, promoveu a melhora da ingestão alimentar e auxiliou o paciente oncológico em cuidados paliativos a viver com melhor qualidade de vida.
Descritores: Assistência paliativa, Dor, Nutrição, Oncologia, Qualidade de vida.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Uncontrolled symptoms negatively influence quality of life, changing mood, food ingestion and daily life activities, in addition to impairing patients' social, family and working relations. This study aimed at analyzing, through previously validated questionnaire, how nutritional intervention and symptoms control interfered with the quality of life of cancer patients treated by the Palliative Care (PC) and Pain Management Service, Hospital Erasto Gaertner.
METHOD: Participated in this study 50 patients under palliative care, who answered quality of life questionnaires, socio-economic aspects evaluation and feeding history. Interviews were carried out during the first and the second visit

1. Nutricionista Clínica do Hospital Erasto Gaertner, Especialista em Nutrição Oncológica pelo Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, PR, Brasil.
2. Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica com ênfase em Terapia Nutricional. Supervisora do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, PR, Brasil.
3. Médica do Serviço de Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor do Hospital Erasto Gaertner. Formada em Medicina Paliativa pela Pallium Latinoamericana Association/Oxford International Centre for Palliative Care. Curitiba, PR, Brasil.
4. Médica Especialista em Cirurgia Oncológica. Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, PR, Brasil.

Fontes de fomento: Nenhuma

Endereço para correspondência:
Patrícia Blasco Silva
Rua Vicente Ciccarino, 574/21 – Bairro Boa Vista
82540-120 Curitiba, PR.
E-mail: patibls@yahoo.com.br

©Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

to the PC service. Patients were seen by a nutritionist and a physician, with discussion of management, followed by diet-therapeutic orientations and establishment of drug therapies.
RESULTS: Initially, 48% were classified according to the functional capacity scale (Performance Status – PS) with PS3, decreasing to 32% (p = 0.002) with increased number of patients with PS1. Gastrointestinal symptoms initially reported, such as inappetence, decreased appetite, nausea, vomiting, taste sense distortion, xerostomy and the presence of oral candidiasis / mucositis. At return, there has been report of increased appetite, according to pain intensity numerical scale, from 4.85 in the beginning, to 2.73 at return (p = 0.001). Global quality of life, according to the Quality of Life Questionnaire for palliative patients has increased from 4.32 to 5.67 (p = 0.001).
CONCLUSION: Joint medical and nutritional intervention has contributed to control symptoms, has improved food ingestion and has helped cancer patients under palliative care to live with better quality of life.
Keywords: Nutrition, Oncology, Pain, Palliative care, Quality of life.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que no Brasil, representa a segunda causa de mortalidade. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, cerca de 30% dos novos casos evoluem à óbito em um ano[1]. Mesmo com os grandes avanços da Medicina referente ao tratamento oncológico, as taxas de cura ainda são baixas, deste modo, os pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas curativas, necessitam de controle da dor e dos sintomas decorrentes da doença e também relacionados com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de investir na melhora da qualidade de vida (QV)[1].
O termo *palliare* significa amparar, transmitindo a perspectiva de cuidar e não somente de curar. De acordo com a recente definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) "*cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais*". Consiste na assistência ativa e total, que é prestada a pessoas portadoras de doenças incuráveis, nos casos em que a doença não responde aos tratamentos curativos disponíveis[1,2].
A alimentação possui além do papel fisiológico, o social e o emocional. A evolução da doença faz com que o indivíduo reduza a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas como o retardo do esvaziamento gástrico e redução do apetite ou problemas de absorção, promovendo desconforto e isolamento social. O objetivo do suporte nutricional em cuidados paliativos deve ser minimizar o desconforto causado pela alimentação, priorizar o prazer pela ingestão alimentar e favorecer a socialização entre pacientes e familiares durante as refeições[3].
A dor é o sintoma que exerce grande impacto sobre a QV do indivíduo, influenciando humor, mobilidade, sono, ingestão alimentar e atividades da vida diária[4,5]. Outros sintomas como anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia, astenia igualmente acometem o paciente[2], afetando as relações sociais, familiares e de trabalho. Por este motivo, o controle dos sintomas possibilita que o indivíduo possa realizar o que considera importante, proporcionando uma finitude digna e com sofrimento reduzido[4].
A satisfação do indivíduo com seu bem estar, funcionamento de seu organismo, seu aspecto psicológico, desempenho físico e intelectual, situação socioeconômica, sua vida familiar e espiritual, depende de todas as abordagens feitas a cerca da doença. Um dos objetivos mais importantes dos cuidados paliativos é oferecer a melhor QV possível, com um cuidado humanizado aos pacientes[1,6,7].
O objetivo deste estudo foi analisar, mediante questionário previamente validado, como a intervenção nutricional e o controle dos sintomas interferiram na qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital (Protocolo nº 1826/2009), foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes assim como o consentimento dos cuidadores. Foi realizado estudo clínico longitudinal, de natureza quantitativa, prospectivo, com pacientes oncológicos em tratamento paliativo. O período analisado foi de fevereiro a maio de 2009, e todos os pacientes atendidos eram provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS).
Foram entrevistados 50 pacientes com diagnóstico de câncer, atendidos pela primeira vez no serviço em questão. O número de casos de pacientes avaliados foi determinado com base no volume de novos casos atendidos pelo serviço de cuidados paliativos no período de aplicação da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão. No retorno ambulatorial, período este que variou de 15 a 30 dias, os pacientes foram reavaliados. Os critérios de inclusão foram: pacientes oncológicos, fora de possibilidades curativas, atendidos como caso novo no serviço, com pelo menos um cuidador responsável, idade maior ou igual a 18 anos e que aceita-

ram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes sem diagnóstico de doença oncológica e que já haviam sido atendidos previamente no ambulatório do serviço.

As entrevistas realizadas em dois momentos, primeira e segunda consulta, consistiam em três questionários, detalhados a seguir:

1. Questionário de Qualidade de Vida para pacientes paliativos, da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, EORTC QLQ-C15-PAL[7]. Este instrumento é composto por 14 questões relacionadas à QV durante a última semana, com perguntas sobre atividades, autonomia, falta de ar, dificuldade para dormir, fraqueza, cansaço, apetite, enjôos, constipação intestinal, dor, depressão, qualidade de vida global e o quanto a dor interfere na realização das atividades diárias. O questionário já é validado pela EORTC e específico para avaliar a QV de pacientes com câncer em cuidados paliativos. A dor foi quantificada conforme a escala numérica de intensidade da dor, que utiliza valores de 0 a 10 (0 = ausência de dor e 10 = pior dor já sentida), podendo ser classificada em dor leve (valor de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10)[8].

2. Questionário para avaliação dos aspectos socioeconômicos, aplicado ao cuidador do paciente. Composto por questões relacionadas ao uso de terapia nutricional enteral, tipo de moradia, número de cuidadores e cuidador principal, número de pessoas que residem com o paciente e renda familiar. Foi avaliado se o paciente era ou não provedor da família e se recebia algum tipo de auxílio doença.

3. Anamnese alimentar com questões quanto aos sintomas gastrintestinais apresentados, consistência da dieta, o uso de complemento alimentar, medicamentos utilizados e a escala de capacidade funcional (Performance Status – PS), utilizando a Escala de Zubrod – ECOG como método de avaliação[9]. Perguntas em relação ao controle dos sintomas, pertencentes a este questionário, foram realizadas somente no segundo atendimento como forma de avaliar a eficácia ou não da intervenção.

A entrevista foi efetuada pela mesma pesquisadora, em ambos os atendimentos, assim como a classificação de cada paciente dentro da escala de capacidade funcional (PS - Performance Status): PS0: atividade normal, PS1: sintomas da doença, mas deambula e leva o seu dia a dia normal, PS2: fora do leito mais de 50% do tempo, PS3: no leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos, PS4: preso ao leito.

Os atendimentos foram realizados pela nutricionista e médica do serviço simultaneamente, sendo o paciente questionado sobre os sintomas apresentados e a intensidade de cada um deles, com registro na ficha de anamnese alimentar. Foi determinada a conduta de forma individualizada considerando o diagnóstico da doença, os sintomas apresentados, a ingestão alimentar atual e a relação entre o uso dos medicamentos e o consumo alimentar. Posteriormente a médica do serviço orientou o paciente quanto aos medicamentos que foram utilizados, sendo a maioria disponibilizada no programa "Paraná Sem Dor". Considerando as informações coletadas e a orientação médica, a nutricionista forneceu orientações dietoterápicas contemplando a indicação dietética, consistência da dieta, possíveis comorbidades associadas, respeitando as preferências alimentares e culturais, minimizando o desconforto ligado a alimentação. Métodos alternativos de preparo e oferta de alimentos também foram considerados para diminuir os sintomas relatados.

Os medicamentos prescritos no primeiro atendimento foram registrados na ficha de anamnese alimentar. No retorno ambulatorial, foi registrada a adesão por parte do paciente às orientações dietoterápicas e medicamentosas. Através de consulta ao prontuário físico e/ou eletrônico, foi obtida a localização tumoral.

Para análise estatística os dados foram registrados no programa Microsoft Excel®, para posterior análise descritiva das variáveis coletadas utilizando o teste de Qui-quadrado, teste T de Médias e teste *t* de Student para dados pareados, com níveis de significância iguais ou menores que 0,05.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 pacientes em tratamento paliativo no HEG, 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino. A média de idade foi de 64,5, variando de 21 a 91 anos.

Os tumores primários mais frequentes foram estômago (16%), pulmão (16%), colo uterino (16%), mama (10%), esôfago (10%), bexiga (6%) e pâncreas (6%). As demais áreas correspondem a 20%. Dos 50 pacientes, 20% apresentavam tumor metastático.

Com relação à via de alimentação, 22% dos pacientes utilizavam dieta enteral via sonda nasogástrica ou jejunostomia e 78% faziam uso de dieta por via oral.

Referente aos cuidadores, 30% dos pacientes possuía um cuidador, 36% 2 cuidadores, 16% 3 cuidadores e 18% 4 ou mais cuidadores. Quanto ao grau de parentesco dos cuidadores em relação ao paciente, 40% eram filhos, 28% cônjuges, 14% irmãos e os demais eram parentes próximos.

Na avaliação dos aspectos socioeconômicos, a maioria dos pacientes (98%) relatou morar com a família, metade deles era provedor da casa antes de adoecerem. Em 80% dos casos a moradia era própria e 74% recebiam algum tipo de auxílio doença ou aposentadoria. A média da renda familiar foi entre 2 a 3 salários mínimos em 60% dos casos.

De acordo com a escala de Zubrod (ECOG), no primeiro atendimento, 48% dos casos foram classificados com PS3 e 14% com PS1. Em contrapartida, no retorno, os números obtidos foram 32% com PS3 e 28% com PS1.

Conforme dados obtidos com o questionário de QV aplicado nos atendimentos (Tabelas 1 e 2), o número de pacientes que não apresentaram dificuldade para dar um passeio aumentou (p = 0,004). A porcentagem de indivíduos que não precisaram de qualquer ajuda para comer ou tomar banho subiu de 30% para 40%, e dos que precisaram de muita ajuda reduziu de 28% para 10%. Quanto à dificuldade para dormir, no início 60% relataram nenhuma dificuldade, no retorno 72% dos pacientes estavam sem queixas quanto ao sono. Os sintomas fraqueza e cansaço apresentaram resultados relevantes, aumentando o relato de ausência de fraqueza (p = 0,003) e ausência de cansaço (p = 0,005) no segundo atendimento. A porcentagem de pacientes que relataram não ter falta de apetite, quase dobrou no retorno ambulatorial, aumentando de 30% para 56% (p < 0,001). No início, o uso de complemento alimentar foi relatado por 58% dos pacientes, com redução no uso para 38% no retorno. Quanto a presença de dor atrapalhando ou interferindo nas atividades diárias do pacientes, no início, 40% dos pacientes relataram que atrapalhava bastante e 20% referiram muito, diminuindo para 10% e 6%, respectivamente no retorno. Houve aumento na porcentagem de pacientes em que a dor atrapalhou apenas um pouco as atividades diárias (16% para 50%).

Na primeira consulta a quantificação da dor, com base na escala de zero a 10, foi de 22% dos pacientes com ausência de dor, 8% dor leve, 40% dor moderada e 26% dor intensa (Tabela 3). No retorno, ausência de dor foi

Tabela 1 – Questionário para pacientes oncológicos em cuidados paliativos EORTC QLQ-C15-PAL[7] (n = 50 pacientes) – primeiro atendimento

	Não (%)	Um pouco (%)	Bastante (%)	Muito (%)
Dificuldade para dar um passeio	16	18	28	38
Durante o dia, precisa ficar na cama	22	10	36	32
Ajuda para comer, banho, vestir, ir ao banheiro	30	26	16	28
Falta de ar	64	16	16	4
Dificuldade para dormir	60	8	26	6
Sentiu-se fraco	10	32	46	12
Falta de apetite	30	18	28	24
Enjoos	50	30	14	6
Ficou com o intestino preso	64	10	6	20
Cansaço	28	24	38	10
Dor atrapalhou atividades diárias	24	16	40	20
Depressão	30	22	30	16

Tabela 2 – Questionário para pacientes oncológicos em cuidados paliativos EORTC QLQ-C15-PAL[7] (n = 50 pacientes) – segundo atendimento

	Não (%)	Um pouco (%)	Bastante (%)	Muito (%)
Dificuldade para dar um passeio	22	34	18	26
Durante o dia, precisa ficar na cama	24	20	30	26
Ajuda para comer, banho, vestir, ir ao banheiro	40	24	26	10
Falta de ar	64	22	6	6*
Dificuldade para dormir	72	20	4	2*
Sentiu-se fraco	24	40	24	10
Falta de apetite	56	24	10	10
Enjoos	68	24	6	2
Ficou com o intestino preso	70	14	4	12
Cansaço	40	34	18	8
Dor atrapalhou atividades diárias	34	50	10	6
Depressão	48	26	18	2**

*1 paciente não soube responder
** 3 pacientes não souberam responder.

de 40%, dor leve 16%, dor moderada 38% e dor intensa 4%. No primeiro atendimento, dois pacientes não souberam quantificar e no segundo, apenas um paciente. O valor médio da intensidade da dor no início foi de 4,85 e no retorno o valor reduziu para 2,73 (p = 0,001).

Em relação à qualidade de vida global, utilizando a escala de 1 (vida péssima) a 7 (vida ótima) encontrada no QLQ-C15-PAL da EORTC[7], no início, o valor médio de pontuação referida foi de 4,32, enquanto que no retorno subiu para 5,67 (p = 0,001), com aumento no número de pacientes que relataram valor 7.

Tabela 3 – Classificação da dor atribuída pelos pacientes

Classificação da dor	1º Atendimento	2º Atendimento
0 – ausência de dor	22% (11)	40% (20)
1	0	2% (1)
2	4% (2)	8% (4)
3	4% (2)	6% (3)
4	8% (4)	10% (5)
5	20% (10)	16% (8)
6	4% (2)	8% (4)
7	8% (4)	4% (2)
8	10% (5)	2% (1)
9	6% (3)	0
10	10% (5)	2% (1)

Tabela 4 – Sintomas e queixas gastrintestinais prevalentes

Sintomas Apresentados/ Queixas	Primeiro Atendimento	Segundo Atendimento
Inapetência	38%	12%
Redução do apetite	34%	10%
Aumento do apetite	4%	48%
Disgeusia	34%	16%
Xerostomia	58%	40%
Candidíase oral/mucosite	44%	16%
Plenitude gástrica	22%	16%
Pirose	10%	14%
Náuseas	44%	16%
Vômitos	20%	6%
Disfagia	26%	16%
Odinofagia	14%	4%
Diarreia	12%	2%
Obstipação	36%	24%

A presença de sintomas e as queixas gastrintestinais referidas em ambos os atendimentos estão listadas na tabela 4. O uso de medicamentos e aderência as orientações dietéticas fornecidas, foram constatadas em 80% dos casos, dentre eles, 87% relataram haver melhora dos sintomas. Houve aderência parcial as orientações médicas ou dietoterápicas em 5 pacientes, destes, 3 relataram melhora dos sintomas. Outros 5 pacientes não seguiram as orientações fornecidas.

Quanto aos medicamentos prescritos e utilizados que interferiram de alguma maneira no consumo alimentar ou no funcionamento gastrintestinal (Gráfico 1), foi constatado maior número de pacientes em uso de opioides, seguido por aqueles em uso de prócineticos. Corticoide foi utilizado em 46% dos casos, laxativos em 44% e apenas 2% dos pacientes fizeram uso de estimulante do apetite.

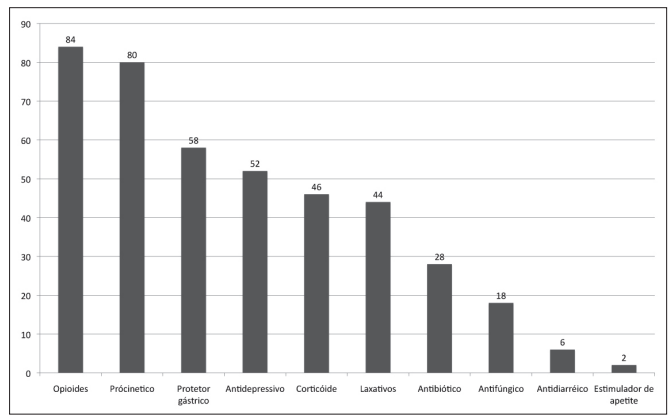

Gráfico 1 – Medicamentos utilizados pelos pacientes

DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos priorizam o cuidado com o paciente, os familiares e os cuidadores, objetivando fornecer a todos QV[10]. Deste modo, é importante que durante o atendimento, não somente os sintomas, mas os aspectos socioeconômicos sejam abordados para melhor tratar o indivíduo como um todo.

Os problemas sociais e a incapacidade de manter o emprego são questões desafiadoras para os pacientes com câncer e para seus familiares[2]. Neste estudo, metade dos pacientes eram os provedores da família antes de adoecerem, e após a descoberta da doença 74% deles receberam algum tipo de auxílio doença ou aposentadoria. Em outra pesquisa realizada com cuidadores de 53 pacientes oncológicos paliativos evidenciou que 56% dos pacientes contribuíam parcialmente na renda familiar e 26% eram provedores[11].

Na presente pesquisa a maioria residia em casa própria, contudo, o valor recebido pela aposentadoria ou auxílio doença, além de ser de usado para o paciente, auxiliou no sustento da família. O cuidador principal frequentemente precisou abdicar do emprego para auxiliar nos cuidados. É possível observar que o paciente preservou a ajuda na renda familiar, atitude que permitiu a ele se sentir útil e

capaz de continuar contribuindo financeiramente. Tais fatores são de extrema relevância, à medida que as dificuldades financeiras podem interferir na vida do paciente.

Independente do número de cuidadores, a renda familiar prevalente foi de 2 a 3 salários mínimos, porém houve diferença em relação a QV. Aqueles que possuíam 3 ou mais cuidadores relataram melhor QV conforme as notas atribuídas. Na escala de 1 a 7, dentre os pacientes que possuíam 3 cuidadores, 54% apresentou QV igual a 4. Em relação aos pacientes que contavam com auxílio de até 2 cuidadores, 47% relatou o valor de QV 4. A sobrecarga de trabalho física e emocional do cuidador, que em geral assume diversas funções, pode refletir na vida do paciente[11], por este motivo, a existência de mais de um cuidador permite a distribuição de afazeres, transmitindo indiretamente tranquilidade ao paciente, que também se preocupa com o bem estar dos familiares. Na medida em que as preocupações diminuem, a vida se torna melhor. Em trabalho realizado com 62 pacientes paliativos, 45,15% relatou que o aspecto mais importante na escolha do tratamento é a QV a curto e longo prazo, seguido da eficácia do tratamento a ser utilizado[1].

A QV também está relacionada com a autonomia do paciente. A presença da dor interfere na capacidade funcional, limita a realização de atividades habituais levando a maior dependência do paciente em relação ao cuidador. Os resultados da escala de PS, demonstraram diferença significativa nos dois momentos ($p = 0,002$), com redução no número de pacientes classificados com PS3 e aumento daqueles com PS1. Dos classificados com PS3 na primeira avaliação, no retorno, 45% dos pacientes tinham redução da dor, 54% aumento do apetite, 45% melhora na capacidade de dar um passeio a pé. Os classificados com PS1 no início apresentaram igualmente melhora destes mesmos sintomas com respectivamente 71%, 57%, 50% dos pacientes no retorno. A manutenção da autonomia permitiu ao indivíduo a realização de atividades rotineiras como conversar, visitar os amigos, apreciar refeições junto aos familiares, obtendo alegria decorrente do convívio com os familiares, reduzindo o sofrimento e o desconforto causado pela doença.

O sintoma frequentemente relatado e priorizado é a dor por causar incapacidade e sofrimento ao paciente, podendo ser devida ao tumor primário, às metástases, à terapia antineoplásica e aos métodos de investigação[8,12]. Na presente pesquisa houve diferença significativa entre a quantificação da intensidade da dor relatada entre os dois atendimentos, com redução de dor moderada no primeiro atendimento para dor leve no segundo.

A dor relacionada ao câncer acomete entre 20% e 50% dos pacientes no início do tratamento e naqueles com doença avançada chega a 90%[5,13]. Em estudo, realizado com 92 pacientes com doença oncológica avançada, foi observado queixa álgica em 62%, e destes, presença de dor moderada em 67%[14]. Valores similares foram obtidos no presente estudo. Houve ocorrência de dor moderada a intensa no primeiro atendimento em 66% dos casos. Dos pacientes com queixa de dor, 60% referiram que esta atrapalhava bastante e/ou muito a realização de atividades diárias, e 46% relataram bastante e/ou muito deprimidos. Com a redução da intensidade da dor no segundo atendimento apenas 16% mantiveram queixa de interferência da dor nas atividades diárias e 20% depressão. Os resultados sugerem existir uma relação entre a dor e a depressão em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, impossibilitando a realização de atividades habituais básicas.

A presença da dor tem impacto negativo na ingestão alimentar do indivíduo, que se priva da alimentação por esta desencadear ou exacerbar o sintoma mal controlado. Outros sintomas gastrintestinais também podem estar presentes em decorrência da doença ou como efeito colateral do tratamento medicamentoso utilizado. Durante o primeiro atendimento houve queixa de inapetência em 38% dos pacientes, redução do apetite 34%, náuseas 44%, vômitos 20%, disgeusia 34%, xerostomia 58% e presença de candidíase oral/mucosite em 44%. O uso dos medicamentos para controle da dor incluiu opioides e não opioides, que produzem efeitos colaterais como xerostomia, disgeusia, náuseas e principalmente constipação intestinal[13], já observada em 36% dos pacientes no primeiro atendimento. A terapia medicamentosa antálgica incluiu o uso de opioides em 84% dos pacientes (Gráfico 1). Diante do conhecimento prévio dos efeitos colaterais possíveis de tais medicamentos, os pacientes receberam as orientações dietoterápicas individualizadas precocemente para auxílio na ingestão alimentar e controle dos sintomas. Para aqueles que iniciaram o uso de opioides, e que apresentavam queixa de constipação intestinal, foi estimulado o consumo de alimentos laxativos. O uso de antidepressivos foi acompanhado das orientações para o manuseio da xerostomia, sintoma igualmente apresentado com o uso de opioides. Dificuldade para deglutir e falar, alterações do paladar, maior risco de infecções e cáries dentárias são implicações da xerostomia, que limitam a escolha e o consumo de alimentos[15].

No segundo atendimento da atual pesquisa, houve redução na queixa de todos os sintomas apresentados, especialmente inapetência, redução do apetite, disgeusia, candidíase oral/mucosite e náuseas ($p = 0,01$). O relato de aumento do apetite subiu de 4% para 48% ($p < 0,001$), e a queixa de xerostomia e obstipação reduziu para 40% e 24%, respectivamente. O aumento do ape-

tite repercutiu na redução do complemento alimentar. À medida que o paciente consegue se alimentar melhor, o mesmo prefere a alimentação similar a do restante da família, substituindo o uso de complementos. A melhora do apetite favorece indiretamente a socialização, possibilitando que ele sente a mesa para realizar as refeições junto à família e amigos.

O atendimento médico e nutricional simultâneo permite a interação entre os profissionais quanto a escolha da terapia medicamentosa e dietoterápica adequada a cada paciente, diminuindo os efeitos colaterais possíveis das medicações. A intervenção precoce nutricional permite que haja melhor controle dos sintomas, do tipo de dieta ofertada e do volume de alimentos.

A melhora dos sintomas reflete diretamente na capacidade funcional do paciente, que realiza suas atividades habituais sem depender exclusivamente do cuidador, trazendo conforto e auxiliando na busca pela sensação de bem estar.

Conforme quantificado no início, o valor médio da qualidade de vida global atribuída pelos pacientes foi de 4,32 com aumento significativo para 5,67 ($p < 0,001$). Dentre os 40 pacientes que aderiram as orientações, 67% afirmaram melhora da QV e 25% mantiveram a quantificação atribuída no início. Em um trabalho com metodologia similar, realizado com pacientes oncológicos paliativos encaminhados ao atendimento domiciliar, 52,3% apresentaram melhora da QV entre os atendimentos[12].

A intervenção multidisciplinar e interdisciplinar em pacientes oncológicos em cuidados paliativos visa tratar o indivíduo como um todo, controlar a dor e os demais sintomas decorrentes da neoplasia, promover sua autonomia e fornecer assistência à família.

CONCLUSÃO

A intervenção conjunta médica e nutricional contribuiu diretamente para o controle dos sintomas, permitindo a discussão quanto à conduta individualizada, promovendo o controle adequado da dor, aumento da ingestão alimentar e auxiliando o paciente oncológico em cuidados paliativos a viver com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Diniz RW, Gonçalves MS, Bensi CG, et al. Awareness of cancer diagnosis does not lead to depression in palliative care patients. Rev Assoc Med Bras 2006;52(5):298-303.
2. da Silva RC, Hortale VA. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. Cad Saude Publica 2006;22(10):2055-66.
3. Acreman S. Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs 2009;14(10):427-31.
4. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiq Clin 2007;34(Suppl 1):82-7.
5. Da Silva YB, Pimenta CA. Analysis of nursing registries of pain and analgesia in hospitalized patients. Rev Esc Enferm USP 2003;37(2):109-18.
6. Melin-Johansson C, Odling G, Axelsson B, et al. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. Palliat Support Care 2008;6(3):231-8.
7. Chow E, Hird A, Velikova G, et al; EORTC Quality of Life Group; Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation. The European Organization for Research and Treatement of Cancer Quality of Life Questionnaire for patients with bone metastases: the EORTC QLQ-BM22. Eur J Cancer 2009; 45(7):1146-52.
8. de Carvalho PAG, Pereira Jr AJA, Negreiros WA. Avaliação da dor causada pela mucosite oral em pacientes oncológicos. Rev Dor 2009;10(1):47-50.
9. INCA/MS. Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Sintomas. Rev Bras Cancerol 2002;48(2):191-211.
10. Salamonde GL, Verçosa N, Barrucand L, et al. Clinical and therapeutic analysis of oncology patients treated at the Pain and Palliative care Program of the Hospital Universitário Clementino Fraga Filho in 2003. Rev Bras Anestesiol 2006;56(6):602-18.
11. De Araújo LAS, De Araújo CZS, Souto AKBA, et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Rev Bras Enferm 2009;62(1):32-7.
12. Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston-Johansson F, et al. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. Eur J Cancer Care 2010;19:243-50.
13. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol 2007;53(3):317-23.
14. Pimenta CA, Koizumi MS, Teixeira MJ. Chronic pain and depression: study of 92 patients. Rev Esc Enferm USP 2000;34(1):76-83.
15. Benarroz Mde O, Faillace GB, Barbosa LA. Bioethics and nutrition in adult patients with cancer in palliative care. Cad Saude Publica 2009;25(9):1875-82.

Apresentado em 13 de outubro de 2010.
Aceito para publicação em 03 de dezembro de 2010.