CIENTÍFICIDADES
ARTIGOS DE REVISÃO
NUTRÍCIAS

Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos

Nutritional Support in Palliative Care

CÍNTIA PINHO-REIS[1]

RESUMO

A presente revisão sistematiza o conhecimento actual e global relativo ao Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos no que se refere ao significado da alimentação, aos objectivos, à avaliação nutricional, aos tipos de suporte nutricional e às considerações éticas inerentes a esta área do cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, Suporte nutricional, Alimentação, Nutrição, Hidratação, Considerações éticas

ABSTRACT

The review focus on the current and global knowledge on Nutritional Support in Palliative Care regarding the meaning of food, goals, nutritional evaluation, types of nutritional support and the ethical considerations related to this caring area.

KEYWORDS: Palliative care, Nutritional support, Feeding, Nutrition, Hydration, Ethical considerations

INTRODUÇÃO

Os avanços da medicina ao longo do século XX, o aumento da longevidade e da prevalência das doenças crónicas e progressivas contribuíram para um aumento significativo de doentes fora das possibilidades terapêuticas de cura, o que originou a necessidade da existência de Cuidados Paliativos (CP). Os CP são cuidados activos, coordenados e globais prestados a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e a sua Qualidade de Vida (QV), através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (1,2), auxiliando o doente a viver a sua doença da forma mais activa possível (3). São um tipo de cuidados que se regem pelos princípios de: afirmação da vida aceitando a morte como um processo natural, que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica (2,4,5); prestação de cuidados inter (1) e multidisciplinar (1,2,4), individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa respeitando valores, crenças, práticas culturais e religiosas do doente (1). Inicialmente, este tipo de cuidados era apenas destinado a doentes com doença oncológica avançada (3,6,7). No entanto, actualmente todos os doentes com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado devem ter acesso a CP (3,4,6,7). No âmbito dos CP, o Nutricionista desempenhará um papel fundamental (8), uma vez que, devido aos tratamentos ou à própria evolução da doença de base, os doentes experimentarão sintomas que afectam não só a via de alimentação, o seu apetite e a utilização de nutrientes mas também o acto de consumir e obter prazer através da alimentação (3). O Suporte Nutricional (SN) deverá possibilitar não só os meios e as vias de alimentação necessários como também o controlo de sintomas relacionados com a alimentação sem esquecer todas as considerações éticas e o significado que a alimentação adquire para o doente e sua família em CP (8).

1. Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos

Ao abordar-se o tema SN em CP torna-se, em primeiro lugar, necessário explorar e compreender o significado que a alimentação adquire neste contexto para o doente e sua família. A alimentação desempenha um papel central na vida do doente (6,7) pois é detentora de uma função fisiológica e psicológica (3,6) assente num significado emocional e simbólico que inclui valores culturais (3,5,6), sociais (5-7,9-11), religiosos (5,6) e espirituais (3,6). Devido à evolução da doença de base, os doentes confrontam-se com inúmeras perdas ao nível da alimentação. Essas perdas, poderão ir desde a incapacidade de sentir o sabor, deglutir, digerir os alimentos e absorver nutrientes de forma adequada (12) até à perda da capacidade do doente se auto-alimentar, de manejar a palamenta e de utilizar a via oral (13,14). Eventualmente, todas estas alterações poderão transformar as refeições num momento desconfortável e levar o doente à depressão, ao isolamento social (13,14), à perda de confiança e da auto-estima (12), à recusa alimentar e consequentemente à perda de peso (13,14) e desnutrição. No que diz respeito à família, a importância da alimentação aumenta à medida que a doença progride (6). A alimentação constitui a única forma de transmitir vida, cuidado e afecto (6), pelo que, todas as alterações mencionadas anteriormente assim como as suas consequências, poderão ser entendidas como o aproximar da morte. Em alguns casos, a recusa alimentar chega a ser entendida pela família como o desejo do doente precipitar a sua própria morte (14). Assim, numa tentativa de reverter essa situação, a alimentação poderá ser forçada, causando conflitos e desconforto no seio familiar (3). É também importante referir que nos casos em que se torna necessário proceder à suspensão da alimentação, a família poderá considerar que isso significa o abandono e o precipitar da morte do doente (6). Sendo assim, o Nutricionista poderá mediar todas estas situações através de uma abordagem nutricional centrada no doente e na família (13), enfatizando que apesar das alterações impostas pela doença é possível obter prazer, conforto, QV e usufruir das situações de convivência social proporcionadas pela alimentação (13,14).

2. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos

2.1. Objectivos

O objectivo global do SN em CP é contribuir para a diminuição do desconforto (3,5,6,8,15-17), melhorar a QV (3,5,6,15-19) e o bem-estar geral de saúde (3,5,6,18) através do apoio emocional, comunicação



[1] Nutricionista, Instituto Saúde Norte

Correspondência para Cíntia Pinho-Reis: Rua Dr. Eduardo Torres, n.º 1785 4.º B, 4460-301 Senhora da Hora
cintia.vp.reis@gmail.com

Recebido a 07 de Novembro de 2012
Aceite a 22 de Dezembro de 2012

empática (10) e controlo de sintomas associados à alimentação e nutrição do doente (9,18,20) (como por exemplo: anorexia, náuseas, odinofagia, obstipação, disfagia, mucosite, xerostomia, hipogeusia, entre outros) (5,8). Pretende-se assim adiar a perda de autonomia (18,20) e garantir uma sobrevida digna (8,15). Para além do objectivo global supracitado, existem outros objectivos que se revelam de extrema importância, mas que poderão não ser os mesmos para todos os doentes e poderão sofrer alterações à medida que a doença progride (3). Esses objectivos consistem em: prevenir quadros de desnutrição desnecessários (13); assegurar que o doente recebe nutrição suficiente para restaurar ou manter o estado nutricional (3,12); reduzir o possível risco de infecção (3,18) e promover simultaneamente a cicatrização de feridas e a reparação de tecidos (3).

2.2. Avaliação Nutricional

A avaliação nutricional precede qualquer prescrição de SN. Para além da informação relativa ao diagnóstico e sobrevida esperada (17), de uma forma geral em CP, a avaliação nutricional deve incluir: dados antropométricos (13,15,18) (altura, peso, índice de massa corporal, percentagem de perda de peso) (14); dados laboratoriais (13-15,18); o exame físico (14); a avaliação dos sintomas relacionados com a alimentação (13); a realização da anamnese alimentar (13,15,18,21) (história alimentar com valorização dos hábitos, preferências e intolerâncias alimentares) (17); a avaliação das alterações recentes na ingestão alimentar e da atitude psicológica face à alimentação. Deverá também ser feita a avaliação do contexto social e familiar de suporte (saber quem confecciona as refeições e qual o grau de autonomia do doente) (14). Contudo, torna-se imprescindível estabelecer a pertinência/futilidade de cada um dos parâmetros a empregar (3,15), uma vez que, no caso de gerarem desconforto físico ou emocional para o doente, nem todos poderão ou deverão ser utilizados (15).

2.3. Tipos de Suporte Nutricional

2.3.1. Alimentação Oral

Em CP, sempre que possível, deve privilegiar-se a alimentação pela via oral (6,7,15,22,23). Neste âmbito, devem ser oferecidos os alimentos preferidos do doente (6). É importante assegurar que as refeições são realizadas num ambiente agradável e calmo com flexibilização da rotina alimentar (3,24). O doente deve ser encorajado a interagir socialmente às refeições, de forma a torná-las mais prazerosas (3,12). Devem ser aconselhadas estratégias de posicionamento e definida qual a palamenta mais adequada. A apresentação do prato deverá manter a atractividade através da utilização de formas e da mistura de alimentos (13). Caso seja necessário complementar a ingestão nutricional de base, nomeadamente a nível energético e proteico, a utilização de suplementos nutricionais orais poderá ser útil (3). De forma a facilitar a sua aceitação, estes sempre que possível devem ser servidos fora das embalagens de origem e de forma apelativa (3). Como já referido anteriormente, o controlo dos sintomas relacionados com a alimentação é de extrema importância já que estes diminuem a QV e o conforto do doente, afectando bastante a sua alimentação. Assim, é necessário proceder ao aconselhamento alimentar específico para cada um desses sintomas (Tabela 1). É importante salientar que poderá surgir mais do que um sintoma (5) e que, neste caso, as recomendações deverão ser adaptadas.

TABELA 1: Aconselhamento alimentar específico no controlo de sintomas relacionados com a alimentação

Sintomas	Aconselhamento Alimentar	Referências
Anorexia	- Fazer refeições pequenas, nutricionalmente densas, mais frequentes e em intervalos regulares - Enriquecer o valor nutricional dos alimentos com manteiga, mel ou açúcar - Evitar alimentos ácidos e quentes - Utilizar pratos pequenos e com boa apresentação	8,17,24
Náuseas e Vómitos	- Evitar os odores dos alimentos no momento das refeições - Fraccionar e mastigar lentamente as refeições - Comer alimentos secos, com baixo teor em gorduras, não condimentados e pouco doces, frios ou à temperatura ambiente - Beber líquidos pouco açucarados, não gaseificados, frios ou gelados, em pequenos volumes de cada vez, preferencialmente no intervalo das refeições - Descansar após as refeições	8,17,24
Odinofagia	- Optar por alimentos pastosos, frios ou mornos - Evitar alimentos rugosos, ácidos e especiarias - Mastigar e deglutir lentamente	17,24
Disfagia para líquidos	- Os líquidos devem estar frios ou à temperatura ambiente - Adaptar a consistência dos líquidos (gel, xarope ou pudim) ao grau de disfagia - Deglutir lentamente, evitando distracções	14
Disfagia para sólidos	- Adaptar a consistência (mole, pastosa) e a textura dos alimentos (macia, húmida e moída ou homogénea) ao grau de disfagia - Mastigar e deglutir lentamente, evitando distracções - Complementar a ingestão alimentar de base com recurso a suplementos nutricionais modulares	13, 14
Obstipação	- Ingerir um líquido 30 minutos antes da hora habitual do funcionamento intestinal - Aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras - Evitar o consumo excessivo de fibra quando existe risco de oclusão intestinal ou desidratação prévia - Aumentar o aporte de líquidos, evitando a ingestão de chá preto e bebidas doces	8,17,24
Saciedade precoce/enfartamento	- Fazer refeições pequenas e frequentes - Reduzir o consumo de alimentos com elevado teor de gordura ou fibras - Ingerir líquidos no intervalo das refeições	8,17,24
Xerostomia	- Fraccionar as refeições - Optar por uma dieta predominantemente líquida, liquefeita, mole ou pastosa - Ingerir líquidos ligeiramente ácidos - Utilizar cubos de gelo aromatizados ou de fruta congelada - Manter os lábios humedecidos e utilizar saliva artificial, se adequado - Mastigar pastilhas elásticas sem açúcar	8,15,17,19
Mucosite	- Manter uma boa higiene oral e evitar estímulos dolorosos - Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e gaseificadas, alimentos quentes, frios ou muito condimentados - Utilizar talheres de sobremesa e palhinha	17
Hipogeusia/alteração de paladar	- Melhorar o sabor e o odor dos alimentos através da utilização de molhos, ervas aromáticas e especiarias - Ingerir alimentos e bebidas frias ou à temperatura ambiente, ligeiramente ácidos - Caso exista aversão à carne, substituí-la por outras fontes proteicas (peixe, ovo, iogurte, entre outros alimentos ou suplementos nutricionais orais, se adequado) - Utilizar louça e talheres de plástico na presença de sabor metálico	8,17,24
Diarreia	- Não ingerir alimentos ricos em gordura e que provoquem flatulência nem bebidas alcoólicas, gaseificadas ou cafeína - Optar por alimentos isentos de fibras e lactose - Aumentar o número de refeições e de líquidos à temperatura ambiente e no intervalo das refeições	8,17,24

2.3.2. Nutrição e Hidratação Artificiais (NHA)

Nutrição Entérica (NE)

A NE está indicada para doentes cujo tracto gastrointestinal se encontra funcionante mas cuja ingestão oral é insuficiente para atingir as necessidades nutricionais (18,22). Em CP, a instituição de NE requer a selecção de doentes com base na sobrevida e QV esperadas (21). Apesar da NE poder ser benéfica para outras patologias onde os critérios mencionados anteriormente se verifiquem, alguns autores afirmam que a NE tem-se demonstrado benéfica para doentes com doença do neurónio motor (13,14,22), esclerose múltipla (22), tumores localizados na região da cabeça e do pescoço ou no esófago (20,22). No que diz respeito ao tipo de dispositivo de NE a utilizar, o uso de gastrostomia endoscópica percutânea tem-se generalizado, contudo a sua utilização requer uma avaliação individualizada de cada caso, com base na situação clínica, prognóstico, questões éticas, desejos e efeitos na QV do doente (25). Para além disso, o uso de gastrostomia endoscópica percutânea está também contra-indicado nos casos de hipertensão portal, ascite, sépsis, úlceras gástricas e cirurgia gástrica prévia (17). Relativamente aos efeitos adversos, poderá ocorrer aspiração, náuseas, vómitos, diarreia (3), entre outros. É também essencial ter em consideração que a utilização de gastrostomia endoscópica percutânea não deverá consistir numa medida simbólica ou terminal em doentes com prognóstico desfavorável, doença incurável, pelo que é raramente indicada para doentes com sobrevida curta ou demência em fase avançada (25). A colocação de gastrostomia endoscópica percutânea deverá ser considerada o mais precocemente possível em caso de doença prolongada, de forma a travar a deterioração do estado nutricional e estabilizar ou melhorar a QV (25). É também fundamental ter em atenção que num doente a quem foi colocado este tipo de dispositivo de NE, os mecanismos fisiológicos e psicológicos do controlo do apetite são ultrapassados. Assim, é necessário que se respeite os seus desejos relativamente ao volume, à hora e ao tipo de administração (13,14,17), sendo que no caso de o doente estar impossibilitado de comunicar, a avaliação do resíduo gástrico constitui um instrumento útil. A instituição de NE deverá estar sempre de acordo com os restantes tratamentos paliativos e, se eventualmente a NE diminuir a QV, esta ao ser fútil, deverá ser suspensa (13).

Nutrição Parentérica (NP)

A instituição de NP beneficia doentes com tracto gastrointestinal não funcionante (3,17,22) e que estejam impossibilitados de usufrir de NE (17). Alguns autores afirmam que a NP poderá desempenhar um papel benéfico em doentes cuidadosamente seleccionados (3,9) com base na sobrevida e QV esperadas (21). Para além disso, o doente deverá possuir boa capacidade funcional, o *Karnofsky Performance Status* deverá ser superior a 50% ou o *Performance Status* inferior a 2 (17). Apesar da NP poder ser benéfica para outras patologias onde estes critérios se verifiquem, alguns autores afirmam que a NP tem-se demonstrado uma boa opção para doentes com ileus paralítico, do foro ginecológico com metástases associadas a obstruções do tracto gastrointestinal e doentes com cancro no tracto digestivo alto (18). Em doentes com sobrevida inferior a quatro semanas, com doença de Alzheimer em fase avançada ou demência vascular, a utilização de NP deverá resultar numa reflexão interdisciplinar cuidadosa (26). A instituição de NP em doentes com demência é ainda controversa já que os estudos existentes sobre o efeito deste tipo de SN nesta população são limitados. De todos os tipos de SN a NP é o menos utilizado (6,20) pois não só é menos fisiológica (3,18,21) e os custos associados mais elevados (3,16-18,21,22) como também poderão ocorrer complicações tais como: infecção (3,16,18,20,22), sépsis (16,18), trombose venosa (3,16,20), hiper (3,18,22) e hipoglicemia (3,16,20), entre outros. Como a prioridade máxima será aumentar a QV do doente, a instituição de NP deverá estar de acordo com outros tratamentos paliativos (26).

Hidratação

Tal como na nutrição, sempre que possível, a hidratação deve ser feita através da via oral (6). No entanto, quando isso se torna impossível, a hidratação poderá ser administrada por via entérica (16), intravenosa (3,22), subcutânea (hipodermóclise) ou protóclise (27). Apesar de todas as vias de administração existentes, em CP (28) a hipodermóclise é a via mais adequada, pois em comparação com as outras vias mencionadas, tem-se revelado a que mais conforto e QV proporciona. É menos invasiva, de fácil manipulação e diminui o risco de ocorrer trombose ou hemorragia, apesar de poder ocorrer edema e esquimose (28,29). À medida que a doença progride e especialmente em fase agónica, a hidratação deve limitar-se apenas à administração diária de uma pequena quantidade de fluido (12,15) (que não deverá ultrapassar os 0,5-1,0 L) (30) e à humidificação da boca e dos lábios (11,12,15,17) (através de cubos de gelo ou saliva artificial, se adequado) (22,27). É importante referir que as decisões tomadas deverão ser individualizadas e baseadas nos desejos e necessidades do doente (6).

3. Considerações Éticas

De um modo geral, quando se institui o SN em CP devem ser salvaguardados os melhores interesses do doente. Assim, as decisões devem ser tomadas tendo em conta todos os aspectos éticos necessários (5), principalmente no que diz respeito aos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficiência (6,9,20) e justiça (3,6,9,22). O questionamento/reflexão destas temáticas ajudará o Nutricionista a evitar intervenções fúteis ou desconfortáveis (5) e a personalizar ainda mais a sua intervenção.

Actualmente, uma das áreas mais controversas ao nível do SN em CP é a NHA (3,5,6,8,10,22,29). Em alguns casos, a pedido do doente competente, poderá ocorrer a cessação voluntária de alimentação (6,8). Neste âmbito, todos os doentes têm o direito de recusar alimentação (5), desde que isso não precipite a morte mais rapidamente do que a própria evolução da doença. Noutros casos, é a própria equipa multidisciplinar que discute se a NHA deve ser iniciada, mantida ou suspensa (3,22). Para alguns autores, a NHA constitui um cuidado humano básico e, como tal, desde que o doente deseje e possa receber NHA, há a obrigação de lhe fornecer os meios necessários para que o possa fazer. Para outros constitui um tratamento médico (10,11,20,23) e, como tal, há circunstâncias em que é legítimo que não se iniciem, mantenham ou se interrompam (20). Neste contexto, alguns autores afirmam ainda que os doentes beneficiam em receber menos nutrição e hidratação. Há medida que a doença evolui, especialmente nas últimas 48 horas de vida, os doentes perdem o interesse em se alimentar e a alimentação poderá causar desconforto (5). Contudo, uma vez que ainda não se chegou a um consenso sobre estes temas, a prática actual do Nutricionista deverá consistir em ponderar toda a sua intervenção do ponto de vista dos riscos e benefícios, sendo que os benefícios do SN instituído deverão sempre superar os riscos. Todos os riscos e benefícios deverão ser discutidos antecipadamente com o doente e a sua família, tendo simultaneamente em conta os seus desejos e necessidades (3,5,6,10,11). O Nutricionista deverá ainda estar preparado para uma possível deliberação ética no seio da equipa multidisciplinar (6). Hoje em dia, sabe-se que o doente competente poderá manifestar a sua vontade de receber ou recusar NHA através de directivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital, ou de um procurador de cuidados saúde, através dos quais este manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não deseja receber, nomeadamente ao nível dos cuidados nutricionais caso não lhe venha a ser possível expressar a sua vontade autonomamente numa fase mais avançada da doença (9,10,31). No entanto, no caso de estas não existirem, deverá ser o Nutricionista a informá-lo sobre esta possibilidade (6). No caso de não existirem directivas antecipadas de vontade, o doente ser incompetente e de não ter existido recusa de NHA prévia a esse estado, essa vontade deverá prevalecer enquanto não existir razão para proceder de forma contrária (5).

ANÁLISE CRÍTICA E CONCLUSÕES

Para instituir o SN mais adequado em CP é primeiramente necessário que o Nutricionista aceite a filosofia e os princípios dos CP e reconheça o significado cultural, religioso, social, espiritual e complexo que a alimentação adquire neste contexto. O objectivo último do SN é garantir a melhoria da QV, pelo que os objectivos traçados deverão ser convenientemente adaptados e estar de acordo com as restantes terapêuticas paliativas, para que após uma avaliação nutricional rigorosa sejam postos em prática. No que diz respeito aos tipos de SN, sabe-se que a alteração da via de alimentação, da via oral para a artificial, constituirá certamente uma das alterações mais profundas nos hábitos do doente. Contudo, parece verificar-se uma grande escassez de estudos que descrevam os medos e expectativas dos doentes e suas famílias e que demonstrem o real risco, benefício e influência da NHA em doentes paliativos. Relativamente às considerações éticas, é de extrema importância desenvolver e incentivar a discussão em torno da NHA. Neste contexto é essencial ter em atenção que a existência de directivas antecipadas de vontade poderá alterar toda a concepção que o Nutricionista possui sobre como deveria ser a sua intervenção, pelo que é necessário que este se adapte a uma nova realidade e aja de acordo com os desejos do doente. Para além disso, importa salientar que todas as decisões ao nível do SN deverão ser tomadas no seio da equipa multidisciplinar para que os tratamentos paliativos

adoptados sejam concordantes entre si e o doente/família possam beneficiar, numa fase tão importante das suas vidas, de cuidados de saúde de qualidade Conclui-se assim que ao nível do SN em CP existe ainda muito trabalho a ser feito, no sentido de colmatar as lacunas anteriormente apontadas e a auxiliar o Nutricionista a personalizar ainda mais a sua intervenção, a enriquecer a sua formação e a definir as suas competências específicas nesta área.

AGRADECIMENTOS

A todos os doentes paliativos que cruzaram o meu caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. 1.ª Série – N.º 172 – (2012/09/05):5120-5124
2. Neto IG. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 1-42
3. Holmes S. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. Nursing Standard 2010; 25(1):48-56
4. Pastrana T, Jünger S. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliative Medicine 2008;22:222-232
5. Eberhardie C. Nutrition support in palliative care. Nursing Standard 2002; 17(2):47-52
6. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding. Journal of the American Dietetic Association 2008;108(5):873-882
7. Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. Proceedings of the Nutrition Society 2004;63:427-429
8. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009;25(9):1875-1882
9. Easson AM, Hinshaw DB, Johnson DL. The Role of Tube Feeding and Total Parenteral Nutrition in Advanced Illness. Journal of the American College of Surgeons 2002;194(2):225-228
10. Fernández-Roldán AC. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. Nutrición Hospitalaria 2005;20(2):88-92
11. Slomka J. Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2003;70(6): 548-552
12. Da Silva DA, Santos EA, Oliveira JR. Atuação do Nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. Mundo da Saúde, São Paulo 2009;33(3):358-364
13. Reis C, Pinto I. Intervenção Nutricional na Esclerose Lateral Amiotrófica – Considerações Gerais. Revista Nutrícias 2012;14:31-34
14. Reis CVP. Suporte Nutricional na Esclerose Lateral Amiotrófica (Monografia). Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa. 2011. pp. 8-22. Disponível: Universidade Católica Portuguesa
15. Ministério da Saúde. Paciente Oncológico Adulto em Cuidados Paliativos. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer 2009; 53-64
16. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, Desport JC, Colomb V, Dieu L, et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). British Journal of Cancer 2003;89 (Suppl 1):S107-S110
17. Santos J. Abordagem Nutricional no Doente Oncológico Paliativo (Monografia). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2011. pp. 4-34. Disponível em: Universidade do Porto
18. Caro MMM, Laviano A, Pichard C, Candela CG. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutrición Hospitalaria 2007;22(3):337-350
19. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em Cuidados Paliativos. Acta Médica Portuguesa 2005;18:459-466
20. Tapiero AZ, Martínez EH. El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal. Dilemas éticos. Anales de Medicina Interna 2003;20(8):434-437
21. Barrera R. Nutritional Support in Cancer Patients. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 2002;26:S63-S71
22. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados paliativos – há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica 2008;6(4):150-155
23. Morss S. Enteral and Parenteral Nutrition in Terminally Ill Cancer Patients: A Review of the Literature. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2006;23(3):269-377
24. Gonçalves MJ, Rosado J, Custódio MP. Anorexia/Caquexia. In: Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p.181-189
25. Loser Chr, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clinical Nutrition 2005; 24:848-861
26. Sobotka L, Schneider SM, Berner YM, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin AF, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. Clinical Nutrition 2009; 28: 461–466
27. Ersek M. Artificial Nutrition and Hydration Clinical Issues. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2003; 5(4):221-225
28. Donnelly M. The benefits of hypodermoclysis. Nursing Standard 1999;13(52):44-45
29. Sasson M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique. American Family Physician 2001;64:1575-1578
30. Bennett J, Eidsness LM, Young S. Artificial Hydration and Nutrition: A Practical Approach to Discussion and Decision-Making. South Dakota Medicine 2008; Spec No:54-58
31. Decreto-Lei n.º 25/2012. Diário da República. 1.ª Série – N.º 136 – (2012/07/16):3728-3730