



# INGESTÃO DE CALORIAS E PROTEÍNAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL PAULO DE TARSO

Marcela Gomes Reis<sup>1</sup>  
Juan Bernard Nascimento dos Santos<sup>2</sup>  
Júlia Cristina Cardoso Carraro<sup>3</sup>

## RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) auxiliam a melhor qualidade de vida (QV) e tratamentos aos pacientes que apresentam uma patologia considerada como incurável. Esse novo campo, começou a ser reconhecido modificando a relação saúde e doença em busca por maior espaço, sendo adotado por hospitais de todo o mundo. Paralelo a isto, no que se refere à QV e ao prazer, a Nutrição pode atuar como fator significativo na constante reafirmação da importância dos CP no Brasil. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar se a adequação de calorias e proteínas na alimentação estava relacionada à melhor QV nos pacientes em CP. Foram avaliados 30 pacientes adultos e idosos, em CP, internados no Hospital Paulo de Tarso em Belo Horizonte. A QV destes foi avaliada por meio do questionário QLQ-C15-PAL e grau de CP: Escala de Desempenho Paliativo (PPS) e Escala Palliative Prognostic Index (PPI). A ingestão alimentar foi estimada através de um registro alimentar de 24 horas ou por avaliação da infusão de NE ou NP. Utilizou-se dados de peso, altura, IMC, perímetro braquial e da panturrilha, aferidos pela equipe de Nutrição Clínica. Da amostra, 50% era do sexo feminino e a idade média de 65,6 + 16,6 anos. Os pacientes classificados como baixo peso e menor perímetro da panturrilha apresentaram melhor QV, assim como o menor PPS. Em relação às subescalas do QLQ-C15-PAL, quando avaliadas de acordo com adequação calórica e proteica, apresentaram correlação positiva entre o percentual de adequação proteica e a perda de apetite. Conclui-se que a melhor adequação da ingestão de proteínas e calorias não esteve relacionada à melhor QV, e que esta associou-se a um pior estado nutricional e prognóstico. Dessa forma, foi possível observar que pacientes com maior grau de utilização de Cuidados Paliativos obtiveram uma melhor QV, evidenciando a sua eficácia.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Ingestão alimentar; Qualidade de Vida; Necessidades nutricionais; Fase Terminal.

## INTRODUÇÃO

### INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Sistema Único de Saúde, a partir da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos (CP) consiste na

<sup>1</sup> Nutricionista pela Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, reis.marcelanutri@gmail.com

<sup>2</sup> Médico nutrólogo, Mestre em Ciências do Esporte na Universidade Federal de Minas Gerais. – UFMG, Diretor do Instituto Mineiro de Nutrologia e Coordenador da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional do Hospital Paulo de Tarso (Belo Horizonte / MG), juanbernard@gmail.com.

<sup>3</sup> Professora orientadora adjunta de Nutrição Clínica (Dietoterapia e Ambulatório de Nutrição) do Departamento de Nutrição Clínica e Social, Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa, com doutorado "sanduíche" na Universidad de Navarra (Pamplona, Espanha), no Departamento de Ciencia de la Alimentación y Fisiología., Faculdade Ciências – Professora Adjunta da Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, julia.carraro@ufop.edu.br



assistência de uma equipe multidisciplinar, que promova aos pacientes e suas famílias a melhoria da qualidade de vida, a partir de uma doença que ameaça a vida, ocasionando o diagnóstico precoce, concomitantemente a prevenção e alívio do sofrimentos, além do tratamento de dor e sintomas relativos às dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais (BRASIL, 2002).

De acordo com Sousa et.al. (2013), o estado nutricional do paciente hospitalizado é diretamente influenciado pela conduta nutricional implementada, sendo que essas, empregadas com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional, influenciam diretamente nas respostas do paciente ao tratamento. Além disso, deve-se atentar à qualidade da alimentação, ao atendimento nutricional e à participação do paciente em seu tratamento alimentar e nutricional, de forma que se tornam fundamentais para a qualidade do atendimento hospitalar (DIEZ-GARCIA et. al., 2012).

No entanto, se por um lado a alimentação promove prazer e a melhora do estado nutricional associada a menores complicações clínicas, em determinadas circunstâncias pode ser uma fonte de sofrimento para o paciente, quando está associada à dor e a sintomas desagradáveis, como náuseas e vômitos. Desta maneira, não se sabe se a adequação das necessidades nutricionais em pacientes terminais representa um aspecto positivo ou negativo no que se refere à qualidade de vida do mesmo, justificando sua investigação. Assim, este trabalho pretende avaliar a associação da ingestão alimentar (e sua adequação às necessidades nutricionais) com a qualidade de vida em pacientes em cuidado paliativo, de forma a elucidar que o papel da Nutrição neste contexto pode auxiliar no conforto no fim da vida.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal realizado com amostra por conveniência com indivíduos em cuidados paliativos, internados no hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte - MG, entre os meses de Março e Junho de 2021.

Foram incluídos no estudo aqueles com idade maior de 20 anos, de ambos os sexos, com patologias determinantes incuráveis. Foram excluídos aqueles que possuíam indicativo de cirurgia ou prognóstico positivo e os que não tinham condições de responder aos questionários, pois não tinham a presença de um acompanhante.

Os voluntários e seus acompanhantes foram esclarecidos sobre os objetivos e possíveis benefícios previstos do estudo verbalmente e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo devidamente assinado por todos. Este estudo seguiu os princípios éticos



conforme Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 26414319.2.0000.5150).

### **1.1 Variáveis antropométricas**

As medidas antropométricas coletadas para o estudo foram: peso e altura aferidos ou estimados, perímetro braquial (PB) e da panturrilha (PP) e posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC). Além disso, em casos de edema foram realizados descontos a depender da localidade do mesmo. Tais medidas foram coletadas no prontuário dos participantes.

Os pontos de corte para classificação do IMC seguiram a recomendação da WHO (2000), no caso de adultos de 19 a 59 anos de idade, e os sugeridos por Lipschitz (1994), para idosos acima de 60 anos. Tanto adultos quanto idosos foram classificados em baixo peso, eutrofia e excesso de peso.

### **1.2 Avaliação Dietética**

A avaliação dietética foi realizada conforme a via de administração prescrita para o paciente. Para alimentação via oral, foi recolhido um registro 24 horas (solicitado previamente ao paciente ou a seu acompanhante) e a quantificação foi realizada por meio do software DietBox, no qual foram computados: ingestão calórica total (kcal) e de proteínas (g). Para alimentação via enteral ou parenteral, foram anotados os dados de velocidade de infusão e composição da fórmula (densidade calórica e teor de proteínas) para o cálculo da quantidade calórica e de proteínas infundida/dia. Logo, para o cálculo do percentual de adequação da ingestão dos pacientes, utilizou-se a seguinte fórmula (tanto para calorias quanto para proteínas):  $\frac{\text{Ingestão}}{\text{Necessidade}} \times 100$ .

### **1.3 Necessidades Nutricionais**

As necessidades nutricionais foram estipuladas a partir do diagnóstico nutricional do paciente associado com as doenças de base relacionadas, de acordo com a conduta nutricional da equipe de nutrição clínica do hospital. Foram utilizadas recomendações de 15 até 40 kcal/kg de peso corporal e de 1,0 a 2,0g de proteína/kg de peso corporal, a depender do paciente, de sua especificidade e das metas nutricionais.

### **1.4 Grau de utilização de Cuidados Paliativos**

Para avaliar o grau de utilização de Cuidados Paliativos estimou-se a atividade funcional do paciente em cuidados paliativos, por meio da Escala de Desempenho Paliativo do Victoria Hospice (PPS, versão 2), validada em português. Trata-se de uma escala de 11 pontos projetada para medir o status do desempenho dos pacientes em decréscimos de 10%. A escala varia de 100% (saudável) a 0% (morte), com base em cinco parâmetros observáveis: deambulação, habilidade de realizar atividades, autocuidado, ingestão de alimentos/líquidos e nível de



consciência (SPARGO, 2019). Este questionário era preenchido pelo próprio pesquisador por meio de observação e categorizado de 70 a 100% utilizado para pacientes estáveis, necessitando de um número reduzido de cuidados e auxílio para a realização das atividades básicas; 40 a 60%, apresentava uma condição transitória, que demanda cuidados e evidencia progressão da doença; e menor igual a 30%, para pacientes que apresentavam-se em estágio avançado, com capacidade funcional plenamente comprometida e necessitando de alguém que assuma seus cuidados (CLAYTON et al., 2007).

Foi utilizada ainda, para a avaliação de sintomas, a escala Palliative Prognostic Index (PPI), que inclui as seguintes variáveis: PPS, ingestão oral, presença de edema, dispneia em repouso e delírio, conforme sugerido por Pantano (2016). O total de pontos desta escala varia de 0 a 15, que classifica os pacientes nos grupos 3 (escore  $> 6$  = sobrevida superior a 6 semanas), 2 (escore  $> 4$  = sobrevida entre 3 e 6 semanas) e 1 (escore  $\leq 4$  = sobrevida menor que 3 semanas).

### **1.5 Avaliação Neurológica**

A avaliação neurológica foi utilizada para identificar o nível de consciência dos pacientes analisados, em que utilizou-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), desenvolvida por Teasdale e Jennett (1974), que considera a abertura ocular, reação motora e resposta verbal, para classificar o nível do trauma e sua reatividade aos testes.

### **1.6 Avaliação de Qualidade de Vida**

Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group QLQ-C15-PAL, que cobre 9 dos 10 problemas mais frequentes identificados nos registros médicos de pacientes admitidos em CP especializados (Groenvold et al., 2006). Esse método aborda os seguintes aspectos: físico e emocional, dor, fadiga, náusea/vômito, apetite, dispneia, constipação, dificuldades para dormir e qualidade de vida, de forma que maiores escores indicam maiores sintomas.

Todos os questionários específicos foram utilizados em versões adaptadas, previamente validadas e traduzidas para o português.

### **1.7 Demais variáveis**

As demais variáveis foram coletadas por meio de questionário pré-estruturado, com informações obtidas do prontuário clínico do paciente, como questões sociodemográficas (nome, naturalidade, residência atual, sexo, data de nascimento, estado civil, cor da pele), história clínica (data de admissão – para o cálculo do tempo de internação até a data da coleta, doença de base, e número de medicamentos analgésicos, opióides, analgésicos adjuvantes utilizados), sinais e sintomas. O estado civil foi classificado em com (casados e em união



estável) ou sem companheiro (solteiros, divorciados e viúvos). A cor da pele foi categorizada em branca e não branca (preta, parda) e as doenças de base foram classificadas em neurológicas, oncológicas e outras.

### **1.8 Análise Estatística**

Os dados obtidos foram tabulados, validados e analisados no programa SPSS versão 20.0 para Windows.

As variáveis contínuas foram descritas como média  $\pm$  desvio padrão ou mediana (mínimo e máximo), conforme normalidade dos dados e as categóricas como frequência relativa. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk. As diferenças de médias entre os grupos (sexo e doença de base) foram avaliadas por meio do teste T de Student ou Mann-Whitney (se dois grupos), ou ANOVA ou Kruskal-Wallis (se 3 grupos), de acordo com a distribuição dos dados. Análises de frequência entre variáveis categóricas foram conduzidas por meio do teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, em relação à maior ou menor qualidade de vida, sendo esta categorizada conforme a mediana dos resultados da subescala Qualidade de vida do QLQ-C15-PAL (33,33%). Correlações entre variáveis contínuas por meio de Correlações de Pearson ou Spearman (conforme distribuição dos dados). Para todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

A população do estudo foi composta por 30 pessoas, sendo 50% homens e 50% mulheres, com idade média de  $65,6 \pm 16,6$  anos. Destes, 63,3% não tinham companheiros e 83,3% relataram ser não brancos (pretos ou pardos).

O IMC apresentou mediana de  $21,81 \text{ kg/m}^2$  (10 - 46,40), com o percentual de 56,7% dos pacientes que apresentavam baixo peso, 20% considerados eutróficos e 23,3% em excesso de peso.

Dos pacientes, 83,3% apresentavam PPS menor ou igual a 30%, e 76,7% PPI menor do que 3 semanas, indicativos de piores prognósticos e expectativa de vida, respectivamente.

A média da ingestão calórica foi de  $1191,70 \pm 479,39$  kcal, e a proteica de  $61,39 \pm 27,71$  gramas. A média das necessidades calóricas foi de  $1680,70 \pm 304,91$  kcal, e a proteica de  $90,17 \pm 19,69$  gramas.

O IMC classificado com baixo peso esteve relacionado com a melhor qualidade de vida (Tabela 1), bem como o menor PPS. Além disso, indivíduos com melhor percepção de qualidade de vida tinham menores valores de PP. As demais variáveis (sexo, estado civil, cor

da pele, via de administração da dieta, doença de base, PPI, número de medicamentos em uso, e escala de Glasgow) não obtiveram significância estatística em relação à qualidade de vida.

Entretanto, quando analisadas as correlações entre as subescalas com o percentual de adequação calórica e proteica, houve correlação positiva entre o percentual de adequação proteica e a perda de apetite (Tabela 2).

**Tabela 1:** Análise de variáveis relacionadas à Qualidade de Vida de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte - MG, 2021

VARIÁVEIS	TOTAL	QV < 33,33%	QV ≥ 33,33%	p
<b>Sexo</b>				
Masculino	15 (50,0%)	06 (40,0%)	09 (60,0%)	0,70
Feminino	15 (50,0%)	04 (26,7%)	11 (73,3%)	0
<b>Idade (anos)</b>	65,6 ± 16,6	60,7 ± 16,79	68,1 ± 16,37	0,26 0
<b>Estado civil</b>				
Sem companheiro	19 (63,3%)	06 (31,6%)	13 (68,4%)	1,00
Com companheiro	11 (36,7%)	04 (36,4%)	07 (63,6%)	0
<b>Cor da pele</b>				
Parda e preta	25 (83,3%)	08 (32,0%)	17 (68,0%)	1,00
Branca	05 (16,7%)	02 (40,0%)	03 (60,0%)	0
<b>IMC</b>				
Baixo peso	17 (56,7%)	03 (17,6%)	14 (82,4%)	<b>0,04</b>
Eutrofia	06 (20,0%)	02 (33,3%)	04 (66,7%)	<b>0</b>
Excesso de peso	07 (23,3%)	05 (71,4%)	06 (28,6%)	
<b>Perímetro Braquial (PB) (cm)</b>	24,0 (18 – 45)	27,0 (20 – 45)	23,0 (18 – 33)	0,13 2
<b>Perímetro da Panturrilha (PP)(cm)</b>	28,39 ± 4,01	30,75 ± 3,28	27,45 ± 3,95	<b>0,04</b> <b>7</b>
<b>Via de administração*</b>				
Oral	07 (23,3%)	03 (42,9%)	04 (57,1%)	
Mista (Oral + Enteral)	05 (16,7%)	01 (20,0%)	04 (80,0%)	0,71
Enteral	18 (60,0%)	06 (33,3%)	12 (66,7%)	0
Parenteral	00 (00,0%)	00 (00,0%)	00 (00,0%)	
<b>Tempo de internação (dias)</b>	15,5 (1- 1581)	13,5 (2- 1581)	11 (1- 1468)	0,53 0
<b>Doença de base</b>				
Doenças neurológicas	16 (53,3%)	03 (18,8%)	13 (81,3%)	
Doenças oncológicas	04 (13,3%)	02 (50,0%)	02 (50,0%)	0,19
Outras doenças	10 (33,3%)	05 (50,0%)	05 (50,0%)	4
<b>Escala de Desempenho Paliativo (PPS)</b>				
Entre 40% - 60%	05 (16,7%)	04 (80,0%)	01 (20,0%)	<b>0,03</b>
Menor igual a 30%	25 (83,3%)	06 (24,0%)	19 (76,0%)	<b>1</b>

<b>Escala Palliative Prognostic Index (PPI)</b>				
Menor que 3 semanas	23 (76,7%)	07 (30,4%)	16 (69,6%)	0,42 5
Menor que 6 semanas	04 (13,3%)	01 (25,0%)	03 (75,0%)	
Superior a 6 semanas	03 (10,0%)	02 (66,7%)	01 (33,3%)	
<b>Medicamentos</b>				
De 0 a 1 medicamentos	06 (20,0%)	01 (16,7%)	05 (83,3%)	0,52 4
De 2 a 3 medicamentos	17 (56,7%)	07 (41,2%)	10 (58,8%)	
Mais que 3 medicamentos	07 (23,3%)	02 (28,6%)	05 (71,4%)	
<b>Glasgow</b>				
Trauma grave	14 (46,7%)	03 (21,4%)	11 (78,6%)	0,37 6
Trauma moderado	08 (26,7%)	03 (37,5%)	05 (62,5%)	
Trauma leve	08 (26,7%)	04 (50,0%)	04 (50,0%)	

Resultados apresentados em medianas (mínimo e máximo) foram comparados por teste de Mann-Whitney, os apresentados em média  $\pm$  desvio padrão foram comparados por teste T de Student e os apresentados em frequências por qui-quadrado ou Exato de Fischer\*. A qualidade de vida (QV) foi categorizada conforme a mediana, em  $< e \geq 33,33\%$  em relação valor percentual encontrado no questionário EORCT QLQ-C15-PAL.

**Tabela 2:** Correlação dos parâmetros de qualidade de vida relacionados ao percentual de adequação da ingestão calórica e proteica de pacientes em cuidados paliativos do Hospital Paulo de Tarso de Belo Horizonte-MG, 2021

ESCALAS	% DE ADEQUAÇÃO KCAL		% DE ADEQUAÇÃO PTN	
<b>Dor</b>	R = - 0,023	p = 0,902	R = - 0,180	p = 0,340
<b>Dispneia</b>	R = 0,098	p = 0,605	R = 0,123	p = 0,519
<b>Insônia</b>	R = 0,052	p = 0,784	R = 0,017	p = 0,927
<b>Perda de apetite</b>	R = 0,170	p = 0,368	R = 0,420	p = 0,021
<b>Constipação</b>	R = 0,255	p = 0,174	R = 0,148	p = 0,435
<b>Fadiga</b>	R = 0,145	p = 0,445	R = 0,183	p = 0,334
<b>Náuseas e vômitos</b>	R = - 0,045	p = 0,814	R = - 0,250	p = 0,182
<b>Capacidade funcional</b>	R = 0,189	p = 0,316	R = 0,124	p = 0,514
<b>Capacidade emocional</b>	R = 0,088	p = 0,644	R = 0,188	p = 0,319
<b>Qualidade de vida global</b>	R = - 0,240	p = 0,201*	R = - 0,088	p = 0,642*

\*Referente à Correlação de Pearson. As demais variáveis foram avaliadas por correlação de Spearman.

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a adequação do consumo de calorias e proteínas com a QV em pacientes em CP, assim como dados antropométricos e escalas de funcionalidade. Dessa forma, observou-se uma percepção de melhor QV nos pacientes com baixo peso, menor PP, menor PPS, além da presença de correlação positiva entre ingestão proteica e perda de apetite.

Ao comparar as variáveis relativas ao estado nutricional com a QV, deve-se considerar, que esta depende de diversos fatores como dimensões físicas, sociais e emocionais. Dessa forma, com relação à melhor qualidade de vida associada ao IMC de baixo peso, tem-se como hipótese que à medida que o IMC aumenta, ocorre o aumento de processos inflamatórios e

desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, podendo levar a esta percepção de QV reduzida. O IMC elevado associado a outros fatores de risco para o sexo e a idade, revelam prejuízos na QV (MASSAROLI et al., 2018).

De acordo com diversos estudos da literatura, como o de Campos et. al.(2005), Oliveira-Campos et. al. (2013) e Segalla et. al.(2013), idosos portadores de problemas crônicos de saúde apresentam maior chance de baixo peso e menor perímetro da panturrilha, o que pode ser avaliado devido a características relacionadas ao envelhecimento que geram alterações metabólicas e absortivas no organismo, juntamente com perdas importantes na massa muscular e alterações no padrão de distribuição de gordura corpórea.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a PP é considerada a melhor e mais sensível medida de massa muscular em idosos, uma vez que indica mudanças da massa livre de gordura juntamente com a detecção de riscos nutricionais, garantindo intervenções adequadas (WHO,1995). Assim, o resultado apresentado de menores valores de PP em indivíduos com melhor qualidade de vida, pode ser considerado em duas perspectivas. A primeira, conforme o estudo de Mello, Waisberg e Silva (2016), afirmaram que a perda de massa e função muscular é maior conforme o tempo de internação, em que pode ocasionar em uma desnutrição frequente e aparente nestes pacientes.

Por outro lado, o estudo de Peixoto et.al. (2016) indica que independente do tempo de internação, a perda funcional e fisiológica da massa muscular desacelera, não trazendo tantas interferências relacionadas ao pior prognóstico. Dessa forma, as menores medidas de PP não estariam necessariamente relacionadas ao pior prognóstico e, conseqüentemente, à pior QV, o que poderia ser uma explicação para o encontrado no presente estudo. Ainda, pode ser avaliado que a presença ou não de edema pode ter contribuído para gerar um viés de classificação, uma vez que o edema gera maior PP e leva a uma pior QV em função da piora do quadro clínico.

De acordo com os dados descritos, o PPS entre 40 e 60% demonstrou relação com a menor qualidade de vida, de forma que a melhor percepção de QV foi apresentada nos pacientes com PPS menor igual a 30%. Este fato pode ser explicado pela consciência da finitude, quanto antes o indivíduo apresenta uma melhor compreensão da existência humana, percebendo-a como existência de possibilidade e importância de fazer escolhas para uma vida mais realizada. Entretanto, isso se mostra a partir de mecanismos de defesa que ignoram a morte e dificultam a percepção da finitude, bem como o seu bem-estar como um todo, sendo assim, a menor qualidade de vida aparece como uma barreira de aceitação e virtudes ao observar a vida sobre outros parâmetros que não o da doença e de seus sintomas desagradáveis (Araújo et al., 2013).



Talvez, por essa percepção (ainda que inconsciente) da finitude naqueles que apresentam um pior prognóstico (menor IMC, PP e pior prognóstico conforme a PPS), seja possível avaliar com mais serenidade a beleza do que ainda resta de vida.

Em uma outra perspectiva, a melhor qualidade de vida nos indivíduos com menor PPS, e, portanto, em maior uso de CP, pode sugerir que estes cuidados são eficazes ao que se propõem.

Quanto à correlação significativa encontrada entre o maior percentual de adequação proteica com sintomas aumentados da perda de apetite, diversos fatores podem ser considerados, como o processo de adoecimento que acarreta em alterações no padrão alimentar, anormalidades no sistema digestório, hipercatabolismo, aumento dos processos inflamatórios, uso de medicações que geram alterações no paladar e até mesmo má absorção de certos nutrientes (MARTINS; MOREIRA; AVESANI, 2015). Com base nisso, pode-se relacionar que quanto maior a oferta e adequação proteica (e, portanto, maior a adequação) maior a possibilidade de sintomas de empachamentos ou desconfortos propiciando a perda de apetite. Além disso, quanto maior a perda de apetite, maior os esforços da equipe em fornecer (ainda que artificialmente) as quantidades necessárias deste nutriente.

Outro fator importante para análise da adequação proteica é com relação à sensação de fome e saciedade, que a partir dos questionamentos não foram avaliadas individualmente. De forma que esta pode associar-se esta correlação com o efeito das proteínas sobre o controle da fome e da ingestão alimentar como demonstrado no estudo de Paiva (2006). Neste estudo foi descrito que as proteínas conferem maior saciedade que os carboidratos, os quais por sua vez saciam mais que os lipídios, uma vez que altas concentrações de aminoácidos na corrente sanguínea estimulam a liberação de hormônios anorexígenos e insulina, que aumentam a saciedade. Assim, pode-se inferir que a quantidade de proteína ingerida alcançada já propiciava uma sensação de saciedade que interferia diretamente na perda de apetite.

Ao avaliar a adequação calórica e proteica comparado a dores, náuseas e vômitos, observa-se uma inversão de proporcionalidade, que podem ser justificados pela ideia de que tais sintomas prejudicam a ingestão alimentar. Da mesma forma, os efeitos provenientes da terapia nutricional adequada reduzem a resposta metabólica ao estresse, consequentemente evitam-se complicações metabólicas modulando a resposta imunológica (SANTANA; VIEIRA; DIAS; BRAGA; COSTA, 2016), uma vez que quando há adequação da ingestão calórica e proteica, a sintomatologia evidenciada pelos processos de adoecimento, podem ser sanados e/ou diminuídos. Por outro lado, quando avaliada em relação à qualidade de vida, analisa-se um resultado controverso ao esperado, entretanto, vale ressaltar que os parâmetros

de consideração de qualidade de vida global são subjetivos e podem haver divergência quanto à percepção e diversas possibilidades em que essa pode se enquadrar. O que pode-se concluir que para a maioria dos pacientes, a relação de qualidade de vida global, não inclui e não se relaciona diretamente com a alimentação. Estes resultados, todavia, não foram significativos.

Como fator relevante a ser considerado, o estudo apresentou limitações em relação ao n da amostra, que foi limitado devido à pandemia do COVID-19, em que diminuiu-se o tempo de aplicação, bem como menor busca pelos pacientes em cuidados paliativos aos sistemas de saúde. Assim, pode-se observar também que a população estudada quando chegava aos serviços já apresentam-se com um estado de saúde bem debilitado, o que pode ter interferido nos resultados da amostra, além do desenho do estudo ser do tipo transversal.

Além disso, é importante ressaltar que os pacientes tinham características individuais, que possam ter interferido nos nossos resultados. Uma vez que a maioria dos pacientes era pacientes terminais, e que os objetivos da Nutrição variam a depender da fase de doença em que o paciente se encontra, sendo em fase final, não levar em conta a cura, e sim o conforto. Assim, os valores de recomendação propostos de calorias e proteínas, obtiveram médias que podem ser consideradas altas, visto que para pacientes terminais, as metas nutricionais são de conforto e não uma terapêutica ativa para cura. Portanto, vale a pena questionar se não houve superestimções das metas calóricas e proteicas, que podem ser avaliadas em um posterior estudo, com pacientes em diferentes fases de tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com os resultados deste estudo, a adequação de calorias e proteínas não foi relacionada à qualidade de vida, e a maior adequação da ingestão de proteínas foi correlacionada à maior perda de apetite. O IMC de baixo peso, bem como menor PP, estavam relacionados à uma melhor qualidade de vida e a melhor qualidade de vida foi mostrada em pacientes com maior grau de utilização de Cuidados Paliativos, demonstrando assim a sua eficácia.

Considerando que não há, até o presente momento muitos estudos relacionados aos Cuidados Paliativos, Nutrição e Qualidade de Vida, observa-se a necessidade de mais pesquisas envolvendo os pacientes em Cuidados Paliativos com n amostral maior para que se possa investigar melhor a ocorrência de fatores de confusão em relação aos resultados encontrados.

## **REFERÊNCIAS**



ARAÚJO, Camila da Cruz Ramos de; GUIMARÃES, Adriana Coutinho do Azevedo; MEYER, Carolina; BOING, Leonessa; RAMOS, Manoella de Oliveira; SOUZA, Melissa de Carvalho; PARCIAS, Sílvia Rosane. Influência da idade na percepção de finitude e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2497-2505, 2013.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados paliativos. 2002. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CAMPOS, Marta Alice Gomes; PEDROSO, Enio Roberto Pietra; LAMOUNIER, Joel Alves; COLOSIMO, Enrico Antonio; ABRANTES, Marcelo Militão. ESTADO NUTRICIONAL NUTRICIONAL E FATORES ASSOCIADOS ASSOCIADOS EM IDOSOS. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 4, p. 214-221, 2005.

CLAYTON, Josephine M; HANCOCK, Karen M; BUTOW, Phyllis N; TATTERSALL, Martin H N; CURROW, David C. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Journal Of Australia*, [S.L.], v. 186, n. 12, p. 77-105, jun. 2007. AMPCo. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x>.

DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda, PADILHA, Marina, SANCHES, Máisa. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Ribeirão Preto, SP, v. 2, n. 17, p. 473-480, 2012.

GROENVOLD, Mogens, PETERSEN, Morten Aa., AARONSON, Neil K., ARARAS, Juan I., BLAZEYBY, Jane M., BOTTOMLEY, Andrew, FAYERS, Peter M., GRAEFF, Alexander de, HAMMERLID, Eva, KAASA, Stein, SPRANGERS, Mirjam A.G., BJORNER, Jakob B. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*, [s.l.], v. 42, n. 1, p.55-64, 2006. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2005.06.022>.

LIPSCHITZ, David. Triagem do estado nutricional em idosos. *Prim Care*, p. 55-67. 1994.

MARTINS, Aline M.; MOREIRA, Annie S. B.; AVESANI, Carla Maria. Ingestão alimentar de idosos em hemodiálise. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, [S.L.], v.14, n.3, p.50-57, 2015. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2015.19898>.

MASSAROLI, Letícia Carvalho; SANTOS, Letícia Cristina; CARVALHO, Giovanna Gomes; CARNEIRO, Stephanie Avesani João Figueiredo; REZENDE, Laura Ferreira de. QUALIDADE DE VIDA E O IMC ALTO COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

MELLO, Fernanda Souza de; WAISBERG, Jaques; SILVA, Maria de Lourdes do Nascimento da. Circunferência da panturrilha associa-se com pior desfecho clínico em idosos internados. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 80-85, 2016. <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-211520161600011>.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.



PAIVA, Aline Cardoso de. Efeitos do consumo de diferentes fontes protéicas na saciedade, ingestão alimentar, composição corporal e no gasto energético de indivíduos eutróficos. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006.

PANTANO, Naitielle de Paula. É possível prever a sobrevivência de pacientes ambulatoriais com câncer avançado quando encaminhados aos cuidados paliativos? Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, Barretos. São Paulo, p.124. 2016.

PEIXOTO, Luciana Gomes; BARBOSA, Cinthia Domingos; NAHAS, Paula Cândido; ROSSATO, Luana Thomazetto; OLIVEIRA, Erick Prado de. A circunferência da panturrilha está associada com a massa muscular de indivíduos hospitalizados. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v. 31, n. 2, p. 167-171, 2016.

SANTANA, Mariana de Melo Alves; VIEIRA, Liana Lima; DIAS, Daniela de Araújo Medeiros; BRAGA, Cinthya Costa; COSTA, Raphaela Moiana da. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. Revista de Nutrição, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 645-654, out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000500003>.

SEGALLA, Raieli, SPINELLI, Roseana Baggio, ZANARDO, Vivian Polachini Skzypek, ZEMOLIN, Gabriela Pegoraro. Perfil Antropométrico e qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados, no município de Erechim, RS. Revista Perspectiva, v. 1, n. 1, p. 81-91, 2013.

SOUSA, Anete Araújo de, SALLES, Raquel Kuerten de, ZILLOTTO, Liana Ferraz, PRUDÊNCIO, Ana Paula Aguiar, MARTINS, Carla Adriano, PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 2, n. 8, p. 149-162, 2013.

SPARGO, Emily. Victoria Hospice Copyright Permission. Mensagem recebida por: <Emily.Spargo@viha.ca>. em: 24 set. 2019. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/1?ik=f68b05e403&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1645580665515485057&simpl=msg-f%3A1645580665515485057>. Acesso em: 24 set. 2019

TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. The Lancet, [S.L.], v. 304, n. 7872, p. 81-84, 1974. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n.894). Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)>. Acesso em 2020.