

Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos

The work of the nutritionist in the improvement of the quality of life of old people with cancer in palliative care

El trabajo del nutricionista en la mejoría de la calidad de vida de la gente envejecida con cáncer en cuidados paliativos

*Daisy Aparecida da Silva**
*Elizabete Alexandre dos Santos**

*Juliana Rodrigues de Oliveira**
*Fernanda Salzani Mendes***

RESUMO: O cuidado paliativo é uma forma de tratamento do câncer avançado muito mais ativo, abrangente e complexo no sentido de integração interdisciplinar, que abrange o cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humanas, expressas nas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais que determinam a qualidade de vida. Em cuidados paliativos, a equipe interdisciplinar busca o cuidado destas dimensões. Neste contexto, o nutricionista tem papel essencial, por colaborar para evolução favorável do idoso com câncer que costuma apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa aqueles de maior preferência. O artigo se propôs a descrever quais aspectos nutricionais, mudanças funcionais e morfológicas são relevantes no atendimento nutricional do idoso com câncer em CP. Para tanto foi realizada uma revisão bibliográfica com base no banco de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e portal CAPES, contemplando os artigos de 2003 a 2009. No envelhecimento há algumas peculiaridades que podem modificar negativamente as necessidades nutricionais, que associados ao câncer interferem na qualidade de vida. Como os objetivos do atendimento são diferentes de acordo com a evolução da doença, identificar os aspectos nutricionais e as mudanças morfológicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento é fundamental ao se tratar o idoso com câncer, já que essas alterações interferem na conduta nutricional a ser aplicada e podem contribuir, quando bem assistidas pela equipe de cuidados, para melhora da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Nutricional. Neoplasias. Saúde do Idoso.

ABSTRACT: Palliative care (PC) is a treatment alternative for advanced cancer that is more active, comprehensive and complex in the sense of interdisciplinary integration due to including the dimension of human mortality and finitude, expressed in the physical, psychic, social and spiritual necessities that determine the quality of life. In palliative care, the interdisciplinary care team makes efforts to care for these dimensions. In this context, the nutritionist has an essential role, due to collaborating for a favorable evolution of old people with cancer, which generally present inappetence, disinterest for foods and even refusal of their own favorite foods. The article aims to describe which nutritional aspects, functional and morphologic changes are relevant in nutritional assistance of old people with cancer in PC. We did a bibliographic survey in LILACS, MEDLINE, SCIELO and CAPES portal databases regarding papers written from 2003 to 2009. The aging process has some peculiarities that may negatively modify nutritional necessities, and these, associated to cancer, may affect quality of life. As assistance goals are different according to different evolutions of the disease, identifying nutritional aspects and morphologic and physiological changes due to aging is vital for treating old people with cancer, for these alterations disturbs nutritional options to be chosen. Thus, when properly supervised by the caring team, this knowledge may contribute for improving quality of life.

KEYWORDS: Nutrition Therapy. Neoplasms. Health of the Elderly.

RESUMEN: Los cuidados paliativos (CP) son una alternativa de tratamiento para el cáncer avanzado que es más activo, comprensivo y complejo en el sentido de la integración interdisciplinaria debido a incluir la dimensión de la mortalidad y de la finitude humanas, expresada en las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales que determinan la calidad de vida. En los cuidados paliativos, el equipo interdisciplinario de cuidado hace esfuerzos para cuidar de estas dimensiones. En este contexto, el nutricionista tiene un papel esencial, debido a la colaboración para una evolución favorable de gente envejecida con cáncer, que generalmente presentan inapetencia, desinterés por los alimentos e incluso denegación de sus propios alimentos preferidos. El artículo apunta describir cuales son los aspectos nutricionales, funcionales y morfológicos relevantes en la asistencia nutricional de gente envejecida con cáncer en CP. Hicimos un examen bibliográfico en bases de datos de LILACS, MEDLINE, SCIELO y portal CAPES respecto a artículos escritos desde 2003 hasta 2009. El proceso de envejecimiento presenta algunas particularidades que pueden modificar negativamente las necesidades nutricionales, y éstas, asociadas al cáncer, pueden afectar a la calidad de vida. Como las metas de asistencia son diferentes según la diversa evolución de la enfermedad, la identificación de aspectos nutricionales y de los cambios morfológicos y fisiológicos debidos al envejecimiento es vital para tratar a gente envejecida con cáncer, porque estas alteraciones disturban las opciones nutricionales que se elegirán. Así, cuando es supervisado correctamente por el equipo de cuidados, este conocimiento puede contribuir para mejorar la calidad de vida.

PALABRAS LLAVE: Terapia Nutricional. Neoplasias. Salud del Anciano.

* Alunas do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário São Camilo.

** Nutricionista. Mestre em Ciências de Saúde com ênfase em Epidemiologia – UNIFESP/EPM. Especialista em Gerontologia pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Saúde Pública – UNIFESP/EPM. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: fsalzani@uol.com.br

Introdução

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional. Atualmente, da população total, 8,6% é constituída por pessoas com mais de 60 anos, isto é, cerca de 14 milhões brasileiros, o que representa um aumento de 500% em 40 anos. A estimativa para 2020 é que essa população alcance os 32 milhões de habitantes^{1,2,3}.

O envelhecimento populacional apresenta como benefício o aumento no tempo de vida da população, porém, em decorrência, traça-se um novo perfil de morbimortalidade, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis^{4,5}.

Essas doenças constituem um problema crescente e se devem a transição epidemiológica e nutricional pela qual os países vêm passando. São a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, sendo o câncer uma das principais responsáveis por mortes^{6,7} com mais de 11 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos por ano, e a estimativa é que este número aumente chegando a 12 milhões em 2030⁸.

O câncer corresponde a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado e a invasão de tecidos e órgãos, podendo se espalhar e produzir metástases em diversas regiões do corpo^{6,9}. Seu tratamento tem como principais objetivos prevenir, curar, prolongar e melhorar a qualidade de vida do portador. Além disso, o alívio da dor e de outros problemas ocasionados pela doença pode ser alcançado em cerca de 90% dos casos por meio dos cuidados paliativos^{8,9}.

O tratamento paliativo tem como centro o controle e alívio da dor e outros sintomas de pacientes portadores de doenças crônico-de-

generativas ou em fase final, considerando o paciente como uma totalidade e, portanto, levando em conta as necessidades psicológicas, sociais e espirituais^{10,11}.

Os cuidados paliativos podem ser realizados em qualquer contexto e instituição. Para tanto é de extrema importância uma equipe interdisciplinar que conta com nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistente social, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, odontogeriatra, musicoterapeuta, psicólogo, um conselheiro, um capelão, entre outros profissionais. Estes devem sempre prestar assistência com qualidade, jamais se esquecendo de respeitar a autonomia do paciente^{12,13,14,15}.

Em cuidados paliativos é comum o idoso apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa aqueles de maior preferência, associado a sintomas indesejáveis da própria doença e dos tratamentos farmacológicos. Este fato pode levar a um comprometimento ainda maior do estado nutricional interferindo na qualidade de vida¹⁵. Neste contexto o profissional nutricionista tem papel essencial a fim de minimizar os efeitos colaterais ocasionados pelo tratamento e atuar de forma intensiva sempre em sintonia com a equipe interdisciplinar sendo responsável não só por assegurar uma adequada ingestão alimentar, de acordo com as necessidades nutricionais, mas também condições físicas, psicológicas, religiosas as quais irão interferir na melhora da qualidade de vida do idoso portador de câncer em cuidados paliativos.

Objetivo

O objetivo deste artigo foi descrever quais aspectos nutricionais, mudanças funcionais e morfológicas são relevantes no atendimento

nutricional do idoso com câncer em cuidados paliativos.

Metodologia

O estudo consiste numa revisão de literatura com base no banco de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, portal CAPES e literatura convencional. Os artigos provenientes de revistas indexadas relacionados ao tema proposto, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola contemplaram os anos de 2003 a 2009.

Utilizaram-se os descritores e suas combinações: cuidados paliativos/*palliative care*, câncer/*cancer/cáncer*, terapia nutricional/*nutritional therapy/terapia alimentícia*, idoso/*elderly/anciã*.

Resultados e discussão

Processo de envelhecimento: aspectos demográficos, epidemiológicos e alterações fisiológicas

Nos países em desenvolvimento vem ocorrendo um acentuado crescimento do envelhecimento populacional, decorrente da redução da fecundidade, da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida, porém ao contrário dos países desenvolvidos, a velhice não ocorre associada a melhorias nas condições de vida^{2,4}.

Esse rápido crescimento da população de idosos, no Brasil, causa importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Estudos demonstram associações importantes entre doenças crônicas e incapacidade funcional do idoso^{16,17}, sendo assim, é importante compreender os fatores que podem levar a incapacidade do idoso e criar políticas públicas com estratégias preventivas eficazes, que reduzam os custos com serviço de saúde e minimizem a carga sobre a família⁴.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que inicia com o nascimento, acompanha o indivíduo por toda a sua vida, terminando apenas com a morte. Nesse processo há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão levando a uma perda gradativa da função dos órgãos e sistemas, variável de um indivíduo para o outro, mas que o torna mais suscetível as agressões intrínsecas e extrínsecas. Essas alterações causam uma diminuição da habilidade individual e de realizar tarefas de rotina, mas nem sempre resultam na incapacidade do idoso^{18,19,17}.

Com a chegada da velhice, as alterações anatômicas são mais visíveis, porém as principais alterações ocorrem na estatura, peso e composição corpórea^{1,17}. A estatura e o peso tendem a diminuir e a composição corporal muda, diminuindo a massa magra e modificando o padrão da gordura corporal^{20,21}. O processo de envelhecimento também determina diversas alterações nos sistemas cardíaco, pulmonar, renal, digestivo, nervoso endócrino e imunológico²⁰.

É possível observar, decréscimo da atividade cardíaca, aumento da pressão sanguínea, diminuição da taxa de filtração do rim, dificuldades na deglutição coordenada gerando sintomas como acalasia – ausência de contrações musculares na porção inferior do esôfago e falha na abertura do esfíncter esofágico inferior- e doença do refluxo gastroesofágico, aumento da intolerância a glicose e lentidão do ritmo respiratório, alteração no número e sensibilidade dos sensores do corpo, em decorrência o idoso tem uma menor sensação de sede, alterações no reflexo de proteção e no controle do equilíbrio^{19,22,23}. Nas mulheres observamos alterações hormonais no período que precede a menopausa, como a diminuição

do estrogênio e o aumento dos hormônios luteinizantes e folículo estimulante que geram perda da massa óssea, aumento da LDL, diminuição da HDL e aumento da aterogênese. No caso dos homens ocorrem alterações associadas à redução dos hormônios sexuais masculinos, que pode gerar atrofia muscular, a perda da libido, osteoporose e disfunção erétil^{22,23}.

Devido a todas essas alterações, mesmo sendo comum ao processo, a velhice pode se tornar um período da vida com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social²⁴.

O idoso e o câncer

O câncer destaca-se como uma relevante causa de morbimortalidade em indivíduos com 60 anos ou mais, nos diferentes países do mundo²⁵.

Os tumores malignos podem ser designados como câncer, ao contrário dos benignos, devido às diferenças em relação à velocidade e a capacidade de proliferação e invasão dos tecidos. Esse tipo de tumor sofre um processo de vascularização, chamada de angiogênese, o qual promove acelerado crescimento e maior probabilidade de invadir outras partes do organismo²⁶.

Em estudo descritivo cujo tema era a mortalidade da população idosa brasileira no período de 1980 e 1996 verificou-se que entre esses anos houve um aumento nas taxas de mortalidade por neoplasias²⁷.

Em Teresina (PI), nos anos 70, as neoplasias eram responsáveis por 40,2 mortes por 100 mil habitantes; na década de 80 houve um aumento 40,9 mortes por 100 mil habitantes e em 2000 ocorreu um aumento mais acentuado de 59 mortes por 100 mil habitantes.

Em 1995, a mortalidade ocasionada por neoplasias foi semelhante à mortalidade por causas externas ficando apenas atrás das doenças do aparelho circulatório²⁸.

Independente da idade, as três principais formas de tratamento do câncer são cirurgia, radioterapia e quimioterapia, cujos objetivos são prevenir, curar, prolongar e melhorar a qualidade de vida do indivíduo com a doença⁹. Esses tratamentos podem levar ao desconforto e dificultar as atividades normais devido aos vários efeitos que podem causar interferindo na qualidade de vida dos idosos²⁹.

Como efeitos adversos à radioterapia e/ou quimioterapia o idoso pode apresentar mucosite, diminuição do paladar, descamação da pele, xerostomia, candidíase, neutropenia, trombocitopenia e anemia. Essas reações adversas podem ser divididas em dois grupos: agudos, que se iniciam em minutos após a administração dos agentes terapêuticos e persistem por alguns dias, e tardios, que aparecem semanas ou meses após a administração^{29,30}.

A nutrição em cuidados paliativos

O cuidado paliativo é uma forma de tratamento do câncer avançado muito mais ativo, abrangente e complexo no sentido de integração interdisciplinar, que abrange a linha de cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humanas, expressas nas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Assim, os cuidados paliativos têm a qualidade de vida, o controle dos sintomas e o alívio do sofrimento humano como prioridades fundamentais^{31,32}.

Segundo Pessini¹¹, os princípios do CP em relação ao doente são: o cuidado integral; o trabalho com a família; a promoção da autonomia e da dignidade, o que implica na elaboração dos objetivos terapêuticos

em conjunto com o doente, estabelecendo relação honesta e franca; a continuidade do cuidar, pois não existe em cuidados paliativos o termo “não há nada mais a fazer” e a criação em torno do doente de um ambiente no qual haja respeito, apoio e comunicação que contribui para o controle dos sintomas e com o trabalho interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar é importante, uma vez que observamos a globalidade do indivíduo por meio das esferas físicas, psíquicas, sociais e espirituais. No contexto de cuidados paliativos o nutricionista tem papel essencial, pois pode colaborar para evolução favorável do idoso terminal, já que este costuma apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa aqueles de maior preferência, associado a sintomas indesejáveis relacionados à enfermidade e aos fármacos. Este fato pode levar ao comprometimento maior ainda do estado nutricional interferindo na qualidade de vida¹⁵.

O alimento exerce papel essencial na vida de todos nós, pois está relacionado às recordações agradáveis e prazerosas que determinadas preparações alimentares despertam em nossa vida. A importância dada ao alimento não se altera com o passar do tempo ou com a instalação de uma doença grave. Porém, numa condição de doença grave, como na presença do câncer, o alimento acaba sendo mais notado pela sua ausência ou pelas dificuldades na sua ingestão do que pela sua presença e o prazer proporcionados^{33,34}.

Pacientes em cuidados paliativos sofrem uma série de alterações relacionadas à alimentação, como a perda da habilidade de sentir o sabor, deglutir e digerir os alimentos, absorver nutrientes e até eliminar as fezes de forma independente. Todas essas alterações podem levar o paciente à depressão, ao isolamento

social, além da perda de confiança e auto-estima. Para tanto, o nutricionista é o profissional que irá perceber e valorizar o significado de determinado alimento, estando sempre atento as solicitações alimentares, levando em consideração as necessidades nutricionais e o desejo do idoso. Dessa forma pode auxiliar na evolução favorável uma vez que alimentação pode interferir em diversos aspectos^{15,33}.

Os objetivos da terapia nutricional variam conforme a evolução da doença: nos estágios iniciais, quando o paciente encontra-se em tratamento, o principal objetivo é garantir que ele receba nutrientes em quantidades suficientes, visando a recuperação ou manutenção do estado nutricional. Nos casos em que se encontra em estágio avançado da doença, com quadro irreversível e a terapia nutricional agressiva é considerada inútil, os objetivos mudam. Neste caso a terapia nutricional prioriza o desejo do idoso à sua necessidade visando à qualidade de vida e o alívio do sofrimento. Nesta fase preocupa-se mais com a apresentação, a quantidade de alimento e o local da refeição. É importante que a alimentação seja realizada em um ambiente tranquilo, se tornando um momento de confraternização junto da família e amigos com conforto e melhor qualidade de vida^{33,34}.

A promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, independente da fase da vida se dá por meio de uma boa alimentação. No envelhecimento há algumas peculiaridades, como modificação da composição corporal, diminuição do metabolismo basal, alterações bucais, gastrointestinais e metabólicas, que podem modificar negativamente as necessidades nutricionais; ainda mais na presença de doenças crônicas que exigem controle por medicamentos que muitas vezes

interferem na biodisponibilidade de nutrientes; problemas sociais (aposentadoria muitas vezes é gasta com medicamentos ficando a alimentação comprometida) e psicológicos (perda de papel social, isolamento, solidão)³⁵.

No idoso com câncer as alterações metabólicas que ocorrem contribuem substancialmente para o desenvolvimento da caquexia do câncer, e tem como mediadores catabólicos fatores humorais e tumorais^{36,37}.

Além dessas alterações outros fatores contribuem para caquexia, como, redução da ingestão alimentar (anorexia, náuseas, vômitos, alterações do paladar e olfato), efeito local do tumor (odinofagia e disfagia nos casos de câncer de esôfago, obstrução gástrica ou intestinal), efeitos ligados ao tratamento (presença de estomatite, mucosite, diarreia, xerostomia, estenose, perda de dentes), além de problemas psicológicos como depressão e ansiedade, que geram inapetência³⁸.

Recomendações nutricionais para idosos com câncer em cuidados paliativos

Energia: A recomendação energética varia conforme o estado nutricional, as características clínicas, metabólicas e individuais³⁸. Quanto mais próximo da morte, menos devemos insistir em dietas hipercalóricas e hiperprotéicas. Em momentos de agonia a dieta deve se limitar apenas a pequena ingestão de líquidos e cuidados com a boca³⁹.

Proteína: Deve-se levar em consideração o quadro metabólico, o tipo de terapia antineoplásica, doenças associadas e o estado nutricional: 0,8 a 1,0g ptn/kg/dia – para indivíduos sem estresse com função renal normal, para manutenção; 1,0 a 1,2g ptn/kg/dia – para indivíduos com subnutrição; 1,2 a 2,0g ptn/kg/dia – para indivíduos com quadro catabólico (pós-operatório,

sepsse, hipermetabolismo, enteropatia perdedora de proteína)⁴⁰.

Carboidratos e fibras: Com o avançar da idade a digestão de carboidratos fica reduzida e em consequência há um aumento da glicemia de jejum. No câncer temos alteração do metabolismo dos carboidratos levando a hiperglicemia. Essas circunstâncias exigem que a alimentação seja composta por carboidratos complexos, ainda mais se houver outras doenças associadas, como dislipidemias e diabetes mellitus³⁷.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e a Sociedade Brasileira de Nefrologia⁴¹, a dieta deve ser composta por aproximadamente 55% de carboidratos com grau de recomendação e força de evidência A (estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência).

A recomendação de fibras é de no mínimo 25g/dia⁴².

Lipídeos: A recomendação é de 30% a 50% do valor energético total para caquéticos³⁶.

Consistência, fracionamento e quantidade: os enfermos em CP normalmente apresentam anorexia e sensação de plenitude gástrica precoce, nestes casos é recomendado fracionar a dieta em seis a sete refeições com flexibilidade de horários segundo o desejo de se alimentar do idoso. Quanto à consistência as mais toleradas são a semi-líquida e a líquida. A quantidade deve ser adaptada sem forçar aumento da ingestão para não causar sentimento de fracasso. A apresentação da dieta e adequações dos instrumen-

tos é muito importante por contribuir para melhorar a tolerância alimentar do idoso³⁹.

Hidratação: A questão da hidratação em CP gera muitas controvérsias, por um lado pode prolongar a vida, mas por outro é considerada atendimento a necessidades básicas. Segundo Carvalho, Taquemoiri³³, indivíduos em fase terminal da doença necessitam para a adequada hidratação de quantidades muito menores de água que indivíduos saudáveis.

Devido às modificações próprias do envelhecimento e a evolução da doença, os idosos com câncer em CP tendem a reduzir a ingestão de líquidos, quanto mais próximos da fase terminal, muitas vezes devido aos sintomas. Esses fatores podem levar a desidratação^{11,43}. A oferta de líquidos é individualizada, para tanto é necessário avaliar o estado de hidratação do idoso por meio de sinais como mucosas secas, perda de turgor e elasticidade da pele, oligúria, febre, constipação e observação de exames laboratoriais como uréia, creatinina e sódio⁴³.

Todos os tratamentos antineoplásicos têm por objetivo eliminar as células cancerosas. Porém durante este processo, algumas células "saudáveis" também podem ser danificadas, isto leva a alguns efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Alguns desses efeitos interferem na ingestão alimentar, portanto muitas vezes é necessário que algumas alterações na dieta do paciente sejam realizadas, a fim de minimizar esses efeitos⁴⁴.

A ingestão adequada de nutrientes em idosos com câncer po-

de prevenir ou reverter deficiências nutricionais; diminuir os efeitos colaterais decorrentes do tratamento e melhorar a qualidade de vida. Portanto, a atuação do nutricionista em cuidados paliativos é essencial⁴⁴.

Conclusão

Identificar os aspectos nutricionais e as mudanças morfológicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento é fundamental ao se tratar do indivíduo idoso com câncer, uma vez que todas essas alterações interferem na conduta nutricional a ser aplicada, a qual irá levar em consideração o estado nutricional do indivíduo e os sintomas apresentados.

A atuação do nutricionista em cuidados paliativos é essencial para que o idoso possa ter conforto e prazer durante a alimentação. Para tanto é importante conhecer as alterações na ingestão alimentar do idoso

Deve-se salientar que, em se tratando de indivíduos em cuidados paliativos, a alimentação envolve diversos aspectos: éticos, psicológicos, religiosos, sociais, funcionais, entre outros. Portanto, o nutricionista deve atuar em equipe com profissionais de outras áreas, para que todos os objetivos relacionados à alimentação possam ser alcançados. E para que todos os profissionais envolvidos alcancem um objetivo em comum que é o de proporcionar conforto e melhorar a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):545-53.
2. Martin GB, Júnior LC, Bastos YG. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(3):85-90.
3. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):364-71.
4. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
5. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas IC. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1575-88.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003. 60 p. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf
7. Marcopito LF, Rodrigues SSE, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):738-45.
8. Organização Mundial da Saúde. Cancer. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en>
9. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
10. Bertachini L, Pessini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo Saúde*. 2005;29(4):491-509.
11. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):15-32.
12. Bertachini L, Pessini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*. 2006;12(2):231-42.
13. Bórquez P, Romero C. El paciente oncológico geriátrico. *Rev Chilena Cirugía*. 2007;59(6):467-71.
14. Lefèvre F, Teixeira JJ. O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da esperança na religião. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):159-64.
15. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da Terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(3):317-23.
16. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
17. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância das observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2005;4(39):655-62.
18. Souza MM, Silva GB, Henriques MERM. Significado de ser idoso / doente de hanseníase. *Rev Eletron Enf*. 2005 Dez;7(3):328-33. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/900/1093>
19. Krause MP, Buzzachera CF, Hallage T, Santos ECR, Silva SG. Alterações morfológicas relacionadas à idade em mulheres idosas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2006;8(2):73-7.
20. Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Tratado de Gerontologia*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 105-19.
21. Menezes TN, Marucci MF. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública*. 2005;2(39):169-75.
22. Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Rev Pensar Prática*. 2004;7(1):75-84.
23. Santos Junior JCM. O paciente cirúrgico idoso. *Rev Bras Coloproct*. 2003;23(4):305-16.
24. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-7.
25. Basílio DV, Mattos IE. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980-2005. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):204-14.
26. Associação Brasileira do Câncer. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br>
27. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):217-28.
28. Campelo V, Gonçalves MA, Donadi EA. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Município de Teresina-PI (Brasil), 1971-2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):31-40.

29. Dias AM, Sawada N, Zago MM. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(4):323-9.
30. Paiva MD, et al. Estudo retrospectivo das complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica em pacientes do Hospital Napoleão Laureano-PB. *Odontol Clínica-Científica.* 2007;6(1):51-5.
31. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área de saúde. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos.* 2a ed. São Paulo: Loyola; 2004. p. 11-28.
32. Kruse MH, et al. Cuidados paliativos: uma experiência. *Rev HCPA.* 2007;27(2):49-52.
33. Carvalho RT, Taquemor IL. Nutrição e hidratação. In: *Cremesp. Cuidado Paliativo.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 221-57. (Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira)
34. Melo DA. Nutrição. In: *Cremesp. Cuidado Paliativo.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 81-2. (Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira).
35. Marucci MF. Alimentação e Hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: Duarte YA, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 223-35.
36. Bozzeti F, Meyenfeldt MF. Terapia nutricional em câncer. In: Sobotka L. *Bases da nutrição clínica.* 3a ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. 437 p.
37. Argiles JM, Busquets S, López-Soriano FJ, Figueras M. Pathophysiology of neoplastic cachexia. *Nutr Hosp* [Internet]. 2006 [acessado 01 Mai 2009];21 Supl 3:4-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600002-&lng=en&nrm=iso. Pré-publicação.
38. Caramico DC. Dietoterapia. In: Ramos A, Carvalho GM. *Enfermagem e Nutrição.* São Paulo: EPU; 2005. 205 p.
39. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. *Guia de cuidados paliativos.* Espanha: SECPAL; 2009 [acessado 18 Jun 2009]. Disponível em: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
40. Pinho N, et al. *Manual de nutrição oncológica - bases clínicas.* São Paulo: Atheneu; 2004. p. 218.
41. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Diabetes mellitus: recomendações nutricionais: Projeto diretrizes.* São Paulo: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2005.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 236 p.
43. Pruvost MA. Hidratación. In: Bruera E, Lima L, editors. *Cuidados paliativos - guias para el manejo clinico.* 2a ed. OPS; 2004. p. 67-70. Disponível em: <http://www.ops-oms.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=7131>
44. American Cancer Society. Disponível em: <http://www.cancer.org>

*Recebido em 13 de abril de 2009
Versão atualizada em 11 de maio de 2009
Aprovado em 29 de maio de 2009*