

Acompanhamento fonoaudiológico nas dificuldades alimentares no câncer infanto-juvenil: uma série de casos

Speech therapy follow-up for eating difficulties with juvenile child cancer: a series of cases

Seguimiento fonoaudiológico en las dificultades de alimentación en el cáncer infantojuvenil: una serie de casos

Julianne Wagner* 

Camila Lucia Etges* 

Lisiane De Rosa Barbosa* 

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo relatar o acompanhamento fonoaudiológico nas dificuldades alimentares no câncer infanto-juvenil. **Métodos:** O estudo de série de casos retrospectivo e descritivo-qualitativo teve amostra composta por 3 indivíduos com idade variando entre 8 e 14 anos, em acompanhamento com a equipe do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com solicitação de avaliação fonoaudiológica para investigação de deglutição/alimentação. A coleta foi realizada por meio de dados extraídos de prontuário eletrônico da instituição, onde constavam as evoluções dos casos dos pacientes internados e atendidos em ambulatório, de março de 2018 a agosto de 2019. **Resultados:** Nos 3 casos relatados, os pacientes apresentaram deglutição normal, com indicação de via alternativa para alimentação pelo prejuízo na ingestão oral de alimentos durante e/ou após o tratamento oncológico. As queixas alimentares devido aos efeitos colaterais do tratamento foram inapetência, alteração de paladar, náusea

* Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

Contribuição dos autores:

JW: concepção do estudo, metodologia; coleta de dados; esboço do artigo.

CLE: concepção do estudo, metodologia; revisão crítica; orientação.

LDRB: concepção do estudo, metodologia; esboço do artigo; revisão crítica; orientação.

E-mail para correspondência: Julianne Wagner - fono.julianne.wagner@gmail.com

Recebido: 16/02/2020

Aprovado: 30/07/2020

e vômitos. Os casos foram acompanhados durante a internação e em ambulatório de fonoaudiologia. Dois dos pacientes permaneceram com a via alternativa por tempo prolongado e um deles reestabeleceu a alimentação por via oral exclusiva. **Conclusão:** O fonoaudiólogo inserido na equipe multidisciplinar de cuidados ao paciente com câncer infanto-juvenil é um dos responsáveis pelo acompanhamento das dificuldades alimentares provocadas pela doença e tratamentos, com olhar além da disfagia orofaríngea. A sua atuação deve envolver estratégias que promovam a nutrição adequada, seja por via alternativa ou via oral, visando segurança e conforto, com respeito à autonomia do paciente.

Palavras chave: Fonoaudiologia; Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos; Oncologia

Abstract

Objective: This study was aimed to report speech therapy follow-up for eating difficulties with childhood cancer. **Methods:** The retrospective and descriptive-qualitative case series study was sampled composed of patients aged between 8 and 14 years, under follow-up with the Pediatric Oncology Service of the Hospital da Criança Santo Antônio – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, with a request for speech therapy evaluation for swallowing/feeding research. The collection was performed through data extracted from the institution's electronic medical records, with the evolution of the cases of patients hospitalized and attended in an outpatient clinic, from March 2018 to August 2019. **Results:** In the 3 reported cases, the patients presented normal swallowing, with indication of feeding tubes by impairment in oral food intake during and/or after cancer treatment. The dietary complaints due to the side effects of treatment were inapetence, taste change, nausea and vomiting. The cases were followed during hospitalization and in the speech therapy outpatient clinic. Two of the patients remained on a feeding tube for a long time and one of them reestablished exclusive oral feeding. **Conclusion:** The speech therapist inserted in the multidisciplinary team of care for patients with childhood cancer is one of those responsible for follow-up of eating difficulties caused by the disease and treatments, with a look beyond oropharyngeal dysphagia. Its performance should involve strategies that promote adequate nutrition, either alternatively or orally, aiming at safety and comfort, with respect to the patient's autonomy.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Feeding Disorders; Oncology

Resumen

Objetivo: Este estudio tenía como objetivo de relatar el seguimiento fonoaudiológico en las dificultades de alimentación en el cáncer infantil. **Métodos:** El estudio retrospectivo y descriptivo-cualitativo de la serie de casos estaba compuesto por 3 individuos de entre 8 y 14 años, bajo seguimiento con el equipo de Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital da Criança Santo Antônio – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, con solicitud de evaluación fonoaudiológica para la investigación de la deglución/alimentación. La recopilación se realizó a través de datos extraídos de la historia clínica digitalizada institucional con la evolución de los casos de pacientes hospitalizados y atendidos en un servicio de consulta externa, de marzo de 2018 a agosto de 2019. **Resultados:** En los 3 casos reportados, los pacientes presentaron deglución normal, con indicación de vía alterna de alimentación por presentar dificultad en la ingesta oral de alimentos durante y/o después del tratamiento oncológico. Las quejas alimenticias asociadas a los efectos secundarios del tratamiento fueron la pérdida del apetito, alteración en el sentido del gusto, náuseas y vómito. Los casos fueron acompañados por el fonoaudiólogo durante la hospitalización y el servicio de consulta externa. Dos de los pacientes permanecieron con vía alterna de alimentación durante un tiempo prolongado y uno de ellos restableció la alimentación por vía oral por completo. **Conclusión:** El fonoaudiólogo como parte del equipo multidisciplinario de atención en pacientes con cáncer infantil, es uno de los responsables del seguimiento de las dificultades de alimentación causadas por la enfermedad y los tratamientos, con una mirada más allá de la disfagia orofaríngea. Su actuación debe incluir estrategias que promuevan una nutrición adecuada, ya sea por vía alterna o vía oral, con el objetivo de garantizar la seguridad y comodidad del paciente y respetando su autonomía.

Palabras clave: Fonoaudiología; Transtornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos; Oncología

Introdução

O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de doenças caracterizado pela proliferação descontrolada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer local do organismo, segundo definição do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nesta faixa etária, os tumores mais comuns são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e os linfomas (sistema linfático). Devido ao predomínio de natureza embrionária, os tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, em geral, favorece a resposta aos tratamentos atuais¹.

O tratamento médico oncológico compreende três principais modalidades: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia². A cirurgia é o tratamento mais antigo, sendo particularmente utilizada em tumores sólidos, com o objetivo de ressecção curativa, podendo ser utilizada com finalidade diagnóstica, prognóstica, profilática ou paliativa. A radioterapia é um tratamento local e/ou regional que emprega feixes de radiação ionizantes para destruir as células tumorais. Já a quimioterapia é o tratamento baseado no uso de medicamentos que impedem a formação de novas moléculas de DNA, bloqueando, desta forma, funções essenciais da célula ou induzindo à apoptose. Os fármacos quimioterápicos são tóxicos não somente ao tecido maligno, mas também às estruturas normais que se renovam constantemente, como a medula óssea, os folículos pilosos e a mucosa do trato gastrointestinal e do sistema reprodutivo³.

A doença oncológica e o próprio tratamento podem causar diversos efeitos colaterais, os quais podem interferir no estado nutricional, no comportamento alimentar e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos pacientes. Dentre estes, estão as dificuldades de alimentação, envolvendo alterações no paladar, recusa alimentar, mucosite, xerostomia e disfagia⁴. Podem ocorrer, também, efeitos colaterais no trato gastrointestinal, como náuseas, vômito, diarreia, constipação e inapetência^{5,6}. Devido à subnutrição, este público apresenta maiores riscos de intolerância à quimioterapia, susceptibilidade a infecções, baixa imunidade, cicatrização de feridas prejudicada e, ainda, reincidência do tumor⁷.

A alimentação envolve o ato de comer ou beber, incluindo a preparação de alimentos e líquidos para ingestão, sucção ou mastigação e deglutição. O processo de deglutição é complexo e define-se

pelo transporte de saliva, líquidos e alimentos da boca para o estômago, mantendo as vias aéreas protegidas. Quando há alguma dificuldade ou alteração neste mecanismo, denomina-se disfagia orofaríngea⁸.

Já, os distúrbios alimentares, compreendem uma série de dificuldades relacionadas à alimentação, que podem ou não envolver a deglutição⁸. De modo geral, as dificuldades alimentares comprometem a nutrição adequada e possuem causas multifatoriais, podendo incluir patologia orgânica, como o câncer, problemas motores-orais, comportamentais e/ou do desenvolvimento. Caracterizam-se por um desvio do comportamento alimentar, recusa alimentar, ingestão seletiva, pouca quantidade ingerida e aversão à alimentação⁹. O termo “transtorno de alimentação pediátrico” proposto recentemente para unificação das dificuldades alimentares na infância é definido pela ingestão oral prejudicada, que não é apropriada para a idade e está relacionado a problemas médicos, nutricionais, alimentares e/ou psicossociais. Refere-se à incapacidade de consumir alimentos e líquidos suficientes para atender às necessidades nutricionais e de hidratação, devendo estar presente diariamente, por pelo menos duas semanas¹⁰.

No ambiente hospitalar, um dos principais motivos para a solicitação da avaliação fonoaudiológica é a suspeita de disfagia orofaríngea. Quando, após avaliação criteriosa, o paciente disfágico não apresenta condições para nutrição e hidratação por via oral de forma segura e funcional, o fonoaudiólogo, em conjunto com equipe multidisciplinar, costuma indicar uma via alternativa de alimentação¹¹.

Em pediatria, sabe-se que a alimentação enteral é indicada em situações como: risco de aspiração pulmonar; distúrbio de deglutição; pacientes críticos sob ventilação mecânica; alteração do nível de consciência; necessidades calóricas e proteicas maiores do que as atingidas com alimentação oral; transição da nutrição parenteral para oral; alimentação do paciente desnutrido, sendo o câncer, uma das doenças que comumente necessitam de nutrição por esta via¹². De acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, a terapia enteral está indicada quando a via oral for insuficiente, ou seja, na presença de ingestão oral em torno de 60% das necessidades nutricionais, ou quando o paciente não puder utilizar a via oral¹³.

Diante da necessidade de compreender e estudar o papel do fonoaudiólogo na especificidade

da área em discussão, para além da disfagia, o objetivo do estudo foi relatar o acompanhamento fonoaudiológico nas dificuldades alimentares a partir da análise retrospectiva de 3 casos com câncer infanto-juvenil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de série de casos retrospectivo e descritivo-qualitativo, realizado com base nos dados apresentados por pacientes durante a internação hospitalar e atendimentos em ambulatório no Hospital da Criança Santo Antônio – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa deste mesmo hospital, sob o parecer de número 1.871.433. Os familiares e pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram, respectivamente, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento.

O estudo envolveu uma amostra de conveniência composta por pacientes acompanhados pela equipe do Serviço de Oncologia Pediátrica deste hospital, a qual atende crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses. A coleta foi realizada por meio de dados extraídos de prontuário eletrônico da instituição, onde constavam as evoluções médicas e das demais equipes de saúde dos pacientes internados de março de 2018 a agosto de 2019. Os critérios de inclusão foram pacientes que tiveram diagnóstico médico de câncer e solicitação de avaliação fonoaudiológica para investigação de deglutição/alimentação. Os critérios de exclusão foram pacientes com disfagia orofaríngea, e/ou problemas alimentares prévios ao diagnóstico oncológico e não assinatura dos termos éticos.

Para descrever essa série de casos e caracterizar a amostra, coletou-se as seguintes variáveis em prontuário: sexo, diagnóstico médico, idade na ocasião do diagnóstico oncológico, idade na primeira avaliação fonoaudiológica, diagnóstico nutricional, tipo do(s) tratamento(s) oncológico(s) realizado(s), medicações utilizadas no tratamento quimioterápico e dados da avaliação fonoaudiológica. A avaliação fonoaudiológica foi composta por entrevista inicial com as principais queixas, avaliação com o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED)¹⁴, definido como padrão pela equipe de assistência neste hospital. O protocolo PAD-PED inclui variáveis referentes ao exame estrutural e funcional de órgãos fonoarticu-

latórios e a observação com critérios estabelecidos de deglutição de saliva e alimentos em diferentes consistências, formas e utensílios, propondo também, a classificação da deglutição. Para o registro dos comportamentos alimentares identificados, foram anotados de forma descritiva os principais achados, sem a utilização de um protocolo específico, na ocasião da coleta da pesquisa.

As avaliadoras foram duas fonoaudiólogas residentes, participantes do Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Atenção ao Câncer Infantil da UFCSPA/ISCMPA, capacitadas pela preceptora e tutora da residência, sobre os instrumentos e procedimentos utilizados na rotina do serviço. A oferta da alimentação foi realizada pelos pais/cuidadores de forma espontânea e foram observados: tipo de alimento, consistência e utensílios utilizados, ritmo da oferta, interação e manejo familiar, principais sintomas da dificuldade alimentar e efeitos adversos, como vômitos e náuseas, antes, durante e após a oferta da alimentação⁸. Além disto, coletou-se dados relacionados às estratégias e condutas fonoaudiológicas, como adaptação da alimentação, indicação de uma via alternativa para alimentação e acompanhamento dos casos. Para o controle de ingestão de alimentos, foi realizado diário alimentar, preenchido pelos pais/cuidadores. A equipe de fonoaudiologia deste hospital registra os principais achados sobre o comportamento alimentar sem a utilização de um protocolo específico.

Apresentação dos casos

No presente estudo, por não atenderem aos critérios de inclusão, dois casos foram excluídos desta amostra. O primeiro caso excluído esteve em acompanhamento com a equipe de fonoaudiologia, entretanto, não foi possível obter a assinatura dos termos éticos obrigatórios, já que a equipe, após o óbito do paciente, não conseguiu contato com o responsável legal. No segundo caso excluído do estudo, durante o processo de avaliação, foi identificado o histórico de dificuldade de alimentação prévia ao diagnóstico de câncer infanto-juvenil.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, diagnóstico de Ependimoma grau II aos quatorze anos e oito meses. Como tratamento, realizou ressecção parcial do tumor e radioterapia. Dois meses após a radioterapia, paciente com quinze anos, foi in-

ternado devido à baixa ingestão de alimentos por inapetência, náusea e vômitos. Neste momento, foi iniciado o acompanhamento fonoaudiológico, a partir da solicitação médica para investigação de disfagia orofaríngea. Em entrevista inicial, a paciente queixou-se de paladar alterado, inapetência, náuseas e vômitos. Na avaliação estrutural e funcional de órgãos fonoarticulatórios, apresentou estruturas e funções orais dentro dos padrões de normalidade. Na avaliação clínica da deglutição, apresentou deglutição normal e ausência de sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Com o objetivo de reestabelecer nutrição, prazer e conforto oral, foram realizados ajustes no plano alimentar, com adição de suplementação alimentar e adaptação do cardápio às suas preferências, juntamente com a equipe de nutrição. A avaliação nutricional teve como diagnóstico magreza (OMS, 2007), com ingestão alimentar < de 60% das necessidades calóricas diárias. Não foi localizado em prontuário diagnóstico nutricional prévio ao tratamento oncológico. Diante do agravo do estado nutricional, em discussão de caso com equipe multidisciplinar, sugeriu-se uma via alternativa para alimentação, sendo a gastrostomia a opção mais bem aceita pela paciente. Além da via alternativa, manteve-se a alimentação por via oral, conforme aceitação. Após a alta hospitalar, a paciente foi acompanhada via ambulatório de fonoaudiologia para gerenciamento da alimentação por via oral, tendo em vista que a mesma permanecia com queixa de inapetência, além de desmotivação e incômodo digestivo, o que dificultou a progressão de dieta por via oral. Ela apresentava resistência na administração da dieta por via alternativa, assim como na alimentação por via oral. Durante o acompanhamento fonoaudiológico ambulatorial, realizou-se: aconselhamento à paciente e família devido ao quadro clínico desfavorável; incentivo ao retorno à alimentação por via oral, conforme desejo da paciente, acolhendo e respeitando seus sentimentos e desconfortos; controle de ingestão alimentar; orientações de possibilidades de utensílios, consistências alimentares, sabores e temperaturas conforme suas preferências, sugerindo-se alimentos cítricos e gelados para possível melhor aceitação. A paciente foi acompanhada, também, pelas equipes de nutrição e psicologia, com pouca adesão aos tratamentos. Após um ano e quatro meses com a gastrostomia, o diagnóstico nutricional manteve-se o mesmo, embora progressão da ali-

mentação por via oral para três vezes ao dia, sendo outras três vezes pela gastrostomia. Cabe destacar que o diagnóstico da equipe de psicologia alertava para a interferência dos aspectos comportamentais no tratamento da paciente, incluindo o manejo e acompanhamento da alimentação.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, diagnóstico de Meduloblastoma clássico grau IV (cerebelo) aos oito anos e dois meses. Como tratamento, realizou ressecção total do tumor, radioterapia e quimioterapia. As drogas utilizadas no tratamento quimioterápico foram as seguintes: cisplatina, vincristina e ciclofosfamida. O acompanhamento fonoaudiológico foi iniciado aos oito anos e dez meses, durante o 3º ciclo de quimioterapia, quando foi solicitada uma avaliação devido às queixas de inapetência e baixa aceitação de alimentos desde o início do tratamento de quimioterapia. Em entrevista inicial, o paciente referiu paladar alterado, com preferência por alimentos gordurosos e salgados, náusea, vômito e dificuldade em tolerar o odor de alguns alimentos. Na avaliação estrutural e funcional de órgãos fonoarticulatórios, apresentou estruturas e funções orais dentro dos padrões de normalidade. Na avaliação clínica da deglutição, apresentou deglutição normal e ausência de sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Foram realizados ajustes no plano alimentar, com adição de suplementação alimentar e adaptação do cardápio às suas preferências, juntamente com a equipe de nutrição. No entanto, paciente permaneceu com baixíssima aceitação, sendo esta < de 60% das necessidades calóricas diárias, embora diagnóstico nutricional de eutrofia (OMS, 2007), porém com risco nutricional devido à perda progressiva de peso. Em discussão multidisciplinar, sugeriu-se a alimentação por via alternativa. Inicialmente, a sonda nasoenteral (SNE) foi utilizada, permanecendo menos de 24 horas devido perda em episódio de vômito, em que o paciente não aceitou repassá-la, relatando dor. Optado por equipe multidisciplinar, a tentativa de dieta por via oral novamente. Verificou-se a persistência da baixa aceitação da alimentação, sendo recomendada, então, gastrostomia, a qual foi realizada ao final do 6º ciclo de quimioterapia. Além da via alternativa para alimentação, o paciente permaneceu com alimentação por via oral, conforme aceitação. Após finalizar o tratamento

oncológico, o acompanhamento fonoaudiológico teve seguimento via ambulatório, com atendimentos para gerenciamento da alimentação por via oral. O paciente também foi acompanhado pela equipe de nutrição via ambulatório. Durante os atendimentos, realizou-se: aconselhamento à paciente e família devido ao quadro clínico desfavorável; incentivo ao retorno à alimentação por via oral, conforme desejo da paciente, acolhendo e respeitando seus sentimentos e desconfortos; controle de ingestão alimentar; orientações de possibilidades de utensílios, consistências alimentares, sabores e temperaturas conforme suas preferências, sugerindo-se alimentos cítricos e gelados para possível melhor aceitação. O paciente apresentou melhora da apetência e aumento progressivo da ingestão de alimentos, com diagnóstico nutricional de eutrofia (OMS, 2007). Devido à evolução do quadro, a gastrostomia foi retirada quatro meses após a finalização da quimioterapia, totalizando seis meses de uso.

Caso 3

Paciente do sexo masculino, diagnóstico de tumor de células germinativas misto, constituído por Teratoma maduro (cerca de 60%) e por tumor do seio endodérmico (40%), com metástase pulmonar e retroperitônio, aos quatorze anos e 10 meses. Como tratamento, realizou orquiectomia, ressecção de tumor retroperitoneal, lobectomia inferior e médio direita e quimioterapia. As drogas utilizadas no tratamento quimioterápico foram as seguintes: cisplatina, etoposida e ifosfamida. Desde o início da quimioterapia, o paciente apresentou baixíssima aceitação de alimentação por via oral, sendo esta quase nula, aceitando melhor os líquidos. O

acompanhamento fonoaudiológico foi iniciado aos quinze anos, no 2º ciclo da quimioterapia. Em entrevista inicial, ele relatou inapetência, náusea e vômito ao tentar alimentar-se e alteração no paladar, necessitando cuspir com frequência sua saliva, a fim de evitar deglutir, por queixa de gosto amargo. Na avaliação estrutural e funcional de órgãos fonoarticulatórios, apresentou estruturas e funções orais dentro dos padrões de normalidade. Na avaliação clínica da deglutição, apresentou deglutição normal e ausência de sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. O paciente apresentava diagnóstico nutricional de eutrofia (OMS, 2007), com risco nutricional devido à perda progressiva de peso. Foram realizados ajustes no plano alimentar, com adição de suplementação alimentar e adaptação do cardápio às suas preferências, juntamente com a equipe de nutrição. No entanto, o paciente permaneceu com baixíssima aceitação dos alimentos, sendo esta < de 60% das necessidades calóricas diárias. Diante da situação, sugeriu-se a alimentação por via alternativa para adequada nutrição. O paciente utilizou SNE para alimentação durante dois dias, perdeu-a ao vomitar e não aceitou repassá-la novamente. Observou-se que nos períodos de intervalo dos ciclos de quimioterapia, o paciente apresentava maior ingestão de alimentos, sendo definida, por equipe multidisciplinar, a manutenção da dieta por via oral exclusiva. O paciente ainda estava em tratamento quando os dados foram coletados, sendo acompanhado pela equipe de fonoaudiologia durante internações, no início do tratamento quimioterápico.

Os dados coletados para a caracterização da amostra podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1. Dados coletados para a caracterização da amostra

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Idade do diagnóstico médico	14 anos	8 anos	14 anos
Diagnóstico oncológico	Ependimoma	Meduloblastoma	Tumor de células germinativas
Tratamento médico	Cirurgia e radioterapia	Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	Cirurgia e quimioterapia
Drogas utilizadas no tratamento quimioterápico	-	Cisplatina, vincristina e ciclofosfamida	Cisplatina, etoposida e ifosfamida
Início do acompanhamento fonoaudiológico	Após radioterapia	Durante quimioterapia	Durante quimioterapia
Diagnóstico fonoaudiológico	Transtorno de alimentação	Transtorno de alimentação	Transtorno de alimentação
Principais sintomas da dificuldade alimentar	Inapetência, alteração de paladar, náusea, vômito.	Inapetência, alteração de paladar, náusea, vômito, dificuldade em tolerar cheiros de alimentos.	Inapetência, alteração de paladar, náusea, vômito.
Diagnóstico nutricional (OMS, 2007)	Magreza	Eutrofia	Eutrofia
Via de alimentação durante o acompanhamento	Via oral e gastrostomia	Via oral, sonda nasoenteral e gastrostomia	Via oral e sonda nasoenteral
Tempo de uso da via alternativa para alimentação	17 meses (em uso)	2 dias com sonda nasoenteral e 6 meses com gastrostomia	2 dias
Local do atendimento fonoaudiológico	Internação e ambulatório	Internação e ambulatório	Internação

Discussão

A atuação fonoaudiológica em dificuldades alimentares é recente no Brasil, havendo carência de estudos longitudinais e relatos de casos, sendo este um fator restritivo para a melhor discussão do acompanhamento fonoaudiológico do paciente oncológico pediátrico. O fonoaudiólogo conquistou o reconhecimento da avaliação e tratamento das disfagias orofaríngeas pelas equipes multidisciplinares, entretanto a atuação junto aos problemas alimentares ainda vem sendo construída.

Um estudo recente que avaliou a prevalência de alterações fonoaudiológicas em crianças e adolescentes no momento da matrícula de um instituto oncológico, descreveu a ocorrência de disacusia, disartria, disfagia, paralisia facial e de língua neste público¹⁵. O estudo não incluiu as dificuldades alimentares que acometem este público e que foram encontradas no nosso estudo.

A partir dos casos descritos, foi possível observar algumas das dificuldades alimentares vivenciadas pelos pacientes pediátricos no decorrer do tratamento oncológico, com conseqüente prejuízo na ingestão oral de alimentos. Nos “Caso 2” e “Caso

3”, o sintoma de inapetência ocorreu durante o tratamento quimioterápico e no “Caso 1” após a intervenção radioterápica, com agravo importante da inapetência gerando uma reinternação hospitalar. Um estudo prospectivo, publicado recentemente, que incluiu 125 crianças com câncer e teve como objetivo descrever a frequência e as dificuldades alimentares mais comuns neste período, mostrou que mais de 90% delas apresentou pelo menos um transtorno alimentar, sendo o mais frequente a ingestão alimentar inadequada por inapetência¹⁶.

A população infantil portadora de câncer pode ser suscetível aos efeitos das alterações do paladar, queixa comum aos três casos do presente estudo. Os pacientes oncológicos apresentam alterações significativas do limiar da detecção dos sabores, quando comparados com pacientes sem câncer^{17,18}. Durante o tratamento, quimioterápico e/ou radioterápico, podem ocorrer alterações na sensibilidade ao paladar e ao odor, bem como sensações metálicas e amargas, frequentemente relatadas pelos pacientes. Estas têm sido associadas a uma diminuição do apetite, ingestão alimentar e prejuízo na qualidade de vida¹⁹.

Outro estudo enfatiza a necessidade de maior sensibilização dos clínicos para casos de distúrbios do paladar. Refere que agentes quimioterápicos usados no tratamento do câncer, como drogas únicas ou em associação, podem apresentar efeitos colaterais significativos, porque não agem apenas nas células tumorais. Dentre estes, os mais associados às alterações do paladar incluem a cisplatina, vincristina, ciclofosfamida, carboplatina, doxorubicina, fluorouracil, metotrexato e levamisol²⁰. As três drogas utilizadas no tratamento do paciente do “Caso 2” estão descritas nesta lista. O paciente do caso “Caso 3” utilizou uma delas. O artigo traz sugestões de manejo e propõe que o primeiro passo seja reconhecer os sintomas como um problema clínico real, para então procurar a droga causadora. Dentre as recomendações, estão a identificação de outros problemas relacionados à alteração no paladar, melhora da higiene oral, redução da dose ou substituição por droga equivalente, evitar excesso de lavagem bucal e escovação agressiva, uso de gomas de mascar sem açúcar ou pedaços de gelo para ajudar a reduzir os sintomas.

Outros sintomas que constituem fator de risco para a desnutrição são diarreia, náusea, vômito, mucosite, xerostomia, esofagite e constipação, sendo náusea e vômito também observados em todos os casos deste estudo. Sabe-se que a desnutrição e a perda acelerada de peso são frequentes em pacientes oncológicos, ocorrendo devido a alterações locais e metabólicas produzidas pelas células tumorais, assim como pelos efeitos secundários do tratamento antineoplásico²¹.

No presente estudo, a via alternativa de alimentação foi indicada a todos os pacientes, devido à ingestão insuficiente da alimentação por via oral, sendo esta decisão discutida entre a equipe multidisciplinar composta por médico oncologista, nutricionista e fonoaudiólogo, incluindo familiares e paciente. Um estudo que avaliou a tolerância e eficácia da alimentação por gastrostomia preventiva em oncologia pediátrica verificou que a gastrostomia foi utilizada em preferência à sonda nasogástrica devido à duração da nutrição enteral e da sua melhor tolerância em termos de aceitação físico e psicológico pelos pacientes⁷. Os pacientes do “Caso 1” e “Caso 2” apresentaram melhor aceitação pela gastrostomia, corroborando os achados do estudo citado.

De modo geral, o fonoaudiólogo participa da indicação da gastrostomia em casos de disfagia

orofaríngea²². Apesar de não ser uma conduta fonoaudiológica usual para pacientes com deglutição normal, diante de uma dificuldade alimentar relacionada ao tratamento oncológico, a qual a ingestão oral de alimentação está prejudicada, a indicação da via alternativa de alimentação deve ser considerada. A escolha do método mais adequado dependerá da situação que envolve o paciente, sendo o melhor método aquele que, considerando as diferentes circunstâncias, propicia menor risco e maior eficiência para a obtenção do melhor custo-benefício, além da concordância do paciente e seus familiares e experiência da equipe multidisciplinar. A indicação precoce de nutrição enteral é um dos principais objetivos da terapia nutricional em crianças e adolescentes com câncer. Nas últimas décadas, houve um aumento importante de indicações em países mais desenvolvidos, com bons resultados quanto à recuperação e/ou manutenção do estado nutricional²³.

Durante o tratamento, devido à recusa alimentar, o paciente pode sofrer pelo manejo inadequado e práticas de alimentação negativas por parte das famílias, como forçar o filho a comer, as quais podem ocasionar problemas psicológicos, estresse e conflitos entre os pacientes e suas famílias. Sabe-se que os efeitos da própria doença, do tratamento, e problemas na alimentação e nutrição causadas por estes efeitos secundários têm consequência negativa sobre o conforto do paciente, da família, físico, emocional, ambiental e socioculturalmente^{24,25}.

Um estudo sobre o papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multidisciplinar da criança com dificuldade alimentar, apresentou um caso caracterizado por recusa alimentar, tempo prolongado das refeições, defesa sensorio-oral, reflexo de vômito anteriorizado e dificuldade mastigatória. O estudo sugeriu uma visão ampliada da problemática, utilizando um Programa de Refeição Compartilhada. A mãe foi orientada a preencher um diário alimentar por três dias alternados com anotações sobre o momento do consumo, quantidade ingerida, com a descrição de todos os utensílios utilizados e modos de preparo dos alimentos. A partir da análise do caso, a equipe multidisciplinar definiu condutas e orientações, como: redução da pressão para comer, estimulação da autonomia e independência alimentar; importância de propiciar experiências orais agradáveis; respeito a preferências alimentares e demonstrações de saciedade; adequação nutricional de quantidade, volume,

variedade, apresentação, horários, inclusão no processo de preparo dos alimentos, desde a compra dos produtos, a preparação até o auxílio na colocação dos pratos, talheres e copos à mesa; redução de estímulos dispersivos, como TV e brinquedos; inclusão de tradições familiares e rotinas sociais²⁶. As condutas citadas por este estudo podem ser utilizadas como estratégias terapêuticas no atendimento ao paciente com câncer infanto-juvenil, respeitando as particularidades deste público.

O fonoaudiólogo que atua em distúrbios alimentares deve sempre melhorar a relação do paciente com a boca, com o alimento, e dos pais com o seu filho, no momento da refeição, proporcionando autonomia e independência na alimentação. Este profissional tem papel determinante na reconstrução do prazer alimentar, confiança e conforto oral, para que seja possível o retorno à alimentação prazerosa por via oral e livre de práticas alimentares negativas⁹. É imprescindível promover um espaço de escuta ativa, estando atento às queixas e demandas do paciente e família, visando à realização de um aconselhamento adequado e empático. Este estudo proporcionou maior compreensão e troca de experiências com equipe multidisciplinar sobre os aspectos e particularidades das dificuldades alimentares no câncer infanto-juvenil, assim como identificação das limitações da atuação.

Considerações finais

O fonoaudiólogo inserido na equipe multidisciplinar de cuidados ao paciente oncológico pediátrico é um dos profissionais habilitados para a realização do diagnóstico e acompanhamento de pacientes com dificuldades alimentares. O acompanhamento fonoaudiológico desses pacientes envolve a orientação ao paciente e familiares, tendo em vista a situação clínica desfavorável, o uso de estratégias terapêuticas para a redução das dificuldades alimentares, atuação em conjunto com equipe multiprofissional e participação na decisão da melhor via de alimentação durante as diferentes etapas do tratamento, assim como reintrodução da alimentação por via oral, se possível. Sugere-se a proposição de estudos envolvendo um número maior de pacientes, detalhando as especificidades da atuação fonoaudiológica no câncer infanto-juvenil.

Referências

1. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Tipos de Câncer: Câncer Infanto-juvenil. 2018. [Acesso em 2019 jan 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.
2. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(1): 71-83.
3. Ministério da Saúde. Oncologia. Manual de bases técnicas. Distrito Federal, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-de-oncologia-21-edicao-2015.pdf>
4. Taylor OD, Ware RS, Weir KA. Speech pathology services to children with cancer and nonmalignant hematological disorders. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2012 ;29(2): 98-108.
5. Poltronieri TS, Tusset C. Impacto do tratamento do câncer sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos: atualização da literatura. *Rev. bras. ciênc. Saúde*. 2016; 20(4): 327-332.
6. Loeffen EAH, Brinksma A, Miedema KGE, Tissing WJE. Clinical implications of malnutrition in childhood cancer patients—infections and mortality. *Support Care Cancer*. 2015; 23(1): 143-150.
7. Schmitt F, Caldari D, Corradini N, Gicquel P, Lutz P, Leclair MD, et al. Tolerance and efficacy of preventive gastrostomy feeding in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 2012; 59: 874-80.
8. ASHA: American Speech and Hearing Association. Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Services to Individuals with Swallowing and/or Feeding Disorders. 2002. Disponível em: <https://www.asha.org/policy/KS2002-00079/>
9. Diniz, PB. Recusa alimentar na infância – O que a fonoaudiologia tem a dizer e contribuir. In: Levy DS, Almeida ST. *Disfagia Infantil*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter. 2018. p. 85 – 95.
10. Goday PS, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019; 68(1): 124–129.
11. Barroqueiro PC, Lopes MKD, Moraes AMS. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev. CEFAC*. 2017; 19(2): 190-19.
12. Fernandes VPI, Lima A, Euzébio Junior AA, Nogueira R. Nutrição enteral em pediatria. *Resid Pediatr*. 2013; 3(3): 67-75
13. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.sbno.com.br/UploadsDoc/Consenso_Nutricao_vol_II_2_ed_2016.pdf
14. Almeida FCF. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri: Pró-Fono; 2014.
15. Coça KL, Bergmann A, Ferman S, Angelis EC, Ribeiro MG. Prevalência de distúrbios da comunicação, deglutição e motricidade orofacial em crianças e adolescentes no momento da matrícula em um hospital oncológico. *CoDAS*. 2018; 30(1): e20170123.
16. Damasco AE, Velasco HL, Zapata TM, Cardenas CR, Rivera LR. Feeding difficulties and eating disorders in pediatric patients with cancer. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2019; 76(3): 113–9.



17. Sánchez LK, et al. Influence of taste disorders on dietary behaviors in cancer patients under chemotherapy. *Nutrition Journal*, 2010; 9: 15.
18. David EBG, et al. Appetite disorders in cancer patients: Impact on nutritional status and quality of life. *Appetite*. 2017; 114: 23–27.
19. Ijpma I, Timmermans, E R, Renken, RJ, et al. Metallic Taste in Cancer Patients Treated with Systemic Therapy: A Questionnaire-based Study, *Nutrition and Cancer*. 2017; 69(1): 140-145.
20. Naik BS, Shetty N, Maben, EVS. Drug-induced taste disorders. *European Journal of Internal Medicine*. 2010; 21(3): 240–243.
21. Oliveira T, Angelis EC. Terapia nutricional e reabilitação do paciente com câncer de cabeça e pescoço. In: Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD, Shibuya E, Cotrim TH, Trintin LA et al. *Nutrição em oncologia*. 1a ed. São Paulo: Lemar; 2003. p.83-108.
22. Nogueira SCJ, et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(1): 94-104.
23. Garófolo A. Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2005 Aug [cited 2019 Nov 20]; 18(4): 513-527. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400007&lng=en.
24. Fleming CA., Cohen J, Murphy A, Wakefield CE, Cohn R J, Naumann FL. Parent feeding interactions and practices during childhood cancer treatment. A qualitative investigation. *Appetite*. 2015; 89: 219–225.
25. Bicakli DH, Uslu R, Güney SC, Coker A. The Relationship Between Nutritional Status, Performance Status, and Survival Among Pancreatic Cancer Patients. *Nutr Cancer*. 2019; 4: 1-7.
26. Junqueira P, et al. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(3): 1004-1011.

