



## Atuação interdisciplinar no manejo de sintomas

*Vitor Modesto Rosa*

### INTRODUÇÃO

**S**intomas gastrointestinais são frequentes em pacientes com doença oncológica e principalmente em doença avançada, podem ser decorrentes da própria doença ou de seu tratamento e implicam na diminuição da ingestão alimentar, desnutrição e piora da funcionalidade e qualidade de vida.

A abordagem multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos é a melhor alternativa para o adequado cuidado aos pacientes. Os principais sintomas gastrointestinais e seu tratamento não medicamentoso se encontram abaixo.

### ANOREXIA

Redução do apetite de forma involuntária relacionada à doença e ao tratamento. Ocorre em 50 a 70% dos pacientes com câncer.

#### ***Tratamento***

Conscientizar o paciente da necessidade de comer apesar da inapetência, modificar a consistência da dieta conforme a aceitação do paciente, ofertar preparações com melhores apresentações visuais, aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia, aumentar a densidade calórica das refeições e quando necessário, utilizar complementos nutricionais hipercalóricos ou hiperproteicos.

### SACIEDADE PRECOCE

Sensação em que a pessoa se sente satisfeita antes de ingerir uma quantidade normal ou suficiente de alimentos, decorrente da dificuldade de esvaziamento gástrico. Ocorre de 6 a 84% nos pacientes com câncer.

### **Tratamento**

Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia, aumentar a densidade calórica das refeições e quando necessário, utilizar complementos nutricionais hipercalóricos ou hiperproteicos, dar preferência à ingestão de legumes cozidos e frutas sem casca e bagaço. Evitar alimentos e preparações hiperlipídicas e a ingestão de café, bebidas alcoólicas, refrigerantes ou qualquer bebida gaseificada.

### **TRISMO**

Dificuldade em abrir a boca que está em oclusão forçada. Presente em 5 a 38% de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

### **Tratamento**

Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia e utilizar artifícios para facilitar a ingestão (canudos, seringas, colheres, squeezes/garrafa tipo atleta).

### **SIALORREIA**

Inabilidade para controlar secreções orais levando a acúmulo excessivo de saliva em orofaringe. Resulta de múltiplas causas como disfunção neuromuscular, anormalidades anatômicas, hipersecreção, disfunção sensorial, disfagia, postura anormal, ausência de dentição.

### **Tratamento**

Evitar alimentos azedos e/ou ácidos, assim como balas e chicletes de menta.

### **XEROSTOMIA**

Sensação subjetiva de boca seca, conseqüente ou não da diminuição da função das glândulas salivares. Relacionada a medicamentos, fatores que afetam o centro salivar como Doença de Parkinson e menopausa, alterações na própria glândula. Ocorre em 30-77% dos pacientes com câncer em cuidados paliativos.

### **Tratamento**

Ingerir alimentos com caldos ou molhos, chupar balas azedas e/ou ácidas, chicletes de menta sem açúcar, picolés ou gelo, ingerir líquidos em abundância e evitar ingestão de alimentos secos.

### **DISFAGIA**

Dificuldade para deglutir. Pode ser causada por alterações anatômicas, neurológicas e motivacionais.

#### ***Tratamento***

Encaminhar ao fonoaudiólogo. Orientar dieta pastosa batida sem líquidos, até orientação do fonoaudiólogo. Em caso de disfagia a líquidos, semilíquidos e pastosos, indicar o uso de espessantes, caso disfagia a alimentos sólidos, orientar ingerir pequenos volumes de líquidos junto às refeições para facilitar a mastigação e deglutição. Evitar alimentos secos.

### **ODINOFAGIA**

Dor à deglutição. Pode ser causada por infecções como candidíase, mucosite, lesões neoplásicas.

#### ***Tratamento***

Encaminhar a fonoaudiólogo. Consumir alimentos na consistência que for melhor tolerada, e que ofereça menos dificuldade para mastigar ou engolir, podendo variar entre branda, pastosa ou líquida (conforme avaliação do fonoaudiólogo). Pequenos goles de água ou suco durante as refeições também podem ajudar a deglutir e fazer as refeições em pequenas quantidades, várias vezes ao dia.

### **DISGEUSIA**

Alteração de paladar. Acomete cerca de 25-50% dos pacientes com câncer avançado.

#### ***Tratamento***

Enxaguar a boca antes das refeições, utilizar balas ou sucos azedos e/ou ácidos (se paciente não apresentar mucosite) e temperos naturais em maior quantidade, substituir os talheres de metal por plásticos (caso sinta sabor residual metálico) e fazer bochechos com chá de camomila antes das refeições. Evitar extremos de temperatura.

### **MUCOSITE**

Lesão inflamatória ou ulcerativa da mucosa oral relacionadas ao tratamento quimioterápico ou radioterápico. São mais frequentes em pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço em radioterapia com dose maior que 5000cGy e com quimioterapia associada.

### **Tratamento**

Encaminhar ao odontologista, orientar boa higiene oral com escovação de dentes e língua. Orientar a preferir alimentos macios, pastosos, a temperatura ambiente. Evitar alimentos ácidos, picantes ou muito salgados e alimentos em extremos de temperatura.

### **NAUSEAS E VÔMITOS**

Náusea é a sensação desagradável da necessidade de vomitar. Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal. Acomete cerca de 30% dos pacientes com câncer avançado. Muitas causas podem estar envolvidas em sua etiologia, como: gastroparesia, constipação e obstrução intestinal, medicamentos, quimioterápicos, radioterapia, hipercalcemia, insuficiência renal, hipertensão intracraniana, ansiedade, medo e alterações vestibulares.

### **Tratamento**

Orientar a preferir alimentos gelados ou em temperatura ambiente, realizar as refeições em local arejado, realizar pequenas refeições em menor intervalo de tempo (6 a 8 refeições/dia), mastigar devagar os alimentos, beber sucos ou chupar gelo ou picolés de frutas cítricas (se paciente não apresentar mucosite) nos intervalos das refeições. Evitar ingerir líquidos durante o almoço e jantar, frituras e alimentos gordurosos, doces concentrados e condimentos fortes. Não deitar-se após as refeições e não permanecer próximo a cozinha durante preparo das refeições.

### **CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

Dificuldade em evacuar. Dentre as principais causas, encontram-se: medicamentos (opióides, anticolinérgicos), distúrbios hidroeletrólíticos (desidratação, hipercalcemia, uremia, hipocalemia), hipotireoidismo, distúrbios neurológicos e de mobilidade, anormalidades estruturais (massas pélvicas), dor à evacuação, falta de privacidade ou assistência para transferências ao vaso sanitário.

### **Tratamento**

Orientar a ingerir frutas laxativas, líquidos em abundância, legumes e verduras preferencialmente crus, frutas com casca e bagaço, alimentos/produtos integrais, leguminosas, leite e derivados. Evitar alimentos constipantes (exemplo: ricota, sagu, tapioca, pêra e maçã sem, casca, maisena, etc.)

## DIARREIA

Evacuação líquida de 3 ou mais episódios ao dia. Excluir a falsa diarreia causada por fecaloma, obstrução intestinal parcial, intolerância alimentar, cólon irritável, ansiedade ou medo. Pode ser induzida por agentes quimioterápicos, uso abusivo de laxativos ou medicações contendo magnésio como antiácidos, alimentação enteral e infecções.

### **Tratamento**

Orientar a ingerir líquidos em abundância, alimentos constipantes, sucos de frutas coados e sem açúcar. Evitar leite de vaca e derivados, gorduras em geral, frutas cruas em geral, sementes oleaginosas, condimentos picantes, conservas em geral, açúcar e doces concentrados, embutidos, cereais integrais, leguminosas (consumir apenas o caldo), hortaliças e verduras folhosas cruas e alimentos que causam flatulência.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Abayomi J, Kirwan J, Hackett A. The prevalence of chronic radiation enteritis following radiotherapy for cervical or endometrial cancer and its impact on quality of life. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13:262–7.
2. Alt-Epping et al. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings – a prospective survey in palliative care. *Support Care Cancer* (2012) 20: 531-537.
3. Bacon C, Giovannucci E, Testa M, *et al.* The association of treatment-related symptoms with quality of life outcomes for localized prostate carcinoma patients. *Cancer* 2002;94:862–71.
4. Bozzetti, F. on behalf of the SCRINIO Working Group. Screening the nutritional status in oncology: a preliminary report on 1000 outpatients. *Supportive Care in Cancer*. 2009 Mar;17(3):279-84.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
7. Calsina-Berna et al. Treatment of Chronic Hiccups in Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*. 2012 vol 15, (10), 1142-1150.
8. Cherny. Evaluation and Management of Treatment-Related Diarrhea in Patients with Advanced Cancer: A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008, vol 36 (4), 413-423.
9. Clark and Currow. Constipation in Palliative Care: What Do We Use as Definitions and Outcome Measures? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012 1-10.
10. Clinical Nutrition. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. (2007) 26, 289–301.
11. Consenso Brasileiro de Constipação intestinal induzida por opióides. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2009; 2 (suplemento 1).
12. Consenso Brasileiro de Náuseas e Vômitos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2011; 3 (3) Suplemento 2.
13. De Simone et al. Atropine drops for drooling: a randomized controlled Trial. *Palliative Medicine* 2006; 20: 665-671.
14. Diamantis G et al. Quality of life in patients with esophageal stenting for the palliation of malignant dysphagia. *World Journal of Gastroenterology*. 2011 January 14; 17 (2): 144-150.

15. Dolan. Malignant Bwel Obstruction: A Review of Current Treatment Strategies. 2011. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 28 (8) 576-582.
16. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em Cuidados Paliativos. Acta Med Port 2005; 18; 459-466.
17. Feyer and Jordan. Update and new trends in antiemetic therapy: the continuing need for novel therapies. Annals of Oncology 22: 30-38, 2011.
18. Glare et al. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clinical Intervention in Aging 2011; 6: 243-259.
19. Glore RJ et al. A patient with dry mouth. Clinical Otolaryngology 2009; 34: 358-363.
20. Lalla et al. Management of Oral Mucositis in Patients Who Have Cancer. The Dental Clinics of North America 52 (2008) 61-77.
21. Langmore et al. Disorders of Swallowing: Palliative Care. Otolaryngol Clin N Am 42 (2009) 87-105.
22. Librach et al. Consensus Recommendations for the Management of Constipation in Patients with Advanced, Progressive Illness. Journal of Pain and Symptom Management. 2010 Vol 40 N. 5: 761-773.
23. Merello M. Sialorrhoea and Drooling in Patients with Parkinson's Disease. Epidemiology and Management. Drugs Aging. 2008; 25 (12): 1007-1019.
24. Revista Brasileira de Cancerologia. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos, 2000, 46(3): 243-56.
25. Sanz-Ortiz, J.; Moreno Nogueira, J. A.; Garcia de Lorenzo y Mateos, A. Protein energy malnutrition (PEM) in cancer patients. Clinical & Translation Oncology, v. 10, n. 9, p. 579-582, 2008.
26. Tolentino et al. Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. J Appl Oral Sci. 2011. 11 (5) 448-454.
27. Wilberg P et al. Oral health is na important issue in end-of-life câncer care. Support Care Cancer (2012) 20, 3115-3122.
28. Duval PA, VargasBL, Fripp JC, Arrieira ICO, Lazzeri B, Destri K, Assunção MCF. Caquexia em Pacientes Oncológicos Internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(2): 207-212.
29. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, Cardoso LGV. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 163-171.