



Guia de Alimentação na Pessoa com Cancro

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autoria:



Com os apoios:



Guia de Alimentação na Pessoa com Cancro

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esta publicação é destinada a profissionais de saúde. Com o apoio da Danone Nutricia Unipessoal, Lda.

Os conteúdos incluídos na presente publicação são da exclusiva responsabilidade dos seus Autores e destinam-se a profissionais de saúde. A Danone Nutricia Unipessoal, Lda. limita-se a colaborar com a impressão da presente publicação, não podendo, em caso algum, ser entendida como Autora da mesma.

Os dados utilizados nesta publicação foram recolhidos, pelos Autores, a partir das fontes oportunamente indicadas na secção Referências Bibliográficas e/ou obtidos a partir de informação científica de acordo com as legis artis, devendo, por isso, ser interpretados como meramente indicativos e potencialmente aplicáveis, apenas, em Portugal. A presente publicação não constitui nem pode ser entendida como ferramenta, instrumento ou suporte para diagnóstico. A informação e os conteúdos disponibilizados nesta publicação não devem, em caso algum, substituir conselhos médicos ou nutricionais individuais: a responsabilidade sobre o tratamento recairá, em todos os casos, sobre o profissional de saúde.

A Danone Nutricia Unipessoal, Lda. não é também responsável pelo diagnóstico ou tratamento decorrente da interpretação dos conteúdos desta publicação, nem pela utilização de fármacos e tratamentos e/ou recomendações de saúde que não estejam abrangidos na ficha técnica ou na prática clínica habitual.

Índice

Introdução	2
1. A importância da alimentação na pessoa com cancro	4
2. Impacto da malnutrição oncológica nos resultados	8
3. Identificar o risco nutricional e avaliar o estado nutricional	9
4. Como intervir na malnutrição – papel da equipa multidisciplinar	13
4.1. Intervenção nutricional	14
4.2. Intervenção farmacológica	18
4.3. Intervenção da enfermagem	19
5. Gestão de sintomas com impacto nutricional	21
5.1. Anorexia.....	22
5.2. Disgeusia	22
5.3. Náuseas e vômitos.....	23
5.4. Mucosite.....	25
5.5. Xerostomia	27
5.6. Diarreia	28
5.7. Obstipação.....	30
5.8. Oclusão intestinal.....	31
5.9. Disfagia	33
5.10. Fadiga	34
5.11. Neutropenia.....	35
6. Indicação para a toma de suplementos nutricionais orais.....	37
7. Pessoas com doença avançada e em cuidados de fim de vida.....	39
8. O sobrevivente.....	40
9. Atividade Física e Exercício Físico.....	41
10. Integração multidisciplinar	42
11. Referências bibliográficas.....	43

Introdução

A nutrição é fundamental no processo terapêutico da pessoa com cancro, em todas as fases da trajetória da doença. A intervenção nutricional molda-se àqueles que são os objetivos e intuito terapêutico de cada fase da doença, ajustando-se a abordagens de intenção curativa, paliativa ou de reabilitação.

A alimentação desempenha um papel social na nossa cultura que não deve ser menosprezado. Desse modo, envolver a família/cuidadores na educação e aconselhamento é fundamental para ajustar expectativas e atitudes perante a terapêutica nutricional e para a partilha da desmistificação de alguns conceitos.

A gestão nutricional da pessoa com cancro é, assim, um processo complexo, multifatorial, com várias etapas e com a integração de diversas valências e conhecimentos científicos. O bem-estar físico e mental da pessoa com cancro deve ser assegurado em todos os momentos, bem como fomentada a integração da família na gestão nutricional. A multidisciplinariedade centrada na pessoa com cancro é indispensável para o sucesso das intervenções.

Sendo a nutrição um componente específico da abordagem do doente, é, contudo, um tema abrangente e recorrente nas preocupações das pessoas com cancro e cuidadores nas várias interações com diferentes profissionais de saúde.

Este guia é feito por profissionais que diariamente cuidam pessoas que estão a passar ou já passaram por um processo de doença oncológica.

Pretende ser uma ferramenta útil que permita a todos os profissionais orientar as questões nutricionais mais básicas dos doentes que acompanham.

Painel de autores do guia da Associação de Investigação de Cuidados de Suporte em Oncologia (AICSO)



Andreia Capela

Presidente da AICSO e Médica Oncologista
no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/
Espinho (CHVNGE)



Elsa Madureira

Nutricionista no Centro Hospitalar
e Universitário de São João



Luciana Teixeira

Nutricionista no Centro Hospitalar
e Universitário de São João



Sara Torcato Parreira

Enfermeira Coordenadora
na CUF Oncologia



1. A importância da alimentação na pessoa com cancro

As pessoas com cancro, dependendo do tipo, localização e estadió da doença, têm elevado risco de malnutrição e são muito suscetíveis a mitos e desinformação no que respeita à alimentação. Por isso, durante todo o percurso da doença, doentes e cuidadores devem ser orientados sob o ponto de vista nutricional. Frequentemente chegam já malnutridos ao diagnóstico e é a perda de peso que leva a pessoa com cancro a procurar o médico.

A malnutrição oncológica refere-se a um complexo processo de alteração da composição corporal associado a inflamação sistémica, com perda de massa muscular (acompanhada ou não de perda de massa gorda), perda de peso, anorexia, insulinoresistência e outras alterações metabólicas.

Os estados de malnutrição podem estar diretamente relacionados com a doença ou ser uma consequência dos tratamentos.

A malnutrição é provocada pela conjugação de vários fatores decorrentes da presença de células tumorais.

Por um lado, os sintomas com impacto nutricional, provocados pela presença tumoral ou pelos tratamentos, como a anorexia, a obstrução pelo tumor ou as alterações anatómicas/fisiológicas, levam a uma ingestão alimentar insuficiente ou uma absorção nutricional alterada.

Por outro lado, a resposta inflamatória leva a alterações metabólicas e hormonais que culminam em alterações da composição corporal, ou seja, depleção da massa muscular, acompanhada, ou não, por perda de massa gorda e da alteração da sua composição.

A somar a tudo, a diminuição da atividade física também contribui para estas alterações da composição corporal.

Outros conceitos comumente relacionados com a malnutrição oncológica são a caquexia e sarcopenia oncológica.

CAQUEXIA ONCOLÓGICA



Refere-se a perda de peso associada a baixo Índice de Massa Corporal (IMC) e a sarcopenia, a inflamação e anorexia. Esta pode evoluir para Caquexia Refratária, que já não responde a nenhum tipo de intervenção nutricional ou farmacológica.

SARCOPENIA ONCOLÓGICA



Refere-se à perda de massa, função e força muscular e pode coexistir com a malnutrição e a caquexia na pessoa com cancro.

Malnutrição	Caquexia	Sarcopenia
3 critérios	3 critérios	2 critérios
Rastreio positivo (NRS 2002, MUST, MST, ...)	Rastreio positivo (NRS 2002, MUST, MST, ...)	Rastreio positivo (SARC-F) - opcional
+ Critério fenotípico Perda de massa corporal. Pelo menos 1: - Perda de peso > 5% 6 meses - IMC < 20 kg/m² - Baixa massa muscular	+ Critério fenotípico Perda de massa corporal. Pelo menos 1: - Perda de peso > 5% 6 meses - IMC < 20 kg/m² - Baixa massa muscular	Baixa força muscular  Baixa massa ou qualidade muscular
+ Critério etiológico - Reduzida disponibilidade alimentar - Ingestão < 50% por > 1 semana - Qualquer redução da ingestão por > 2 semanas - Malabsorção crónica - Aumento agudo ou crónico da inflamação sistémica	+ Critério etiológico Aumento agudo ou crónico da inflamação sistémica	

Tabela 1. Definições de malnutrição, caquexia e sarcopenia

Adaptado de Arends, J. Cancer Cachexia in Adult Patients: ESMO Clinical Practice Guidelines, 2021
MST, Malnutrition Screening Tool; MUST, Malnutrition Universal Screening Tool; NRS-2002, Nutrition Risk Screening 2002;
SARC-F, Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls;
SNAQ, Short Nutritional Assessment Questionnaire; IMC, Índice de Massa Corporal



É, por isso, fundamental a identificação precoce, pela equipa de saúde, dos doentes de maior risco e a referência para a consulta de nutrição.

O acompanhamento pré e durante os tratamentos tem como objetivo otimizar o estado nutricional, adaptar a ingestão alimentar aos sintomas e às alterações anatómicas ou funcionais provocadas pelo tumor ou pelos tratamentos como cirurgia, radioterapia, quimioterapia e outros e implementar a terapia nutricional artificial sempre que adequado, prescrevendo a nutrição entérica ou parentérica.

A intervenção nutricional em pessoas com cancro sob tratamento sintomático visa o conforto e a qualidade de vida, minimizando sintomas e a ansiedade (da pessoa e cuidadores) relacionada com a alimentação.

Após os tratamentos, é fundamental orientar o sobrevivente para a adoção de um estilo de vida saudável e/ou adaptar a sua alimentação de acordo com as sequelas permanentes.

2. Impacto da malnutrição oncológica nos resultados

A malnutrição em pessoas com cancro pode atingir prevalências que variam de 20-70%, dependendo do tipo de tumor, da idade da pessoa e do estadio da doença. As consequências da malnutrição podem ser devastadoras em termos de resultados clínicos, podendo estar associadas a:



Perda de peso e/ou de massa muscular



Diminuição da competência imunitária e aumento do risco de complicações infecciosas



Aumento do stresse psicológico e das complicações cirúrgicas



Perda de qualidade de vida



Aumento do risco de toxicidade terapêutica, levando a diminuição da intensidade da dose e do tratamento, com consequente diminuição da taxa de resposta



Aumento da mortalidade por cancro, sendo que alguns estudos apontam que a malnutrição pode ser responsável por 10-20% das mortes em oncologia



Aumento global dos custos em saúde, aumentando os contactos com os serviços e as idas a serviços de urgência, e prolongando os tempos de internamento

3. Identificar o risco nutricional e avaliar o estado nutricional

A identificação precoce das pessoas com cancro com maior risco nutricional permite o encaminhamento para o Nutricionista e uma intervenção nutricional mais atempada.

O rastreio nutricional deve ser realizado o mais precocemente possível, ainda durante os exames de diagnóstico e estadiamento, e deve ser repetido periodicamente durante todo o curso da doença. Pode ser realizado por qualquer profissional de saúde.

As pessoas com cancro identificadas com risco devem ser encaminhadas para o Nutricionista que realiza a avaliação do estado nutricional e intervém adequadamente.



* Se houver risco nutricional

Figura 1. Trajetória da avaliação nutricional

Para identificação de risco podem ser usadas diferentes ferramentas, validadas para a pessoa com cancro:

Ferramentas de rastreio nutricional	Aplicação
Nutriscore	Ambulatório e internamento
Patient Generated Subjective Global Assessment - short-form (PG-SGA® - SF)	Ambulatório e internamento
Nutritional Risk Screening (NRS-2002)	Internamento
Mini Nutritional Assessment – short form (MNA - SF)	Idosos (ambulatório e internamento)
Malnutrition Screening Tool (MST)	Ambulatório e internamento
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Comunidade
Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)	Internamento

Tabela 2. Ferramentas de Identificação de Risco Nutricional e aplicação

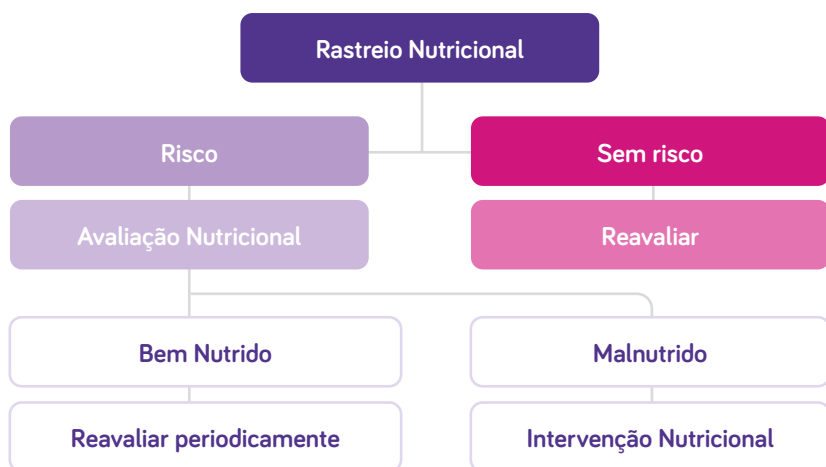


Figura 2. Árvore de decisão após Rastreio Nutricional

A pessoa com cancro identificada com risco é encaminhada para o Nutricionista que faz a avaliação do estado nutricional.

Para avaliação do estado nutricional são analisados os seguintes parâmetros:

- História clínica
- Ingestão alimentar/aporte nutricional
- Medidas antropométricas (Índice de Massa corporal (IMC), variação do peso, ...)
- Composição corporal – massa muscular (exame físico, bioimpedância (BIA), força de preensão manual ...)
- Estado funcional (*Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status, Karnofsky, ...*)
- Sintomas com impacto nutricional (anorexia, náuseas, vômitos, disgeusia, disfagia, dor, obstipação, diarreia, mucosite, fadiga)
- Parâmetros bioquímicos
- Grau de inflamação sistémica (*modified Glasgow Prognostic Score (mGPS), Nutritional Risk Index (NRI), ...*)

Podem, também, ser utilizadas ferramentas validadas para a pessoa com cancro:

- Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA®)
- Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Subjective Global Assessment (SGA)

Na consulta de Nutrição são, ainda, avaliadas outras questões que têm impacto no estado nutricional da pessoa com cancro, como:

- Prática de atividade física
- Consumo de bebidas alcoólicas/outras
- Estado psicológico
- Situação sociofamiliar para apoio durante e após os tratamentos



4. Como intervir na malnutrição - papel da equipa multidisciplinar

A intervenção deve ser personalizada e centrada na pessoa com cancro, atendendo às suas preferências, mas também às especificidades da sua situação clínica, sintomas, ambiente sociofamiliar e estado psicológico. A intervenção na malnutrição deve ser multimodal, incluindo a intervenção nutricional, farmacológica, psicossocial e a prescrição de exercício físico. A intervenção deve ser concertada e corroborada a cada instante pelos vários elementos da equipa, integrando a estratégia terapêutica da pessoa com cancro.

As abordagens devem ser reavaliadas e reajustadas periodicamente. As intervenções devem ser desenhadas de modo a diminuir o catabolismo e aumentar as vias anabólicas com o aporte energético e proteico adequado.

Podem compreender intervenções farmacológicas para aumentar o apetite, controlar a inflamação sistémica, estimular o exercício físico, aliviar o desconforto psicológico e abordar questões sócio-financeiras.

A intervenção nutricional na pessoa com cancro tem efeitos positivos comprovados:

- No aumento da ingestão energética e proteica
- No aumento do peso e índice de massa corporal
- Na melhoria do estado nutricional
- No aumento da massa muscular e gorda
- No aumento da força muscular
- Na diminuição da inflamação sistémica
- No aumento da qualidade de vida
- Numa melhor resposta aos tratamentos
- No aumento da tolerância aos tratamentos
- No aumento da taxa de ciclos de tratamento completos
- No aumento da taxa de sobrevivência
- Na diminuição dos custos de saúde

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

A intervenção nutricional pode ter diferentes objetivos ao longo do curso da doença, ser mais ou menos invasiva e ser mais ou menos intensiva, dependendo do prognóstico vital e do intuito da abordagem em curso (curativa, paliativa, cuidados de conforto).

São objetivos da intervenção nutricional

- Adequar a ingestão alimentar/nutricional
- Minimizar as alterações metabólicas
- Preservar a massa muscular
- Minimizar os efeitos secundários (com impacto nutricional)
- Diminuir o risco de reduções e/ou interrupções dos tratamentos
- Aumentar a qualidade de vida

A intervenção deve consistir em aconselhamento nutricional, tratamento de sintomas com impacto nutricional e abordagem de outros fatores que comprometam o aporte nutricional como a atividade física e os fatores psicológicos e sócio-financeiros.

Deve ser individualizada e adaptada às necessidades da pessoa com cancro, regularmente reavaliada e reajustada de acordo com a evolução do seu estado clínico.

As necessidades nutricionais da pessoa com cancro, segundo as mais recentes guidelines, são:

	Necessidades nutricionais	Observações
Energia	25-30kcal/kg/dia	
Proteínas	1-1,5g/kg/dia	2g/kg/dia para estímulo de síntese proteica 65% de origem animal, preferencialmente Leucina (2g/dia) / hidroximetilbutirato (HMB) (3g/dia) – maior potencial de estímulo de síntese proteica
Lípidos	>50% kcal não proteicas (se caquexia ou Insulinorresistência)	Suplementação em ácidos gordos polinsaturados n-3 (denominados de ómega-3) está indicada nas situações de caquexia e sarcopenia.
Fluídos	25-30ml/kg/dia	
Vitaminas e minerais	RDA (<i>Recommended Daily Allowance</i>)	Níveis séricos de vitamina D devem ser avaliados regularmente e suplementada se necessário

Tabela 3. Necessidades Nutricionais

A intervenção nutricional passa pelo aconselhamento alimentar, recomendação de suplementos nutricionais, se adequado, e instituição de nutrição artificial quando indicado.

O aconselhamento alimentar individualizado deve ser sempre a primeira abordagem e inclui recomendações como:

- Aumento do número de refeições;
- Aumento da densidade energética e proteica das refeições;
- Fortificação das refeições com alimentos energéticos e proteicos;
- Adequação da consistência dos alimentos à capacidade de mastigação, deglutição e digestão da pessoa com cancro;
- Adequação aos sintomas e efeitos secundários dos tratamentos (ver capítulo 5. Gestão de sintomas com impacto nutricional - página 21);
- Adaptação aos gostos, preferências e aversões da pessoa com cancro;
- Esclarecimento de mitos, medos e interações entre alimentos, medicamentos, produtos dietéticos e suplementos de ervas ou nutricionais.



No caso de a alimentação não ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais da pessoa com cancro, o passo seguinte é a recomendação de Suplementos Nutricionais Oraís.

Consulte o capítulo 6. Indicação para a toma de suplementos nutricionais orais - página 37.

Nos casos em que esta intervenção não é suficiente ou não é possível, a instituição de nutrição artificial está indicada.

A via entérica deve ser sempre a preferencial, desde que o trato gastrointestinal esteja funcionante, recorrendo a sonda nasogástrica ou nasojejunal (se necessária por menos de 2 semanas) ou a gastrostomia ou jejunostomia de alimentação (se é previsível uma utilização superior a 2 semanas).

O tipo de produto, o volume e a forma de administração (contínua, bólus) devem ser calculados e monitorizados pelo Nutricionista. A monitorização deve ser um trabalho em equipa.

No caso da via entérica ser impossível, contraindicada ou insuficiente, a nutrição parentérica, complementar ou total, está indicada. A composição da bolsa, o volume e o ritmo da administração deve ser instituído pelo Nutricionista e monitorizado pela equipa de saúde.

Em fases muito avançadas de doença, em pessoas já sem tratamento ativo dirigido a doença oncológica, a nutrição artificial não demonstrou melhorias da qualidade de vida nem da sobrevivência, estando associada a aumento de efeitos laterais (infecção, trombose, sobrecarga de volume, síndrome de realimentação, hepatopatia, osteopatia).

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

Em situações de anorexia marcada e redução de apetite, os estimulantes do apetite devem ser considerados:

- As progestinas (exemplo: acetato de megestrol 200-600 mg/dia) podem ser consideradas em situações de doença avançada, tendo em atenção os potenciais riscos na sua utilização, nomeadamente os riscos trombóticos e os seus efeitos limitados no aumento de peso, sem aumentar a massa magra.
- Os corticosteroides (dexametasona 3-4 mg/dia ou equivalente) podem, também, ser considerados pelos seus efeitos na melhoria de apetite, anti-inflamatórios e no controlo da fadiga, desde que utilizados de forma concisa no tempo (2-3 semanas, até porque o seu uso prolongado perde os efeitos no apetite), limitando-se assim a exposição aos seus efeitos adversos.
- A olanzapina pode ser considerada pela sua ação no apetite e controlo das náuseas.
- Os canabinoides (exemplo: THC) demonstram dados inconsistentes nos efeitos na anorexia, na perda de peso e na qualidade de vida, contudo não surgiram alertas de toxicidade.
- Os anti-inflamatórios não esteroides não dispõem de evidência científica suficiente para serem recomendados neste contexto.
- Os androgénios não são recomendados.
- A metoclopramida e a domperidona não devem ser utilizados para melhorar o apetite mas podem ser considerados em estados de enfartamento precoce, náuseas e vômitos.
- A suplementação com ácidos gordos polinsaturados n-3 poderá ter propriedades anti-inflamatórias benéficas em estados de caquexia, levando a uma melhoria do apetite, da ingestão alimentar, da massa magra e aumento de peso.



INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM

O rastreio nutricional e a educação para a saúde e para a gestão de efeitos secundários são intervenções de enfermagem de extrema importância no cuidado ao doente oncológico. O enfermeiro deve assegurar que todas as pessoas com cancro têm o seu risco nutricional identificado e intervir proactivamente junto da equipa multidisciplinar, encaminhando para profissionais especializados sempre que necessário.



Na sua prática diária, o enfermeiro deve:

- Realizar o rastreio nutricional da pessoa com cancro;
- Em situações de tratamento ativo: assegurar que a pessoa com cancro é pesada frequentemente nas suas idas ao Hospital de dia e incentivar a própria pessoa a pesar-se com regularidade (semanal ou mensalmente);
- Questionar sobre possíveis sinais/sintomas que possam impactar o estado nutricional**;
- Esclarecer dúvidas e desmistificar ideias;
- Educar sobre medidas promotoras de uma melhor gestão dos efeitos secundários e bem-estar geral.

** Questionar:

- Está a comer bem?
- Tem conseguido ingerir 1.5-2L de água/chás/infusões por dia?
- Perdeu peso?
- Teve mudanças no apetite?
- Tem dificuldade em comer?
- Há alguma mudança na sua alimentação agora?
- Tem dificuldade em engolir?
- Sente a boca seca?
- Tem alteração do paladar?
- Sente náuseas ou desconforto quando come?
- Sente-se cansado?
- Sente-se deprimido?



5. Gestão de sintomas com impacto nutricional

Deve ser sempre explicado à pessoa com cancro a importância de manter uma alimentação adequada apesar da presença de sintomas. Os sintomas devem ser proactivamente questionados. Deve ser feita uma monitorização contínua da sua presença ao longo do tempo, incluindo data de início, data de fim e intensidade.

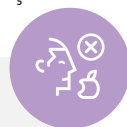
Habitualmente estes sintomas e sinais são graduados de acordo com o *Common Terminology Criteria for Adverse Events*, variando os graus de 1 a 5. Graus 1 e 2 dizem respeito a sintomas ligeiros ou moderados com implicação em atividades instrumentais diárias. Graus 3 e 4 correspondem a sintomas graves e ameaçadores da vida, comprometendo as atividades de vida diária de autocuidado. Grau 5 corresponde a morte.

A identificação precoce e a intervenção atempada são fundamentais para limitar a gravidade e prevenir complicações.

ANOREXIA

A anorexia é dos sintomas mais frequentes nas pessoas com cancro, independentemente da sua localização, sendo multifatorial a sua causa.

Pode ser equacionada a utilização de progestinas e corticosteroides ([ver capítulo 4.2. Intervenção farmacológica](#) - página 18), sobretudo em fases avançadas da doença.



Recomendações Alimentares

- Aumentar o número de refeições, de pequeno volume, ao longo do dia;
- Aumentar a densidade nutricional (energética e proteica) das refeições;
- Evitar a monotonia alimentar, dar preferência a pratos diversificados, coloridos e com diferentes texturas;
- Modificar a consistência da dieta, se melhor aceitação por parte da pessoa com cancro;
- Adequar as recomendações nutricionais às preferências da pessoa com cancro.

DISGEUSIA

Este sintoma, muito frequente em doentes sob radioterapia da cabeça-pescoço, pode persistir durante meses a anos após o término do tratamento.

Também é muito frequente em alguns esquemas de quimioterapia. Pode levar a recusa ou aversão alimentar. Pode estar associado ao défice de zinco.



Recomendações Alimentares

- Experimentar novos alimentos ou alimentos de que não gostava antes do sintoma;
- Estimular a preparação de pratos coloridos e visualmente agradáveis;
- Utilizar ervas aromáticas na confeção dos alimentos;
- Utilizar marinadas para dar sabor aos alimentos previamente à sua confeção;
- Dar preferência a alimentos cítricos e frios;
- Evitar a utilização de talheres de metal para minimizar o sabor metálico – preferir talheres de plástico ou silicone.
- Realizar a limpeza e estimulação das papilas gustativas antes da refeição através de bochechos de água com limão/laranja, água com gás, chá de gengibre ou sumos de frutas cítricas.
- Ponderar suplementação em zinco.

NÁUSEAS E VÓMITOS

As náuseas e os vômitos são dos sintomas mais temidos pelas pessoas em tratamento oncológico. Estes podem ser antecipatórios (nas horas que antecedem a administração dos tratamentos), agudos (nas primeiras 72 horas) ou tardios (mais de 72 horas após o tratamento). Estes sintomas podem tornar-se refratários se resistentes à terapêutica instituída. Diferentes tratamentos têm diferente potencial emetogénico. Os fatores individuais de cada pessoa também contribuem para o risco emetogénico.

Podem ser utilizados fármacos de forma profilática, nomeadamente corticosteroides, antagonistas do recetor da serotonina 5HT₃, antagonistas dos recetores NK1 e neurolépticos clássicos.

Para tratamento, podem, ainda, ser equacionados, para além dos fármacos anteriores, as benzodiazepinas, a metoclopramida, os canabinoides e os anti-histamínicos.

Tipo de fármaco	Exemplos	Doses diárias
Antagonista do recetor da serotonina 5HT3	Ondansetron	16-24 mg
Antagonista do recetor NK1	Aprepitant	125 mg D1, 80 mg D2 e D3
	Fosaprepitant	150 mg (IV)
Corticosteroides	Dexametasona	12 – 20 mg
Neurolépticos	Olanzapina	5-10 mg
	Levomepromazina	12.5-25 mg (cada 4 a 6h)
	Haloperidol	0.5-2 mg (a cada 4-6 h)
Benzodiazepinas	Lorazepam	0.5-1 mg (a cada 6h)
Antagonista dos recetores D2	Metoclopramida	10 mg (cada 4 a 6h)
Canabinoides	Dronabinol	5-10 mg (3-4 xdia)
	Nabilona	1-2 mg (2xdia)

Tabela 4. Exemplos de fármacos antieméticos

Recomendações Alimentares

- Aumentar o número de refeições de pequeno volume ao longo do dia;
- Realizar as refeições em ambiente agradável (fora da cozinha, sem cheiros);
- Estimular a preparação de pratos coloridos e visualmente agradáveis;
- Preferir alimentos de fácil digestão, mais secos, cítricos e salgados;
- Preferir alimentos à temperatura ambiente, frios ou gelados;
- Adicionar gengibre a bebidas e alimentos;
- Evitar saltar refeições e ficar muitas horas sem comer;
- Evitar beber durante as refeições;
- Evitar alimentos com odores fortes, muita gordura, doces, cremosos ou em papa.

MUCOSITE

A mucosite corresponde a uma inflamação das mucosas, que pode atingir qualquer mucosa do organismo, incluindo todo o tubo digestivo.

Não existem tratamentos curativos. Podem, contudo, ser recomendadas atitudes profiláticas, como a lavagem frequente e adequada da cavidade oral, a limpeza com benzidamina e, em alguns protocolos específicos, colutórios com corticosteroides (exemplo: terapêutica com everolimus).

A fotobiomodulação é recomendada na prevenção de mucosite oral em algumas situações concretas (transplante medular, doente sob radioterapia para tumores da cabeça e pescoço). A crioterapia poderá ser utilizada na prevenção de mucosite oral em doentes submetidos a transplante medular e em doentes submetidos a bólus de 5-fluoracilo.

A glutamina tópica oral poderá ser utilizada na prevenção da mucosite em pessoas com cancro de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia.

O tratamento da mucosite é sintomático passando por abordagens de carácter geral e tratamento da dor, se necessário recorrendo a opioides fortes e fracos e a morfina tópica. Perante uma mucosite complicada de infeção poderão ter de ser considerados agentes antifúngicos e antibióticos.

Nos casos de mucosite grau 4 do tubo digestivo superior está indicada a interrupção da alimentação oral e início de suporte nutricional artificial.



Recomendações Alimentares

- Modificar a consistência da dieta (mole, cremosa ou líquida) de acordo com o grau de mucosite.
- Utilizar papas de fruta/cereais e batidos;
- Utilizar alimentos à temperatura ambiente ou fria;
- Preferir alimentos de fácil mastigação e macios;
- Reforçar a hidratação ao longo do dia;
- Evitar alimentos secos, duros, cítricos, picantes, excessivamente condimentados, salgados e doces;
- Evitar bebidas alcoólicas e gaseificadas.
- Manter uma boa higiene oral, sempre após cada refeição.

XEROSTOMIA

Este sintoma pode ocorrer pela própria doença ou em consequência dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia). Compromete a capacidade de mastigação, deglutição, degustação e comunicação e aumenta o risco de infeções.

Em algumas circunstâncias o uso de saliva artificial pode ser considerado. Pode ser agravada por alguma medicação concomitante.



Recomendações Alimentares

- Reforçar a hidratação ao longo do dia;
- Ingerir líquidos durante as refeições para facilitar a mastigação e deglutição;
- Colocar gotas de limão/laranja nas bebidas e alimentos;
- Ingerir frutas com elevado conteúdo de água;
- Preferir alimentos mais húmidos e macios;
- Preferir preparações culinárias com mais molho;
- Dissolver na boca pequenas porções de bebidas congeladas;
- Utilizar pastilhas elásticas/rebuçados sem açúcar com sabor cítrico/mentolado;
- Evitar alimentos secos, ásperos, duros, espessos e picantes;
- Evitar bebidas alcoólicas e refrigerantes.

DIARREIA

A diarreia está relacionada com alterações no volume e consistência das fezes bem como na frequência das dejeções. A ocorrência de dejeções líquidas mais de 3 vezes num dia é habitualmente considerada diarreia. Pode ser causada pelos tratamentos, por infeções e também pela doença.

O tratamento pode passar por utilizar loperamida. Frequentemente é necessário avaliar condições infecciosas e dirigir a antibioterapia a agentes mais frequentes.

Por vezes será necessário proceder a exames culturais ou pesquisa de toxinas para orientar a abordagem. Este sintoma compromete a digestão e absorção dos nutrientes, podendo levar a desidratação e malnutrição.





Recomendações Alimentares

- **Reforçar a hidratação:**
 - Sugerir: água, tisanas, infusões, cevada, gelatina, bebidas desportivas diluídas, sumo de maçã diluído;
 - Não recomendar: bebidas com cafeína (café, chá preto e verde, colas, cacau), gaseificadas ou alcoólicas.
- **Recomendar uma dieta pobre em resíduos:**
 - Pobre em fibras insolúveis (exemplo: alimentos integrais, hortícolas, leguminosas, sementes,...);
 - Pobre em gorduras;
 - Pobre em lactose.
- Recomendar alimentos ricos em fibra solúvel (exemplo: maçã/pêra cozinhada, banana madura, cenoura cozinhada, cevada,...) ;
- Recomendar métodos de confeção simples: cozidos, grelhados, estufados em crú (sem refogado), assados simples;
- Evitar especiarias picantes;
- Evitar molhos;
- Considerar a introdução de um suplemento nutricional com fibra solúvel.

OBSTIPAÇÃO

A obstipação pode ser causada ou agravada por alguns medicamentos (como os antagonistas do recetor 5HT3 e pelos analgésicos opioides), por alterações na dieta, por inadequada ingestão de água e por inatividade.

A obstipação pode acompanhar-se de dores abdominais, sensação de distensão abdominal, flatulência e náuseas. A obstipação deve ser prevenida ou abordada no início, caso contrário as suas complicações e o desconforto tornam-se mais difíceis de resolver.

A primeira abordagem deve consistir em reforçar a hidratação, estimular a atividade física e gestão de questões alimentares. Os laxantes são fármacos que podem ajudar a controlar o quadro obstipante.

Existem laxantes:

- Formadores de massa que atuam por aumento do bolo fecal que, assim, estimula o funcionamento do intestino (exemplo: metilcelulose, farelo, psílio, fibrogel);
- Osmóticos que atuam com a chamada de água ao tubo digestivo de forma a hidratar as fezes e facilitar a sua progressão e saída (exemplo: lactulose, macrogol, polietileno glicol);
- Estimulantes que atuam por aumentar o peristaltismo do colon ajudando as fezes a progredirem na sua passagem no tubo digestivo (exemplo: bisacodilo, sene, picossulfato de sódio);
- Emolientes que atuam por hidratação das fezes tornando-as mais moles, facilitando a sua expulsão (exemplo: citrato sódico, docusato).



Recomendações Alimentares

- Reforçar a hidratação com, por exemplo: água, tisanas, infusões, cevada, gelatina, água aromatizada com limão,..;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibra (cereais integrais, hortícolas, frutas, frutos secos e oleaginosos, sementes,..);
- Estimular a prática de atividade física regular;
- Considerar a introdução de um suplemento nutricional com fibra solúvel e insolúvel.

Num quadro de obstipação devem sempre ser equacionados quadros de oclusão e sub-oclusão intestinal.

OCCLUSÃO INTESTINAL

A oclusão intestinal consiste num bloqueio parcial ou completo que impede a passagem dos alimentos, líquidos, fezes ou gases através do intestino delgado ou grosso.

Pode ser parcial ou completa e apresenta como sintomas:

- Alternância de períodos de obstipação e diarreia;
- Ausência de trânsito para gases;
- Dor e distensão abdominal;
- Enfartamento;
- Náuseas e vômitos.

Pode ser causada pela presença de tumores, aderências, inflamação intestinal ou hérnias.

O tratamento deve ser equacionado e individualizado de acordo com o motivo da obstrução, nível da obstrução, condição clínica, estadió e prognóstico do doente, resposta a tratamentos prévios, estado funcional, comorbilidades, preferências, gostos e objetivos do tratamento.

O tratamento pode passar pela remoção cirúrgica da obstrução (exemplo: tumor, brida, volvo) ou por derivação cirúrgica. Na maioria dos doentes a intervenção cirúrgica não é possível. Neste caso, pode, ainda, equacionar-se colocação de próteses/*stents*. Para os casos não passíveis de intervenção cirúrgica ou desobstrução com prótese, a terapêutica médica deve passar por antissecretórios (exemplo: octreotido, preferencial, ou anticolinérgico como a butilescopolamina), analgesia (opioides, se necessário), antieméticos (haloperidol baixa dose, olanzapina ou metoclopramida, neste último caso com vigilância de cólicas e agravamento de queixas álgicas), anti-inflamatório glucocorticoide (dexametasona 6-16 mg/dia).



As recomendações alimentares passam por:

- Reforçar a hidratação;
- Recomendar refeições de pequeno volume e mais frequentes;
- Recomendar uma dieta pobre em fibras insolúveis (exemplo: alimentos integrais, hortícolas e frutas com casca e sementes, leguminosas, sementes,...);
- Evitar especiarias picantes;
- Preferir refeições simples, de fácil digestão, com baixo teor em gordura.

DISFAGIA

O termo disfagia pode referir-se tanto à dificuldade de iniciar a deglutição (disfagia orofaríngea) quanto à sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos de algum modo na sua passagem da boca para o estômago (disfagia esofágica). Disfagia, portanto, é a percepção de que há um impedimento à passagem do alimento deglutido. Pode verificar-se para todos os alimentos ou apenas para determinada consistência (líquida/sólida).

Pode ocorrer em consequência de: presença de tumor, cirurgia, radioterapia, quimioterapia. O rastreio de disfagia deve ser avaliado recorrendo a instrumentos validados (exemplo: EAT-10). Caso se confirme a presença de disfagia deve ser feito um encaminhamento para profissional especializado para o diagnóstico. A dieta deve ser adaptada e pode ser necessário acompanhamento por terapeuta da fala e reabilitação.





Recomendações Alimentares

- Modificar a consistência dos alimentos conforme a capacidade de deglutição da pessoa com cancro e indicações do terapeuta da fala;
- No caso de disfagia para alimentos líquidos, semilíquidos e cremosos é indicada a utilização de espessante;
- No caso de disfagia para alimentos sólidos pode ser necessária a adaptação da consistência para mole, cremosa ou líquida;
- Preferir alimentos húmidos e de fácil mastigação e deglutição;
- Ingerir pequenas quantidades de líquidos com as refeições para facilitar a mastigação e a deglutição;
- Evitar diferentes consistências no mesmo alimento/refeição;
- Evitar alimentos secos, duros, fibrosos ou viscosos;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Posicionamento adequado durante a ingestão (sentado ou em semi-*fowler* com flexão do pescoço ou rotação da cabeça para o lado afetado);
- Utilizar utensílios apropriados (copo de bico; talheres de sobremesa; evitar palhinhas).

FADIGA

A fadiga é um dos sintomas mais prevalentes na pessoa com cancro. Corresponde a um estado de sensação de fraqueza generalizada com incapacidade de reunir energia suficiente para desempenhar as atividades do dia-a-dia.



Recomendações Alimentares

- Reforçar a hidratação;
- Reforçar a importância da ingestão alimentar adequada em energia e proteínas;
- Estimular a prática de atividade física regular.

NEUTROPENIA

Não há alimentos específicos para o tratamento da neutropenia. No entanto, é importante recomendar uma alimentação suficiente, variada e adequada em energia, proteínas, vitaminas e minerais que inclua, se possível, carne, peixe, ovo, hortícolas, frutas, cereais, lacticínios e azeite na alimentação diária e uma hidratação adequada.

É importante recomendar à pessoa com cancro/cuidador o reforço dos cuidados de higiene e segurança alimentar básicos na aquisição, armazenamento, preparação e confeção dos alimentos.



Recomendações Alimentares

- Reforçar a hidratação;
- Reforçar a importância da ingestão alimentar adequada em energia e proteínas;
- Manter uma boa higiene das mãos e utensílios na preparação de alimentos;



- Lavar e desinfetar os vegetais e frutos a consumir crus – mergulhar em solução desinfetante durante cerca de 20 minutos (solução comercial ou solução preparada com uma colher de sopa de lixívia em um litro de água);
- Cozinhar bem os alimentos;
- Armazenar os alimentos a temperaturas adequadas;
- Evitar alimentos de risco (exemplo: marisco, fumados, alimentos não pasteurizados, alimentos manipulados (carne picada, queijo/fiambre fatiado no momento), frutos secos e oleaginosos,...);
- Evitar beber ou cozinhar com água não controlada.



6. Indicação para a toma de suplementos nutricionais orais

Os suplementos nutricionais orais (SNO) são fórmulas comerciais de nutrientes que têm como objetivo suplementar a dieta alimentar. Podem conter diferentes proporções de vários nutrientes ou serem constituídos apenas por um. Podem ter diferentes tipos de apresentações/texturas (líquido, pó, pudim), indicações clínicas (por exemplo, para a diabetes, doença renal, cicatrização de feridas crónicas, ...), volumes e sabores.

A recomendação de suplementos nutricionais orais está indicada sempre que por via da alimentação não são supridas as necessidades nutricionais da pessoa com cancro.

Na pessoa com cancro a fazer radioterapia das zonas da cabeça/pescoço e tórax, a toma destes suplementos está sempre recomendada.

Em situações de caquexia e sarcopenia (depleção muscular) os suplementos devem ter uma composição mais adequada: hiperproteicos, com aminoácidos de cadeia ramificada, em particular, a leucina (cerca de 2g/dia) ou o seu metabolito, o HMB; em situações de caquexia devem ter ácidos gordos polinsaturados n-3, ou seja EPA e DHA, cerca de 2g/dia; e, ainda, vitamina D.

A intervenção nutricional com SNO tem como benefícios:

- Aumento da ingestão energética;
- Diminuição da perda de peso;
- Melhoria da qualidade de vida;
- Aumento da adesão aos tratamentos antineoplásicos;
- Diminuição dos efeitos secundários dos tratamentos.

A adesão à prescrição de suplementos nutricionais orais por parte da pessoa com cancro é superior se:

- O SNO for integrado num aconselhamento nutricional estruturado;
- O doente compreender a importância e objetivo da toma do SNO;
- Houver possibilidade de variação dos sabores, consistências e temperaturas a que são ingeridos;
- O SNO for ingerido em pequenas doses regulares, como um medicamento.

Os SNO devem ser ingeridos entre refeições e **não como substitutos**. Podem ser preparadas alternativas para a sua ingestão como batidos, sobremesas, sopas, gelados, etc.



7. Pessoas com doença avançada e em cuidados de fim de vida

Nos casos de doença avançada, o objetivo da intervenção nutricional está dependente do prognóstico.

Se o prognóstico é superior a 6 meses

Tentar suprir as necessidades nutricionais e a intervenção nutricional pode passar por incluir a nutrição artificial, sempre em acordo com a equipa de saúde, doente e cuidadores. **Uma vez que esta intervenção pode aumentar a qualidade de vida e o tempo de sobrevivência.**

Se o prognóstico é inferior a 6 meses

O objetivo é o conforto e a qualidade de vida. Ou seja, ainda que não sejam supridas as necessidades nutricionais da pessoa com cancro, **devem ser atendidas as suas preferências e o controlo da sintomatologia.**

Em situações de fim de vida o objetivo é garantir o aporte mínimo de água e alimentos, de acordo com a tolerância da pessoa com cancro, para saciar a sede e a fome, se existirem, ou a apetência da pessoa. Nesta fase não está indicada a nutrição artificial (entérica ou parentérica, exceto se a sua suspensão causar ansiedade) mas pode ser considerada a hidratação endovenosa ou subcutânea se o aporte oral for insuficiente ou impossível e se houver a possibilidade de reverter sintomas.

8. O Sobrevivente

Após os tratamentos, é fundamental orientar o sobrevivente para a adoção de um estilo de vida saudável e/ou adaptar a sua alimentação de acordo com as sequelas permanentes que possam ter ficado ou que possam surgir após os tratamentos.

- Se o sobrevivente ficou com sintomas, ver capítulo 5. Gestão de sintomas com impacto nutricional - página 21.
- Se o sobrevivente ficou com outras sequelas resultantes da cirurgia ou radioterapia, que tenham impacto na sua alimentação e nutrição, deve ser encaminhado ou manter-se acompanhado por um Nutricionista.
- Se não ficou com sintomas nem sequelas, recomendar:
 - Atingir ou manter um peso saudável (IMC 18,5-24,9kg/m²)
 - Manter-se fisicamente ativo
 - Adotar uma alimentação saudável (seguir a Roda dos Alimentos Portuguesa)



9. Atividade Física e Exercício Físico

A atividade física, contemplando exercício aeróbico e exercício de força muscular, é reconhecida como um importante estímulo anabólico, devendo ser encorajada como forma de melhorar a aptidão cardiorrespiratória, a força muscular, a composição corporal, a funcionalidade física e o controlo metabólico, para além de poder ter uma ação benéfica nos estados emocionais e no controlo da astenia. Os programas de reabilitação física devem ser coordenados por profissionais especializados seguindo uma abordagem estruturada de acordo com os princípios de FITT (frequência, intensidade, tempo e tipo).

A sua prescrição deve ser personalizada e obedecer a princípios e objetivos pre-determinados e ser incorporado no plano global da pessoa com cancro. Devem ser consideradas as potenciais contraindicações geradas por condições clínicas (nomeadamente cardíacas, músculo-esqueléticas, metabólicas e neurológicas), bem como condições decorrentes dos tratamentos e da doença como a anemia ($<8\text{g/dL}$), a neutropenia, a trombocitopenia ($<20000\text{ g/l}$) ou a febre ($>38^{\circ}\text{C}$).



10. Integração multidisciplinar

A abordagem em cada um dos momentos de doença, em cada tipo de tumor e em cada pessoa em concreto, é diversa e complexa e carece de uma gestão multidisciplinar com recurso e inclusão de outros profissionais para além dos tradicionalmente associados à gestão da pessoa com cancro. Nesse funcionamento, pluri e interdisciplinar, devem ser considerados oncologistas, cirurgiões, radioncologistas, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, fisiatras, especialistas em dor, enfermeiros.

Os cuidados devem ser centrados na pessoa com cancro e este deve ser abordado de forma holística contemplando de forma integrada aspetos fisiológicos e emocionais.



REFERÊNCIAS

1. Elad S, Cheng K, Lalla R, Yarom N, Hong C, Logan R, Bowen J, et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. *Cancer*. 2020;126(19): 4423-4431 | 2. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, et al, ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*, 2017. 36:11-48 | 3. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, Erickson N, et al, ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. *Clin Nutr*, 2017. 36: 1187-1196. | 4. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos V, Bruera E, Fabbro E, Dixon S, et al, Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *J Clin Oncol* 38:2438-2453. | 5. J. Arends, F. Strasser, S. Gonella, T. S. Solheim, C. Madeddu, P. Ravasco, L. Buonaccorso, | 6. M. A. E. de van der Schueren, C. Baldwin, M. Chasen & C. I. Ripamonti, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021 Apr;6(3):100092 | 7. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40 (2021) 2898e2913 | 8. NCCN Guidelines. Antiemesis. Version 2.2022 | 9. Mercadante S. Palliative care of bowel obstruction in cancer patients. *UpToDate*. Acedido em 28/07/2022 | 10. Mendes J, Ruivo E, Simas A, Amaral T. Desenvolvimento da versão em português do Nutriscore. *Acta Port Nutr* 21 (2020) 46-49 | 11. Horie LM, Barrere AP, Castro MG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J* 2019; 34 (Supl. 1):2-32. | 12. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica; organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. Rio de Janeiro: Edite, 2021. 164 p. | Nutrition for the Person with cancer during treatment – A Guide for Patients and Families. American Cancer Society. 2019. No 941000 Ver. 11/19. | 13. Support for People with Cancer – Eating Hints: Before, during, and after Cancer Treatment. National Cancer Institute. 2018. No 18-7157. | 14. Peñas R, Majem M, Perez-Altozano J, Virizuela J, Cancer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clinical and Translational Oncology* (2019) 21:87-93.





Autoria:



Com os apoios:

