

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**  
**HECI**  
**NUTRIÇÃO EM ATENÇÃO AO CÂNCER**

VANESSA ALVES HENRIQUE

**TERAPIA NUTRICIONAL ORAL NO PACIENTE COM NEOPLASIA DE**  
**ESÔFAGO**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES  
FEVEREIRO/2020

# TERAPIA NUTRICIONAL ORAL NO PACIENTE COM NEOPLASIA DE ESÔFAGO

## ORAL NUTRITIONAL THERAPY IN THE PATIENT WITH ESOPHAGE NEOPLASIA

ALVES HENRIQUE, Vanessa<sup>1</sup>  
ZIGONI DE OLIVEIRA RIBEIRO, Gustavo<sup>2</sup>  
MOZER SAR PASSONI, Talita<sup>3</sup>

### RESUMO

A desnutrição é mais prevalente entre as neoplasias do trato gastrointestinal, destacando-se a neoplasia de esôfago. Esta neoplasia apresenta elevado comprometimento nutricional. Dentre os fatores que ocasionam o processo de desnutrição, destacam-se tratamento, sintomas, a neoplasia, o metabolismo do paciente, entre outros. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo compreender a influência da Terapia Nutricional no paciente com neoplasia de esôfago, por meio de um estudo de revisão bibliográfica, qualitativo e descritivo. Sendo assim, é necessária a intervenção da equipe de terapia nutricional visando minimizar ou reverter o quadro de desnutrição do paciente.

**Palavras-chave:** Neoplasia de Esôfago; Terapia Nutricional; Desnutrição.

### ABSTRACT

Malnutrition is more prevalent among gastrointestinal tract neoplasms, especially an esophageal neoplasm. This neoplasm has high nutritional impairment. Among the factors that cause the process of malnutrition, outstanding treatment, symptoms, neoplasia, metabolism of the patient, among others. Thus, the present study aims to understand the influence of nutritional therapy in patients with esophageal neoplasia, through a qualitative and descriptive literature review study. Thus, the intervention of the nutritional therapy team is necessary to adjust or reverse or malnourish the patient.

**Key words:** Esophageal Neoplasia; Nutritional Therapy; Malnutrition.

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em (Atenção ao Câncer) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, vanessaahiff@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresa, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br.

<sup>3</sup> Co-Orientador: Nutricionista pós graduada em Nutrição Clínica e em Docência do Ensino Superior, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, talitasar@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O câncer pode ser definido como um crescimento e disseminação incontrolável de células, caracterizado por um comportamento biologicamente agressivo em relação ao crescimento local, na sua disseminação linfática e hematogênica, favorecendo o processo metastático (PINHEIRO et al., 2012; SANTOS et al., 2017).

De acordo com Brasil (2019), estima-se aproximadamente 10.790 novos casos de neoplasia de esôfago, sendo 8.240 homens e 2.550 mulheres no Brasil. O câncer de esôfago é considerado o sexto mais prevalente entre os homens e o 13º entre as mulheres, com exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2018). Alguns fatores etiológicos são responsáveis pelo desenvolvimento da neoplasia, como por exemplo, histórico familiar, exposição às nitrosaminas, injúria térmica por bebidas quentes, alcoolismo e tabagismo, lesões cáusticas, esôfago de Barrett, infecção pelo papilomavírus humano (HPV), dentre outros (FELIN et al., 2014).

Os sintomas da neoplasia de esôfago mais encontrados são a disfagia, odinofagia, perda de peso, febre, fadiga, dor torácica, além de alteração no timbre da voz, desidratação. Na maioria dos casos, há disfagia progressiva com preferência para líquidos e ocorrência de vômito pós-prandial, após aproximadamente 30 minutos depois da alimentação (BORGES et al., 2015).

A maioria dos pacientes com essa neoplasia evolui para um quadro de desnutrição e caquexia, visto que a via oral de alimentação pode ser afetada uma vez que apresenta obstrução ou incômodo esofágico, ocasionando disfagia e odinofagia (ROCHA et al., 2016).

O tratamento oncológico, como por exemplo, a quimioterapia e radioterapia podem auxiliar na redução do tumor, favorecendo a desobstrução esofágica. No entanto, alguns efeitos adversos do tratamento podem interferir negativamente na ingestão alimentar do paciente, destacando náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, fadiga, dormência, perda de apetite, inflamação na boca (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a terapia nutricional tem a função de monitorar diariamente o paciente oncológico, avaliando a condição nutricional, as complicações do trato

gastrointestinal, analisando os exames laboratoriais, a via de alimentação utilizada, bem como a presença de infecção, dentre outras situações clínicas associadas a neoplasia (WAITZBERG, 2010; INCA, 2016).

Em adição, a terapia nutricional auxilia o paciente com esta neoplasia, sendo fundamental para adequar o estado nutricional, evitando a perda de peso, melhora da imunidade favorecendo também melhor prognóstico (KLEIN & DAL BOSCO, 2014). Diversos estudos também relatam sobre os benefícios de uma alimentação hiperproteica e hipercalórica na manutenção do estado nutricional e na evolução clínica do paciente (BARBOSA et al., 2017).

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender a influência da Terapia Nutricional no paciente com neoplasia de esôfago. Dentre os objetivos específicos, destacam – se: Contextualizar a classificação, o tratamento e a etiologia da neoplasia de esôfago; descrever sobre o impacto desta neoplasia no estado nutricional; evidenciar a importância da terapia nutricional oral no paciente com neoplasia de esôfago.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, qualitativo e descritivo, onde foram analisados artigos e manuais publicados no período de 2006 a 2019, totalizando 43 materiais disponibilizados em bases de dados científicas, tais como: Scielo, Science Direct, Pub Med, Web of Science, entre outras.

Foram consideradas apenas as publicações disponíveis na íntegra, em português, espanhol e inglês, que abordavam sobre o tema. Utilizaram-se como descritores: neoplasia de esôfago, desnutrição, terapia nutricional, via alternativa de alimentação. Foram excluídas as publicações que não abordavam sobre o tema.

## DESENVOLVIMENTO

### NEOPLASIA DE ESÔFAGO E CLASSIFICAÇÃO

O câncer de esôfago é considerado o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (FERLAY et al., 2013). No Espírito Santo, a taxa de incidência do câncer de esôfago é de aproximadamente 250 casos para homens e de 70 casos para mulheres por ano em 100 mil habitantes (INCA, 2018).

Nos países desenvolvidos é maior a prevalência de alguns cânceres relacionados ao processo de urbanização e de desenvolvimento como o câncer de pulmão, próstata, mama feminina, cólon, reto e esôfago. Nesses países, é observado maior incidência de câncer de esôfago, devido a alguns fatores que podem ser responsáveis, como por exemplo, a obesidade, doença do refluxo gastroesofágico e hábitos alimentares incorretos (FERLAY et al., 2013).

O tumor esofágico é uma neoplasia maligna de característica insidiosa, de caráter agressivo com prognóstico individualizado e diagnóstico muitas vezes tardio (FEIL & DAL, 2015).

A neoplasia de esôfago pode ser classificada por meio do tipo histológico, como adenocarcinoma, epidermóide, sarcoma, melanoma, carcinoma de pequenas células, dentre outras. O tipo de câncer de esôfago mais comum é o adenocarcinoma com prevalência de 75%, estando associado à disfagia e a perda de peso (SANTOS et al., 2017).

O carcinoma epidermóide é o segundo tipo mais prevalente dentre os cânceres de esôfago, relacionando a menor condição socioeconômica e consumo de álcool e fumo. No Brasil, em decorrência do chá mate, o estado do Rio Grande do Sul é o que apresenta maior prevalência (SANTOS et al., 2017).

De acordo com Veas & Flisfisch (2011), a porção mais comum da neoplasia de esôfago é o terço médio. O terço inferior é mais frequente quando comparado ao terço superior, em virtude da elevada incidência de refluxo gastroesofágico crônico e esôfago de Barrett. Em estudo realizado por Pinheiro et al., (2012), pode-se observar que 51% dos pacientes com esta neoplasia apresentaram tumor no terço médio e 45% na porção distal.

Segundo Rego & Fonseca (2014), em estudo realizado no estado da Bahia visando analisar a taxa de mortalidade por câncer de esôfago, pode-se concluir que há uma tendência a maior mortalidade por esta neoplasia. Essa elevação na taxa de mortalidade pode ser devido a maior incidência dessa doença ou a maior taxa de pacientes diagnosticados, levando a mais casos de mortes por cânceres de esôfago notificados (OLIVEIRA et al., 2012).

Alguns dados epidemiológicos demonstram que a neoplasia de esôfago é predominante no sexo masculino e nos países emergentes, estando associada também a maior expectativa de vida, corroborando com Pinheiro et al., (2012), que relata que o câncer de esôfago acomete mais homens do que mulheres, como foi observado em sua pesquisa, onde 75% dos pacientes eram do sexo masculino. Em adição, a faixa etária mais afetada são os indivíduos maiores de 65 anos de idade. Sua ocorrência é rara antes dos 30 anos de idade (PINHEIRO et al., 2012; WÜNSCH FILHO, et al., 2010).

Desse modo, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para a qualidade de vida e maior expectativa de vida do paciente com neoplasia de esôfago.

## **TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

No paciente que é indicado o procedimento cirúrgico, os tumores e linfonodos são ressecáveis, sendo possível também a reconstrução do trânsito esofágico. No entanto, a maioria dos pacientes com este câncer do trato gastrointestinal apresenta tumor em estágio avançado, estando aproximadamente metade deles com micro metástases distantes, não sendo curável, além de outros serem inoperáveis. Desse modo, a esofagectomia é indicada na ausência de metástase, se a lesão não apresentar critérios de irreversibilidade e quando o paciente apresentar condições favoráveis à tolerância da cirurgia (PINHEIRO et al., 2012).

Em relação às estratégias terapêuticas no tratamento oncológico tem sido utilizado o adjuvante e o neoadjuvante, sendo respectivamente o primeiro realizado

no pós-operatório após ressecção completa e o segundo utilizado no pré-operatório. O tratamento neoadjuvante tem sido analisado de forma significativa pela comunidade científica, sendo atualmente, o tratamento mais utilizado no câncer de esôfago (JUNIOR et., 2011; RESENDE et., 2012).

Em adição aos tratamentos, a radioterapia tem como principal objetivo o controle regional visando preservar órgãos no decorrer da ressecção, como a laringe no câncer do esôfago cervical ou o estômago no câncer do esôfago distal, podendo ser utilizada também como tratamento exclusivo (JUNIOR et al., 2011).

Dentre as vantagens da neoadjuvância, destacam-se maior eficiência quimioterápica, melhora do tratamento sistêmico antes da cirurgia, maior ressectabilidade devido à diminuição do tumor e elevada sensibilidade do tumor após quimioterapia. Diferentemente da radioterapia que tem ação na região tumoral ao redor, a quimioterapia apresenta ação sistêmica (RESENDE et., 2012; BORGES et al., 2015).

Desse modo, a quimioterapia atua por meio de medicamentos anticancerígenos destruindo tanto as células tumorais quanto as saudáveis, podendo causar efeitos colaterais. Dentre os sintomas do tratamento quimioterápico, destacam-se perda do apetite, fadiga, perda de cabelo, inflamação na boca, alterações intestinais (diarreia ou constipação), baixa imunidade, hemorragia, fadiga, perda do apetite, náuseas, vômito, perda do paladar. Os sintomas ocasionados também podem favorecer o desenvolvimento ou agravamento do risco nutricional, sendo necessário o adequado acompanhamento nutricional ao paciente oncológico, dentre estes, os portadores de Neoplasia Esofágica (BRASIL, 2017).

## **FATORES ETIOLÓGICOS**

O câncer de esôfago apresenta como etiologia alguns fatores modificáveis ou extrínsecos e os não modificáveis ou intrínsecos. Os fatores de risco intrínsecos estão relacionados os fatores que não dependem dos hábitos e comportamentos, como por exemplo: idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade, dentre outros (BRASIL, 2017).

De acordo com Pinheiro et al., (2012) alguns fatores estão diretamente associados ao câncer de esôfago como: a deficiência alimentar, a contaminação fúngica dos alimentos, o divertículo esofágico, a acalasia, a esofagite crônica. Além disso, algumas doenças também estão associadas ao câncer de esôfago, como a tilose, síndrome de Pummer –Vinson – Patterson – Kely, lesões inflamatórias crônicas, esofagite cáustica, agentes infecciosos (HPV, o vírus da hepatite B e a bactéria *Helicobacter pylori*), estenose induzida por radiação, mega esôfago avançado e esôfago de Barrett.

Dentre os fatores de risco também destacam-se o consumo frequente de bebidas muito quentes em temperatura igual ou superior a 65°C (chimarrão, chá e café), bebidas alcoólicas (sem determinação de quantidade de segurança), carnes processadas (BRASIL, 2018).

Aproximadamente 95% dos tumores do tipo adenocarcinoma estão relacionados ao esôfago de Barrett, porque as células das glândulas do esôfago de Barrett podem sofrer alterações genéticas durante longo período, ocasionando a displasia e a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Alguns estudos demonstram que o efeito da DRGE na ocorrência do adenocarcinoma é independente a idade, índice de massa corporal (IMC) e tabagismo (BORGES et al., 2015).

O tabagismo é responsável por aproximadamente 25% dos casos de neoplasia de esôfago. Em adição, a obesidade é um fator de desenvolvimento do refluxo gastroesofágico (DRGE) que é um fator de risco para a neoplasia de esôfago (BRASIL, 2018).

Segundo o Brasil (2017, p.46), “[...] o uso excessivo de bebidas alcoólicas pode causar cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama e cólon e reto [...]”. Além disso, o risco de desenvolver câncer de cavidade oral é aumentado quando há associação ao fumo.

O álcool e o tabaco influenciam sinergicamente, principalmente no tipo epidermoide, sendo superior em 5-10% quando comparado aos não fumantes. As substâncias químicas presentes no tabaco alteram o gene p53 que é responsável por induzir a carcinogênese precocemente no tipo epidermoide em relação ao adenocarcinomoide (WÜNSCH FILHO et al., 2010; FELIN et al., 2014).

Em relação à alimentação, o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e de elevada densidade calórica e pobre em fibras favorece o risco de ganho de peso, que em conjunto com o sedentarismo favorece o desenvolvimento de algumas doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão, câncer, obesidade, entre outras (BRASIL, 2017).

Em adição, o BRASIL (2017, p.46) complementa afirmando que “[...] uma alimentação rica em gordura saturada e pobre em frutas, legumes e verduras aumenta o risco dos cânceres de mama, cólon, próstata e esôfago [...]”.

## **ESTADO NUTRICIONAL NO CÂNCER DE ESÔFAGO**

O tipo de tumor influencia em relação a perda de peso. Podendo estar presente antes do diagnóstico em 31% a 87% dos indivíduos, sendo mais prevalente nas neoplasias de cabeça e pescoço e trato digestivo superior, destacando-se o esôfago. A presença de câncer aumenta em 8,1 vezes o risco de desnutrição e a presença de tumor no trato gastrointestinal superior está associado a um risco aumentado em 15,7 vezes (OLIVEIRA et al., 2015).

Bozzetti (2013, p.3) mostrou em seu estudo que a perda ponderal está presente “[...]em até 15% nos tumores ginecológicos, 33% para pacientes com câncer colorretal, 46% para pulmão, 67% para as neoplasias de cabeça e pescoço e 57% a 80% para os casos de esôfago ou gastrointestinal [...]”.

Segundo Santos e Alves (2019, p. 119), “[...] a prevalência de desnutrição em pacientes com câncer, independentemente da localização do tumor, é de 40%, sendo mais frequente em pacientes com câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço [...]”.

Desse modo, a maioria dos pacientes com neoplasia de esôfago desenvolvem a desnutrição ou já encontram-se desnutridos no momento do diagnóstico (SANTOS & ALVES, 2019). O grau da desnutrição e sua prevalência são influenciados pelo tipo, estagio e localização do tumor, redução na ingestão calórica e proteica em conjunto com o aumento da demanda para favorecer o

crescimento tumoral, bem como alterações metabólicas e sintomas relacionados ao tratamento antineoplásico (PINHO et al., 2018).

Segundo Barbosa et al. (2017), 75% dos pacientes com câncer apresentam algum grau de desnutrição, podendo ser causada por fatores histológicos, estadiamento tardio e tratamento oncológico. A desnutrição favorece a morbidade no pós-operatório, aumento do tempo de internação, redução da recuperação e resposta ao tratamento, aumentando assim, os custos gerados na internação.

A desnutrição e o risco nutricional estão associados ao aumento da morbimortalidade na neoplasia de esôfago. Desse modo, é possível observar a necessidade do acompanhamento nutricional visando evitar a perda de peso, visto que cerca de 20% dos óbitos nesses pacientes estão associados mais aos efeitos da desnutrição do que da neoplasia (SANTOS & ALVES, 2019).

Segundo Santos e Alves (2019), o processo neoplásico altera o perfil catabólico do paciente, que quando apresenta hipercatabolismo de forma exagerada acarreta a caquexia. A caquexia pode ser definida como uma síndrome caracterizada por uma acentuada perda de peso não intencional, devido ao catabolismo dos tecidos adiposo e musculares, associada a astenia, alterações metabólicas e imunológicas, anorexia, levando ao risco nutricional ou desnutrição (SANTOS & ALVES, 2019).

Para a identificação do estado nutricional e detecção de risco são utilizados parâmetros clínicos, físicos, dietéticos, sociais, antropométricos, bioquímicos. O uso isolado de parâmetros não produz resultados totalmente confiáveis, devido aos erros impostos pelos métodos. A avaliação nutricional rotineira reflete na evolução do estado nutricional do paciente e consequentemente na redução de infecções, resposta ao tratamento e no prognóstico (PINHO et al., 2018).

Alguns parâmetros utilizados são NRS 2002 para triagem nutricional, Avaliação Subjetiva Global prescrita pelo próprio paciente (ASG-PPP) e Avaliação Subjetiva Global (ASG) (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2016).

Em pacientes oncológicos, dentre eles os portadores de neoplasia de esôfago, é importante realizar a triagem nutricional até 48 após a internação para avaliar o risco nutricional ou desnutrição. As ferramentas mais utilizadas são a ASG

e a ASGPPP (INCA, 2011). Após a terapia nutricional, se o paciente apresentar risco nutricional deve ser realizado a avaliação nutricional completa (dados clínicos e dietéticos). Este método também engloba os pacientes com neoplasia esofágica, sendo de suma importância, visto que a maioria dos pacientes apresenta-se desnutridos e perda progressiva de peso (INCA, 2011).

De acordo com Ramos (2015), pacientes com neoplasia esofágica inoperável que estejam realizando tratamento quimioterápico e radioterápico é frequente a perda de aproximadamente 5-10 kg no decorrer do tratamento.

A perda de peso superior a 10% nos últimos 6 meses antes do diagnóstico é um fator de risco e influencia no prognóstico do paciente (OLIVEIRA et al., 2015).

A terapia nutricional no tratamento desta neoplasia tem como objetivo adequar o estado nutricional, evitando a perda de peso, uma vez que a maioria desses pacientes evolui para um quadro de desnutrição e caquexia (OLIVEIRA et al., 2015). Em neoplasias do trato gastrointestinal superior, como por exemplo, no esôfago, a perda de peso é frequente, pois a via oral de alimentação apresenta obstrução ou incômodo esofágico, ocasionando disfagia e odinofagia (Manual MSD, 2017). Em casos de tumor em grau elevado já causando obstrução total ou quase completa, deve-se incentivar o consumo de alimentos consistência líquida monitorando a ocorrência de regurgitação, visando prevenir a desnutrição (Manual MSD, 2017).

O tratamento oncológico também influencia no estado nutricional do paciente, visto que causa efeitos negativos sobre o trato gastrointestinal, como: náuseas, vômitos, diarreia, constipação, mucosite, má absorção de nutrientes, dor local, podendo interferir negativamente na alimentação. Deste modo, estes sintomas favorecem o processo de desnutrição (BARBOSA, et al., 2017).

O nutricionista é essencial no tratamento do paciente oncológico, auxiliando na alimentação adequada, frente aos sintomas apresentados, visando adequar o estado nutricional, melhorando assim a qualidade de vida do paciente, aumento da imunidade entre outras complicações decorrentes do tratamento oncológico e da neoplasia (SILVA, 2006).

A terapia nutricional precisa ser realizada de acordo com as necessidades individuais, compreendendo a avaliação nutricional integral, bem como as

necessidades nutricionais e hábitos alimentares. A assistência nutricional tem o objetivo de prevenir e reverter a perda de peso, favorecer o adequado estado nutricional, evitando a progressão do quadro de desnutrição e da caquexia, auxiliando no balanço nitrogenado e redução da proteólise e aumento da imunidade (INCA, 2011).

## **TERAPIA NUTRICIONAL ORAL**

A maioria dos pacientes portadores de neoplasia de esôfago apresentam distúrbios nutricionais e passam pelo processo de desnutrição. Desnutrição é definido segundo Jordan et al., (2017) como um estado nutricional derivado da reduzida ingestão ou absorção de nutrientes que altera a composição corporal e diminui a função física e mental, além de levar a um comprometimento clínico.

De acordo com Toledo et al., (2018), mais de 70% dos pacientes com neoplasia de esôfago apresentam perda de peso superior a 10%. Sendo na maioria dos casos rápida e nos primeiros meses. Devido ao processo acelerado de disfagia, que é considerado o principal sintoma desse tumor. Desse modo, primeiramente, os pacientes apresentam dificuldade ao deglutir alimentos sólidos, evoluindo para disfagia para alimentos em consistência pastosa e posteriormente líquidos e saliva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A cirurgia esofágica ou gastroesofágica interfere negativamente na ingestão do paciente, visto que há redução do volume estomacal, saciedade precoce e possível refluxo gástrico, além de náuseas e vômito (JORDAN, 2017). Quando ocorrem complicações pós-operatório, como por exemplo, deiscência de anastomose ou vias linfáticas danificadas, pode diminuir a ingestão alimentar. Importante ressaltar que redução da ingesta ocasiona deficiência energética e de macronutriente e micronutrientes (JORDAN et al.,2017).

O tratamento com radioterapia pode causar mucosite, xerostomia, além da odinofagia e estreitamento do esôfago. A deglutição apresenta-se difícil e dolorosa, desse modo, reduz gradativamente a ingestão. Em adição, a quimioterapia pode ocasionar inflamação da mucosa no trato gastrointestinal superior, podendo estar

acompanhado de estomatite, náuseas, vômito. Assim, o acompanhamento nutricional através da orientação dietoterápica, suplementação é fundamental no ganho de peso e melhora do estado nutricional, levando a melhora da qualidade de vida (POLTRONIERI & TUSSET, 2016).

Algumas condutas nutricionais são necessárias quando o paciente apresenta sintomas como anorexia, disgeusia, disosmia, mucosite, xerostomia, disfagia e odinofagia, dentre outras. Em relação à anorexia é importante conscientizar o paciente da necessidade de comer, apesar da inapetência, ajustar a ingestão alimentar, aumentar o fracionamento das refeições e reduzir quantidade por refeição (6 a 8 refeições/dia), aumentar a densidade calórica e proteica das refeições, estimular lanches calóricos na consistência e textura adaptada de acordo com a aceitação do paciente, e se necessário associar com suplemento hipercalórico e hiperproteico. Além de consumir alimentos com boa fonte de proteína de alto valor biológico e manter lanches prontos para beliscar (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2015).

A conduta nutricional indicada aos pacientes que apresentam disgeusia e disosmia é conscientizar o paciente da necessidade de se alimentar, estimular a ingestão de alimentos mais prazerosos, aumentar o fracionamento das refeições (6 a 8 refeições ao dia), modificar a consistência dos alimentos conforme aceitação, liquidificando-os se necessário, avaliar necessidade de suplementação hipercalórica e hiperproteica, dar preferência a alimentos com sabores mais fortes e utilizar gotas de limão nas saladas e bebidas, além de utilizar nas preparações ervas aromáticas e condimentos para realçar o sabor (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2015).

Em relação a xerostomia, é importante informar ao paciente de que esse efeito adverso pode manter-se após o término do tratamento, estimular o consumo de água (> 2 l/dia), adequar a consistência dos alimentos, evitar o consumo de café, chá e refrigerantes que contenham cafeína, iniciar suplementação se necessário, manter higiene oral e hidratação, usar gotas de limão nos alimentos, ingerir líquidos junto com as refeições para facilitar a mastigação e a deglutição, consumir balas cítricas e mentoladas sem açúcar, além de mastigar e chupar gelo feito de água,

água de coco e suco frutas (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2015).

Na mucosite aumentar o fracionamento das refeições (6 a 8 refeições/dia), modificar a consistência da dieta, de acordo com o grau de mucosite (I, II, III), diminuir ou retirar sal e condimentos das preparações, utilizar sucos e suplementos nutricionais, manter a higiene oral, utilizar talheres pequenos e canudos para ingerir líquidos, evitar alimentos secos, duros, ácidos e picantes e bebidas gaseificadas e consumir alimentos à temperatura ambiente, fria ou gelada, macios e pastosos (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2015).

Devido à mucosite, que ocorre frequentemente, pode ser utilizado regularmente o chá de camomila por meio de bochecho e posterior ingestão. Recomendado utilizar as flores da camomila (*Chamomilla recutita*), visto que possui propriedades anti-inflamatórias, que são usadas no tratamento de inflamações cutâneas e da mucosa (REIS et al., 2016)

Na odinofagia/disfagia é importante conscientizar o paciente da necessidade de se alimentar na consistência tolerada de acordo com grau da disfagia. Quando paciente apresentar disfagia para líquidos utilizar espessantes industrializados ou naturais. Outras orientações são: aumentar o fracionamento da dieta (6 a 8 refeições/dia), elevar a densidade de calorias e de proteína das preparações, se necessário realizar suplementação nutricional, evitar alimentos secos e duros, ingerir líquidos junto às refeições para facilitar a mastigação e a deglutição e manter cabeceira elevada durante a alimentação (CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2015).

A suplementação tem como objetivo aumentar a ingestão calórica e proteica, redução da perda de peso e melhora do estado nutricional, sintomatologia, conseqüentemente melhora da qualidade de vida. O uso da terapia nutricional oral e suplementação devem ser incentivadas e consideradas como recurso importante anteriormente a terapia nutricional enteral (POLTRONIERI & TUSSET, 2016).

Em adição, as necessidades nutricionais nesses pacientes são diferenciadas, variando entre os adultos e idosos (JORDAN, 2017). Para calcular a necessidade calórica recomenda-se que o gasto energético seja calculado pela calorimetria indireta. No entanto, na impossibilidade de utilizar esse método, pode-se

utilizar as equações preditivas ou as fórmulas de bolso. Importante que o gasto energético seja avaliado e ajustado de acordo, com os sinais clínicos do paciente (BRASPEN, 2019).

Em doenças catabólicas, dentre elas o câncer, diversos fatores influenciam na determinação do gasto energético total como, maior necessidade energética decorrente da neoplasia, processo inflamatório, analgesia, doenças pancreáticas e hepáticas, febre, alterações hemodinâmicas, sepse, infecções, insuficiência respiratória e cardíaca (ARENDS, 2017).

As necessidades proteicas no paciente oncológico devem ser analisadas de acordo com a condição clínica, o estágio da doença e o estado nutricional (BRASPEN, 2019). A avaliação da recomendação da ingestão proteica precisa ser individual e sua oferta é necessária para a manutenção ou recuperação da massa magra. O aporte proteico visa compensar a depleção relacionada às condições inflamatórias e catabólicas no câncer, destacando o de esôfago visto que a ingestão alimentar na maioria dos casos é deficitária. O deficit na ingestão proteica pode acarretar em perda de massa muscular, levando a diminuição da imunidade, quedas e fratura e maior morbimortalidade (ARENDS, 2017; OTTERY & JAGER, 2017).

## **CONCLUSÃO**

Desse modo, pode-se perceber que a maioria dos pacientes com neoplasia de esôfago evolui para um quadro de desnutrição devido a diversos fatores. Assim, a terapia nutricional tem papel fundamental na adequação do estado nutricional deste paciente por meio de estratégias nutricionais. Visto que a ingestão alimentar interfere positivamente no estado nutricional do paciente.

No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre o tema e em relação à suplementação em diferentes faixas etárias, etapas do tratamento e sintomas apresentados.

Dentre as limitações encontradas nesse trabalho pode-se destacar a escassez de dados estatísticos e artigos científicos que relacionem especificamente a neoplasia de esôfago com estado nutricional e terapia nutricional.

## REFERÊNCIAS

ARENDS, J. B. et al. **ESPEN, guidelines on nutrition in cancer patients**. Clin Nutr. v.36, n.1, p.11–48, 2017.

BARBOSA, L. B. G.; FORTES, R. C.; TOSCANO, B. A. F. **Impacto de fórmulas enterais imunomoduladoras em pacientes com câncer do trato gastrointestinal enteral: uma revisão de literatura**. Journal of the Health Sciences Institute. v. 35, n.1, p. 49-54, 2017.

BORGES, E. C. O. et al. **O câncer de esôfago: uma revisão**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. v. 13, n. 1, p. 773-190, 2015.

BOZZETTI, F. **Nutritional support of the oncology patient**. Critical reviews in oncology/hematology. v. 87, n. 2, p. 172-200, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tipos de Câncer: Esôfago**. 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/definicao>. Acesso em 09 de novembro de 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer de Esôfago**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-esofago>. Acesso em 27 de Maio de 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa - Incidência de Câncer no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2019.

BRASIL. Instituto Oncoguia. **Quimioterapia para câncer de esôfago. 2017**. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/quimioterapia-para-cancer-de-esofago/1843/224/>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2017. 107p.

BRASPEN. **Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer**. BRASPEN J. v.34, n.1, p. 2-32, 2019.

**Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). 2 edição, p.186, 2015.

**Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). v.2. 2 edição, p.114, 2016.

FEIL, C. C.; DAL BOSCO, S. M. **Câncer de esôfago e desnutrição: estudo de caso.** Revista Destaques Acadêmicos. v.7, n.3, p.31-5, 2015.

FELIN, F. D. et al. **O câncer de esôfago sob enfoque da biologia molecular.** Blucher Medical Proceedings, São Paulo, v.1, n.5, p.36, 2014.

FERLAY, J. et al. **Câncer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012.** Eur J Cancer. v.49, n.6, p. 1374-1403, 2013.

INCA. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/tumores-do-trato-gi/c%C3%A2ncer-esof%C3%A1gico>. Acesso em 07 de outubro de 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Consenso nacional de nutrição oncológica.** Nivaldo Barroso de Pinho (organizador) – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 112p: Il. v. 2, 2016.

JORDAN, T. et al. **Nutritional Therapy for Patients with Esophageal Cancer.** Nutrition and Cancer. p. 1-7, 2017.

JUNIOR, V. T. et al. **Eficácia local e complicações da terapêutica neoadjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago: radioterapia versus radioterapia associada à quimioterapia.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 38, n. 4, 2011.

KELIN, C. S.; BOSCO, S. M. **Câncer de esôfago e desnutrição: estudo de caso.** Revista Destaques acadêmicos, v. 6, n.3, p.54-58, 2014.

Manual MSD, versão para profissionais de saúde. **Câncer de esôfago.** 2017.

MERINO, G.A. **Braquiterapia endoluminal en el tratamiento del cáncer de esófago.** Santiago de Compostela, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.439, de 16 de dezembro de 2014. **Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Esôfago.** 2014.

MOTA, O. M. et al. **Risk factors for esophageal cancer in a low-incidence area of Brazil.** Medical Journal. Sao Paulo, v.131, n.1, 2013.

OLIVEIRA, F. P. et al. **Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer de Cavidade Oral em Pré-Tratamento antineoplásico.** Revista Brasileira de Cancerologia. v.61, n.3, p. 253-259, 2015.

OLIVEIRA, J. F. P.; KOIFMAN, R. J.; MONTEIRO, G. T. R. **Câncer de esôfago: tendência da incidência e da mortalidade no município de Fortaleza, Ceará.** Caderno de Saúde Coletiva. v. 20, n.3. p. 59 - 66, 2012.

OTTERY, F. D.; JAGER, W. H. **Assessing nutritional status in cancer: role of the Patient-Generated Subjective Global Assessment.** Curr Opin Clin Nutr Metab Care. v.20, n.5, p.322–9, 2017.

PINHEIRO, F. A. S.; MARCONDES, C. A.; MARIANA, P. S. **Análise epidemiológica das neoplasias de esôfago atendidas no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Período de 2001 a 2010.** Gastroenterologia Endoscopia Digestiva. v. 31, n.1, 2012.

PINHO, N. B. et al. **Malnutrition associated with nutrition impact symptoms and localization of the disease: Results of a multicentric research on oncological nutrition.** Clinical Nutrition, p. 1-6, 2018.

POLTRONIERI, T. S.; TUSSET, C. **Impacto do Tratamento do Câncer Sobre o Estado Nutricional de Pacientes oncológicos: Atualização da Literatura.** Revista Brasileira de ciência de Saúde. v.20, n.4, p.327-332, 2016.

RAMOS, A. R. **Terapia nutricional e suplementação em pacientes com neoplasia esofágica: Revisão de literatura.** 2015. Monografia (Especialização em nutrição clínica) – Univesidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre. 16p.

REGO, M. A. V.; FONSECA, A. A. D. **Tendência da mortalidade por câncer de esôfago na cidade de Salvador e no estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012.** Revista Brasileira de Cancerologia. v. 60, n.1, p. 25-33, 2014.

REIS, P. E. D. et al. **Chamomile infusion cryotherapy to prevent oral mucositis induced by chemotherapy: a pilot study.** Supportive Care in Cancer, v.24, n.10, p.4393–4398, 2016.

RESENDE, H. M.; CAMARGO, E. J.; PITZER, L. F. **Câncer de esôfago: da radioterapia à terapia trimodal – um “overview”**. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. V.8, n. 27, p. 29-3, 2012.

ROCHA, L. A. et al. **Incidência de caquexia, anemia e sintomas de impacto nutricional em pacientes oncológicos**. O Mundo da Saúde, São Paulo. v.40, n.3, p.353-361, 2016.

SANTOS, B. C.; ALVES, C. F. Q. **Análise da evolução do estado nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em radioterapia**. BRASPEN J. v. 34, n. 2, p. 118-23, 2019.

SANTOS, B. P. et al. **Internações e óbitos por neoplasia de esôfago em Montes Claros, MG**. Revista de Atenção à Saúde. São Caetano do Sul. v. 15, n. 51, p. 57-61, 2017.

SILVA, M. P. N. **Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia. v.52, n.1, p. 59-77, 2006.

TOLEDO, D. O. **Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar**. BRASPEN J. v33, n.1, p.86-100, 2018.  
Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n.1, p. 773-790, 2015.

VEAS, R C; FLISFISCH, FH. **Câncer esofágico**. Revista Medicina y Humanidades. Santiago. v. 3, n 1-2, p. 34-38, 2011.

WAITZBERG, D. L. **Indicadores de qualidade em terapia nutricional: aplicação e resultados**. São Paulo: ILSI Brasil, 2010.

WUNSCH FILHO, V. et. **Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas**. Rev. Bras. Epidemiol. v.13, n.2, p.175-187, 2010.