

Frequência de queixas de deglutição e alimentação durante consulta compartilhada em cuidados paliativos oncológicos

Frequency of swallowing and food complaints during shared consultation in oncological palliative care

Tiago Teles de Menezes^{1,2} , Cristina Lemos Barbosa Furia¹ , Gabriela Xavier Silva Soares¹ 

RESUMO

Objetivo: identificar a frequência de queixas de deglutição e alimentação em pacientes oncológicos em cuidados paliativos e associá-las com os dados clínicos e funcionais. **Métodos:** estudo transversal e descritivo, realizado com pacientes oncológicos atendidos durante consulta compartilhada em ambulatório de cuidados paliativos, por meio de triagem fonoaudiológica, protocolos e escalas, com análise estatística dos dados obtidos. **Resultados:** amostra constituída de 52 indivíduos, atendidos durante 8 meses, com média de idade de 66,7 anos, *Palliative Performance Scale* (PPS) média de 57,5. A topografia da neoplasia mais frequente foi trato gastrointestinal e o tratamento foi cirurgia, quimioterapia e radioterapia associadas. As queixas da triagem foram categorizadas em deglutição e alimentação. Dessa forma, as de deglutição foram as mais frequentes e grande parte da amostra necessitou de avaliação funcional da deglutição. Apenas a associação entre queixas de deglutição e a topografia de trato gastrointestinal apresentou relação estatisticamente significativa. As queixas de deglutição foram mais frequentes nos pacientes submetidos à radioterapia e com menores porcentagens na escala PPS. **Conclusão:** as queixas de deglutição foram as mais frequentes e as associações permitiram relacioná-las à localização do tumor e identificar sua frequência, conforme o tratamento oncológico e declínio funcional da terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Neoplasia; Deglutição; Alimentação; Consultas médicas compartilhadas

ABSTRACT

Purpose: to identify the frequency of swallowing and feeding complaints in cancer patients in palliative care, and to associate them with clinical and functional data. **Methods:** cross-sectional and descriptive study, carried out with cancer patients treated during shared consultation in a palliative care outpatient clinic, through speech-language pathology screening, protocols and scales, with statistical analysis of the obtained data. **Results:** Sample consisted of 52 subjects, seen during 8 months, with a mean age of 66.7 years, PSS (Palliative Performance Scale) a mean of 57.5. The topography of the most frequent neoplasm was the gastrointestinal tract and the treatment was surgery and associated chemotherapy and radiotherapy. Complaints identified at screening were categorized into swallowing and feeding. Thus, swallowing was the most frequent and a large part of the sample required a functional assessment of swallowing. Only the association between swallowing complaints and the topography of the gastrointestinal tract showed a significant statistical relationship. Swallowing complaints were more frequent in those undergoing radiotherapy and with lower percentages on the PPS scale. **Conclusion:** swallowing complaints were the most frequent and the associations made it possible to relate them to the location of the tumor, and to identify their frequency according to cancer treatment and terminal functional decline.

Keywords: Palliative care; Neoplasm; Swallowing; Feeding; Shared medical consultations

Trabalho realizado na Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

¹Fonoaudiologia, Faculdade de Ceilândia – FCE, Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Disfagia com Ênfase Hospitalar, Faculdade CEAFI (Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada) – Goiânia (GO), Brasil.

Conflito de interesses: Nada a declarar.

Contribuição dos autores: TTM e CLBF foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo; TTM, CLBF e GXSS foram responsáveis pela coleta, análise e interpretação dos dados; TTM e CLBF foram responsáveis pela redação/revisão do artigo de forma intelectualmente importante; CLBF foi responsável pela aprovação final da versão a ser publicada.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Tiago Teles de Menezes. E-mail: tiagotelesm@gmail.com

Recebido: Dezembro 07, 2021; **Aceito:** Julho 05, 2022

INTRODUÇÃO

Os indivíduos que enfrentam a fase avançada de uma doença são pacientes que necessitam de maior atenção, pois apresentam alterações em vários aspectos, como físicos, funcionais, psicológicos, emocionais e espirituais que, de alguma maneira, prejudicam sua qualidade de vida e a de seus familiares, assim como o enfrentamento da situação. Dessa forma é importante uma intervenção padronizada, que envolva família, cuidadores informais, médicos, a equipe de saúde e o próprio paciente, para oferecer um atendimento voltado às suas necessidades e um suporte que lhe proporcione conforto e qualidade de vida⁽¹⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS),

Cuidados paliativos constituem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, possibilitados por identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física psicossocial e espiritual⁽¹⁻³⁾.

Para isso, são necessários profissionais de diferentes áreas atuando de forma integrada, priorizando a divisão de responsabilidades e resultados, com uma visão compartilhada das estratégias assistenciais ao paciente, por meio da discussão de casos e planejamento terapêutico em equipe multiprofissional⁽²⁾. Para assistência ambulatorial, indica-se que essa equipe seja composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social⁽³⁾.

Nesse contexto o fonoaudiólogo é o profissional que realiza avaliação e reabilitação das funções da audição, cognição, comunicação oral e escrita, respiração, mastigação e deglutição, atuando em equipe multiprofissional no cuidado integral da doença, tanto na atenção primária, como na atenção especializada, desde a fase do diagnóstico, antes, durante e após o tratamento cirúrgico e/ou clínico, por meio da reabilitação funcional⁽³⁾.

Essas funções têm grande influência sobre o bem-estar do ser humano, pois possuem um caráter social muito importante para a convivência em sociedade. Sabe-se que indivíduos que enfrentam o avanço de uma doença crônica e as consequências de seu tratamento, costumam apresentar alterações de deglutição e alimentação, o que causa grandes prejuízos à sua qualidade de vida, mas que podem ser reduzidas por meio da avaliação e da intervenção de profissionais especializados⁽⁴⁾.

Tendo em vista a escassez de estudos que investiguem a relação dessas alterações funcionais com a neoplasia em fase paliativa, o objetivo do presente estudo foi identificar a frequência de queixas relacionadas à deglutição e alimentação em pacientes oncológicos em cuidados paliativos durante consulta compartilhada e associá-las com os dados clínicos e funcionais.

MÉTODOS

Este estudo se classifica como descritivo e transversal e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília sob o número de parecer 3.117.830. Todos os participantes ou seus responsáveis concordaram

com a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta foi realizada no Ambulatório de Cuidados Paliativos da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília. A amostragem foi definida por conveniência e todos os pacientes atendidos no período de oito meses foram convidados a participar da pesquisa. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos. Foram excluídos da amostra aqueles que não possuíam nível de consciência e orientação para responder ao questionário.

Nesse ambulatório, os pacientes passam pelo atendimento compartilhado da equipe composta por profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e fonoaudiologia, que definem condutas e encaminhamentos, em meio à discussão dos casos e troca de experiência entre si. O critério de admissão no serviço é a necessidade de controle de sintomas em razão do esgotamento de possibilidades curativas no tratamento oncológico, neoplasia extensa e/ou presença de metástase.

Foi aplicada a Escala de Performance Paliativa (PPS - *Palliative Performance Scale*), validada para o português em 2008. A escala gradua o estado funcional do paciente em cuidados paliativos, em dez níveis de 0 a 100%, por meio da observação de cinco dimensões: deambulação, evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência⁽⁵⁾.

Os dados pessoais do paciente, da doença, do tratamento oncológico, hábitos de risco e, por fim, queixas relacionadas à alimentação e deglutição, foram coletados por meio do Protocolo de Triagem Fonoaudiológica do Ambulatório de Cuidados Paliativos, desenvolvido pela equipe do setor.

Os pacientes que foram identificados com qualquer uma das queixas receberam orientações e aqueles que apresentaram queixas relacionadas à deglutição, que predispõem a risco de broncoaspiração, passaram por avaliação funcional da deglutição para ajustes de consistência e via de alimentação seguras, e foram inseridos em terapia fonoaudiológica. Os que não apresentaram queixas foram incluídos na amostra, para comparação com os demais. A equipe examinadora foi treinada para determinar as condutas, segundo o mesmo raciocínio, de acordo com a categoria dos sintomas apresentados por cada um.

Para dimensionar o comprometimento da alimentação após a avaliação funcional da deglutição, foi utilizada a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS - *Funcional Oral Intake Scale*), que gradua em sete níveis, conforme as consistências e a quantidade que o paciente é capaz de ingerir por via oral com segurança, sendo eles: 1 (nada por via oral); 2 (dieta enteral e mínima tentativa via oral); 3 (dieta enteral e via oral consistente); 4 (dieta oral total de uma única consistência); 5 (dieta oral de múltiplas consistências com preparo especial e compensações); 6 (dieta oral sem preparo especial, mas com limitação alimentar específica); 7 (dieta oral sem restrições)^(6,7).

Os dados obtidos nos protocolos e escalas foram tabulados no Excel (Microsoft Office 2013) e as análises descritivas foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package of Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0*, assim como as associações entre as variáveis, por meio da aplicação do Teste Exato de Fisher, considerando estatisticamente significativos os valores menores ou iguais a 0,05. Assim, foram realizadas as possíveis testagens, de modo a satisfazer os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Dados demográficos

A amostra foi constituída por 52 indivíduos, sem predominância relevante de gênero. Em relação à idade, a média foi de 66,7 anos, com predominância de idosos, quando adotado o critério de 60 anos ou mais, de acordo com a classificação do Estatuto do Idoso⁽⁸⁾. Em relação a hábitos de risco, houve predominância do grupo que possuía histórico de hábitos tabágico e etílico; 44% da população estudada veio a óbito no mesmo ano em que foram atendidas (Tabela 1).

Dados clínicos

A pontuação da PPS mais frequente da amostra foi de 70, variando de 20% a 90%, com média de 57,5%. A maior parte apresentava alguma comorbidade associada ao câncer, sendo que as mais frequentes foram doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, e alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais, como diabetes mellitus. Em relação à alimentação, a grande maioria da amostra se alimentava por via oral exclusiva (Tabela 2).

Quanto à topografia da neoplasia primária, a maior frequência foi de trato gastrointestinal (sendo inseridos nesta categoria os indivíduos que apresentavam tumores de esôfago, estômago, pâncreas, intestino e reto), seguido de pulmão, próstata e em cabeça e pescoço (havendo nesta categoria tumores de fossa nasal, orofaringe e tireoide). Quanto ao tratamento oncológico, a maior frequência foi dos indivíduos submetidos à cirurgia, quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) combinadas (Tabela 2).

Os estadiamentos clínicos mais frequentes foram os mais avançados da doença, estágio IV (tumor secundário ou metastático), seguido do estágio III (neoplasia maior, que pode se espalhar para os tecidos circundantes e/ou os gânglios linfáticos), considerando o sistema de classificação numérica⁽⁹⁾ (Tabela 2).

Tabela 1. Dados sociodemográficos

Variável	Média	Min:Max	Mediana
Idade	66,7	30:95	69,5
			Frequência n^o (%)
Gênero			
Feminino			27 (51,9)
Masculino			25 (48,1)
Faixa Etária			
Idoso (≥60 anos)			36 (69,2)
Adulto (<60 anos)			16 (30,8)
Hábito			
Não			22 (42,3)
Tabaco			16 (30,8)
Tabaco e álcool			14 (26,9)
Óbito			
Sim			23 (44,2)
Não			29 (55,8)
TOTAL			52 (100,0)

Legenda: Min = mínima; Max = máxima; n^o (%) = número de indivíduos (percentual)

Triagem fonoaudiológica

Para a análise dos dados, as queixas dos pacientes foram categorizadas da seguinte forma: 'queixas de deglutição' - aquelas relacionadas à dinâmica da deglutição, sendo engasgos e/ou tosse, dor para engolir, presença de feridas na boca e garganta, boca seca, incômodo após comer (náusea/vômito), dificuldade/dor em abrir a boca, diminuição da abertura de boca, dificuldade de mastigar e diminuição de paladar e sensibilidade; 'queixas de alimentação' - foram incluídas redução do apetite e/ou ausência de vontade de comer (Tabela 3).

A categoria mais frequente foi de deglutição, seguida de alimentação, porém, houve indivíduos que apresentaram queixas de ambas as categorias, concomitantemente; 23% da amostra passou por avaliação funcional da deglutição e os níveis mais frequentes da escala FOIS foram 5 e 6, com dieta oral total com múltiplas consistências, com e sem necessidade de preparo ou compensações, respectivamente^(6,7).

Associação das queixas com as variáveis clínicas e funcionais

As associações foram realizadas entre as queixas e topografias, tratamento, PPS e presença de comorbidade. Apenas o cruzamento de dificuldades de deglutição com a topografia

Tabela 2. Dados clínicos

Variável	Média	Min:Max	Mediana
PPS	57,5	20:90	60
			Frequência n^o (%)
Comorbidades			
Presença			29 (55,8)
Ausência			23 (44,2)
Alimentação			
Via oral			47 (90,4)
Via enteral			5 (9,6)
Topografia			
Trato gastrointestinal			17 (32,7)
Pulmão			12 (23,1)
Próstata			9 (17,3)
Cabeça e pescoço			5 (9,6)
Útero			5 (9,6)
Mama			4 (7,7)
Tratamento			
Cirurgia + QT + RT			18 (34,6)
QT			9 (17,3)
QT + RT			8 (15,4)
Cirurgia + QT			6 (11,5)
Cirurgia			4 (7,7)
RT			4 (7,7)
Não realizou			3 (5,8)
Estadiamento			
IV			43 (82,7)
III			9 (17,3)
TOTAL			52 (100,0)

Legenda: PPS = *Palliative Performance Scale*; Min = mínima; Max = máxima; n^o (%) = número de indivíduos (percentual); QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; IV = Estágio 4; III = Estágio 3

de trato gastrointestinal apresentou valor estatisticamente significativo. No entanto, todas as topografias apresentaram alguma dificuldade para deglutir (Tabela 4).

Não houve associação significativa com a modalidade de tratamento, porém, houve predominância de queixas de deglutição em indivíduos irradiados, sendo que, dos que realizaram somente RT, ou RT + QT, todos apresentaram, e dos que passaram por cirurgia + RT + QT, a grande maioria relatou essa dificuldade (Tabela 4).

Para associação dos dados da PPS, os escores obtidos foram categorizados segundo as orientações do estudo de Morita et al.

Tabela 3. Triagem e avaliação fonoaudiológica

Variável	Frequência n° (%)	TOTAL
Categoria		
Queixas de deglutição	38 (73,1)	52 (100,0)
Queixas de alimentação	24 (46,2)	52 (100,0)
Queixa		
Presença	42 (80,8)	52 (100,0)
Ausência	10 (19,2)	
Conduta		
Orientações	25 (59,5)	42 (100,0)
Avaliação e Terapia Fonoaudiológica	17 (40,5)	
Avaliação da deglutição		
Não	40 (76,9)	52 (100,0)
Sim	12 (23,0)	
FOIS		
Nível 5	7 (58,3)	12 (100,0)
Nível 6	3 (25,0)	
Nível 2	2 (16,7)	

Legenda: n° (%) = número de indivíduos (percentual); FOIS = *Funcional Oral Intake Scale*

⁽¹⁰⁾, em 3 categorias: porcentagem de PPS de 10% a 20%; de 30% a 50%; maiores que 60%. Não houve relação estatisticamente significativa entre essa escala e as queixas. No entanto, destaca-se que todos os indivíduos com PPS entre 10 e 20 e que a grande maioria com PPS entre 30 e 50 apresentaram alguma queixa de deglutição⁽¹⁰⁾.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou uma população de 52 indivíduos em cuidados paliativos, em sua maioria idosos, que possuíam múltiplas comorbidades e histórico de hábitos de risco para neoplasia, sendo a topografia mais frequente a de trato gastrointestinal em estadiamentos mais avançados. A grande maioria se alimentava por via oral e as queixas mais frequentes na triagem foram relacionadas à deglutição, com associação estatisticamente significativa para os tumores de trato gastrointestinal, e mais frequentes nos indivíduos submetidos à radioterapia, isolada e combinada, e com menores porcentagens na escala PPS.

A predominância de idosos entre os indivíduos estudados (69,2%) pode ser justificada pelos fatores de risco para câncer associados à senescência, como maior tempo de exposição ao sol e à poluição ambiental, consumo de álcool e tabaco, hábitos alimentares inadequados, infecções e envelhecimento do sistema imune, somado ao diagnóstico tardio, seja pela menor adesão dos idosos ao diagnóstico e tratamentos intensivos, ou pela intenção médica de poupar pacientes frágeis de procedimentos invasivos e arriscados^(11,12). Sendo assim, os pacientes só buscam tratamento com a doença já em estágios mais avançados, o que restringe o prognóstico, pela dificuldade de tratamentos curativos, e justifica os dados encontrados, de quase 83% da amostra apresentando câncer em estágio IV.

Tabela 4. Associações entre sintomas e dados clínicos

Variável	Queixas de deglutição n° (%)			Queixas de alimentação n° (%)		
	Sim	Não	Valor de p	Sim	Não	Valor de p
Topografia						
Trato gastrointestinal	12 (70,6)	5 (29,4)	0,002*	7 (41,2)	10 (58,8)	0,497
Pulmão	12(100)	0(0,0)	0,253	7 (58,3)	5 (41,7)	0,214
Próstata	9 (100)	0(0,0)	0,572	4 (17,4)	5 (55,6)	0,634
Cabeça e pescoço	5 (100)	0(0,0)	0,590	1 (20,0)	4 (80,0)	0,256
Útero	5 (100)	0(0,0)	0,590	4 (80,0)	1 (20,0)	0,112
Mama	4 (100)	0(0,0)	0,659	0 (0,0)	4 (100,0)	0,088
Tratamento						
Não realizou	3 (100,0)	0 (0,0)	0,734	2 (66,7)	1 (33,3)	0,412
Cirurgia	3 (75,0)	1 (25,0)	0,341	1 (25,0)	3 (75,0)	0,398
RT	4 (100,0)	0 (0,0)	0,659	3 (75,0)	1 (25,0)	0,222
QT	8 (88,9)	1 (11,1)	0,629	5 (55,6)	4 (44,4)	0,349
QT + RT	8 (100,0)	0 (0,0)	0,418	3 (37,5)	5 (62,5)	0,493
Cirurgia + QT	5 (83,3)	1 (16,7)	0,473	1 (16,7)	5 (83,3)	0,157
Cirurgia + QT + RT	16 (88,9)	2 (11,1)	0,572	8 (44,4)	10 (55,6)	0,605
PPS						
10 – 20	6 (100,0)	0 (0,0)	0,527	5 (83,3)	1 (16,7)	0,052
30 – 50	35 (92,1)	3 (7,9)	0,409	16 (42,1)	22 (57,9)	0,421
≥ 60	6 (75,0)	2 (25,0)	0,164	2 (25,0)	6 (75,0)	0,213

Teste Exato de Fisher; p* ≤ 0,05

Legenda: n° (%) = número de indivíduos (percentual); RT = Radioterapia; QT = Quimioterapia; PPS = *Palliative Performance Scale*; ≥ = maior ou igual a

A maior parte dos indivíduos apresentou hábitos tabágico e etílico. Há estudos que justificam tal resultado, pois comprovam que o uso em curto ou longo prazo de álcool tem importante efeito carcinogênico para diversos sistemas do organismo e, ainda, que o uso concomitante do tabaco potencializa os efeitos para lesões neoplásicas, principalmente em trato aerodigestivo⁽¹³⁾.

O fato de metade da população deste estudo apresentar outra comorbidade associada à neoplasia já foi comprovado por pesquisadores australianos em 2018, apontando a presença de comorbidades mais prevalentes em indivíduos que apresentam histórico de neoplasia, do que naqueles que nunca apresentaram. Esse fato tem relação com a predisposição a outras doenças geradas por tratamento oncológico, por exposição a fatores de risco comuns ao câncer e outras doenças crônicas, aprimoramento do monitoramento oncológico, bem como aumento da sobrevivência desses indivíduos, por influência de certas topografias de tumor sob algumas comorbidades e por algumas doenças crônicas apresentarem fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias⁽¹⁴⁾.

A PPS possui confiabilidade, validade e utilidade comprovadas para dimensionar a evolução da doença e prognóstico de vida do indivíduo, além de acrescentar informações úteis ao cuidado. Dessa forma, sua aplicação neste estudo permitiu atribuir porcentagens maiores encontradas na população estudada, por ser de pacientes com perfil ambulatorial, ou seja, em fase inicial de cuidados paliativos⁽¹⁵⁾.

Dentre os resultados dos dados oncológicos, justificam-se as topografias apresentadas, pelo fato de a coleta ter sido realizada em unidade oncológica da rede pública de saúde, que, de acordo com a Portaria nº 874 do Ministério da Saúde, de 16 de maio de 2013, deve realizar diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes na região de saúde onde está inserida⁽¹⁶⁾. Segundo dados da estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) de 2018, para o Distrito Federal, as topografias das lesões primárias mais prevalentes foram próstata, mama feminina, útero, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto e cavidade oral, sendo compatível com os dados encontrados no presente estudo⁽¹⁷⁾.

Das categorias de sintomas deste estudo, a mais frequente foi referente à deglutição, presente em 70% da amostra, que, durante o questionário, relataram uma ou mais queixas relacionadas à função de deglutir, porcentagem próxima a outro estudo realizado com pacientes de diferentes diagnósticos, em 2019, no Brasil⁽¹⁸⁾. Estudo semelhante, realizado na Itália em 2015, com 669 indivíduos com neoplasia avançada encontrou que 40% apresentaram xerostomia, 22% mucosite e 15% com disfagia, geralmente por consequência do tratamento oncológico e da caquexia decorrente da evolução da doença, que limitam a ingestão de alimentos e líquidos, prejudicando o processo do cuidado dos demais sintomas⁽¹⁹⁾.

Assim como as queixas de deglutição, as de alimentação também foram frequentes na população estudada, o que confirma os achados do estudo realizado por Santos et al.⁽¹⁸⁾, que encontrou relação entre a baixa aceitação alimentar com o estado de terminalidade, por ausência de fome e sede, causando angústia nos familiares que, por sua vez, insistem na oferta contra o desejo do indivíduo, com o intuito de evitar o mecanismo de morte^(c).

Cerca de 30% da amostra apresentou, na triagem, queixas de sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal, necessitando de avaliação fonoaudiológica da deglutição, sugerindo a possibilidade de agravamento do quadro de saúde e

do sofrimento do indivíduo. No entanto, os resultados da escala FOIS mostraram que mais de 50% desses se alimentavam por via oral com múltiplas consistências, concordando com os dados de Santos et al.⁽¹⁸⁾, que os relacionam a maiores esforços da equipe, especialmente do fonoaudiólogo, em manter a funcionalidade da deglutição em paciente em cuidados paliativos.

A significância da associação de dificuldades de deglutição em pacientes com tumores do trato gastrointestinal pode se justificar por se tratar de órgãos diretamente ligados à função de deglutir, sugerindo maior risco de disfagia e desnutrição nesses indivíduos⁽²⁰⁾. Já a distribuição de queixas de deglutição em todas as topografias das neoplasias, pode se justificar por efeitos adversos das linhas de tratamento oncológico e os sintomas sistêmicos da doença nas funções estomatognáticas.

Estudo realizado por dentistas noruegueses constatou que pacientes com tumores em outras regiões, que não cabeça e pescoço, submetidos à quimioterapia, tendem a apresentar diversas sequelas orais, principalmente xerostomia e mucosite, que são agravadas por medicações sistêmicas do próprio tratamento ou de controle de dor⁽²¹⁾. Outro estudo, realizado na Ásia, por oncologistas, em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia, verificou que os sintomas mais comumente associados ao tratamento também são mucosite, xerostomia e dificuldade para deglutir, justificando a maior frequência desta queixa em pacientes irradiados, no presente estudo⁽²²⁾.

Destaca-se o aumento da frequência de dificuldades de deglutição nas categorias de menores porcentagens na PPS, ou seja, nos pacientes mais próximos da terminalidade, pois este achado pode confirmar o aumento da incidência de disfagia, conforme a progressão da fase paliativa, causando maior desconforto ao paciente e preocupação à família, conforme sugerido por Bogaardt et al.⁽²³⁾ em 2015.

O atendimento compartilhado se mostrou benéfico, otimizando o tempo do paciente e possibilitando à equipe uma visão ampla de suas demandas. No entanto a maior limitação do presente estudo foi a realização da avaliação e seguimento fonoaudiológico, devido à extrema fadiga apresentada pelos pacientes, dificultando, assim, a permanência ou retorno ao ambulatório.

Considerando a relevância dos dados encontrados para a resolução dos problemas de deglutição e alimentação, que são prejudiciais à qualidade de vida do paciente oncológico em cuidados paliativos, sugere-se a realização de mais estudos sobre a deglutição dessa população, bem como sobre a adesão do paciente, família e equipe às condutas e orientações do fonoaudiólogo nessa linha de cuidado⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

A triagem fonoaudiológica de pacientes oncológicos em cuidados paliativos permitiu identificar a categoria de queixas de deglutição como a mais frequente, bem como conhecer as dificuldades de alimentação enfrentadas por eles.

A associação dos achados possibilitou relacionar as queixas de deglutição às neoplasias de trato gastrointestinal e identificar sua maior frequência em pacientes submetidos à radioterapia e próximos à terminalidade, a fim de conscientizar os profissionais de saúde para os benefícios da consulta compartilhada no cuidado paliativo, visando, sempre, reduzir os prejuízos da doença e do tratamento a funções que são tão importantes para o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano.

AGRADECIMENTOS

À Universidade de Brasília, campus Faculdade de Ceilândia. Ao corpo docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília. À equipe da Unidade de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília, especialmente Juciléia Rezende de Souza, chefe da unidade, e Dra. Claudia Correa, médica paliativista. À equipe da Faculdade CEAFI, representada pela Coordenadora de Fonoaudiologia, Lilian Christina.

REFERÊNCIAS

- Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. 1. ed. São Paulo: Editora Arttheneu; 2011. Capítulo 1, O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice; p. 3-16.
- Franke CM, Ianiski VB, Haas LCS. O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na atenção primária à saúde. *Rev Contexto & Saúde*. 2018;18(35):111-5. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.111-115>.
- Furia CLB, Mikami DLY, Toledo IP. Intervenção fonoaudiológica ao paciente oncológico. In: Santos M, editor. *Diretrizes oncológicas*. 2. ed. Jaboticabal: Doctor Press Ed. Científica; 2019. p. 711-22.
- Barriguinha CIF, Mourão MTC, Martins JC. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. *Audiol Commun Res*. 2017;22(0):e1655. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1655>
- Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5-11. <http://dx.doi.org/10.1177/082585979601200102>. PMID:8857241.
- Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(8):1516-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>. PMID:16084801.
- Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000400010>.
- Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Série E: Legislação de saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
- Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H, et al. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. *Lancet Oncol*. 2019;20(2):e103-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30897-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30897-0). PMID:30712797.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Validity of the palliative performance scale from a survival perspective. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(1):2-3. PMID:10439564.
- Braz IFL, Gomes RAD, Azevedo MS, Alves FCM, Seabra DS, Lima FP, et al. Analysis of cancer perception by elderly people. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16(2):eAO4155. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4155>. PMID:29972439.
- Pedersen JK, Rosholm JU, Ewertz M, Engholm G, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K. Declining cancer incidence at the oldest ages: hallmark of aging or lower diagnostic activity? *J Geriatr Oncol*. 2019;10(5):792-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2019.02.001>. PMID:30797708.
- Balansky R, Ganchev G, Ilcheva M, Nikolov M, La Maestra S, Micalé RT, et al. Interactions between ethanol and cigarette smoke in a mouse lung carcinogenesis model. *Toxicology*. 2016;373:54-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tox.2016.11.008>. PMID:27840117.
- Ng HS, Koczwara B, Roder D, Vitry A. Changes in the prevalence of comorbidity in the Australian population with cancer, 2007-2014. *Cancer Epidemiol*. 2018;54:56-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.010>. PMID:29597133.
- Yoon SJ, Choi SE, LeBlanc TW, Suh SY. Palliative performance scale score at 1 week after palliative care unit admission is more useful for survival prediction in patients with advanced cancer in South Korea. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(9):1168-73. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909118770604>. PMID:29660991.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*; Brasília; 2013 maio 29.
- INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância – INCA; 2017.
- Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiol Commun Res*. 2020;25:e2262. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>.
- Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23(11):3249-55. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2720-y>. PMID:25832897.
- Bossi P, Delrio P, Mascheroni A, Zanetti M. The Spectrum of malnutrition/cachexia/sarcopenia in oncology according to different cancer types and settings: a narrative review. *Nutrients*. 2021 Jun;13(6):1980. <http://dx.doi.org/10.3390/nu13061980>. PMID:34207529.
- Wilberg P, Hjermstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Chemotherapy-associated oral sequelae in patients with cancers outside the head and neck region. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(6):1060-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.02.009>. PMID:24751438.
- Kanagalingam J, Wahid MIA, Lin JC, Cupino NA, Liu E, Kang JH, et al. Patient and oncologist perceptions regarding symptoms and impact on quality-of-life of oral mucositis in cancer treatment: results from the Awareness Drives Oral Mucositis Perception (ADOPT) study. *Support Care Cancer*. 2018;26(7):2191-200. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4050-3>. PMID:29387994.
- Bogaardt H, Veerbeek L, Kelly K, van der Heide A, van Zuylen L, Speyer R. Swallowing problems at the end of the palliative phase: incidence and severity in 164 unsedated patients. *Dysphagia*. 2015;30(2):145-51. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-014-9590-1>. PMID:25533181.
- Carro CZ, Moreti F, Pereira JMM. Proposta de atuação da fonoaudiologia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. *Distúrb Comun*. 2017;29(1):178-84. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i1p178-184>.