

Impacto da Recusa Alimentar em Pacientes com Câncer: Revisão Integrativa da Literatura

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1372>

Impact of Food Refusal on Cancer Patients: Integrative Literature Review

Impacto del Rechazo de Alimentos en Pacientes con Cáncer: Revisión Integrativa de la Literatura

Carolina Schmitz Tiezerin¹; Daniely Hackbarth de Souza²; Laura Faustino Gonçalves³; Patrícia Haas⁴

RESUMO

Introdução: O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, podendo ser motivado tanto por fatores externos como internos. A recusa alimentar está frequentemente associada à desnutrição em pacientes oncológicos e, muitas vezes, à caquexia, levando ao aumento da mortalidade. **Objetivo:** Apresentar evidências científicas, com base em uma revisão integrativa, para avaliar o impacto da recusa alimentar em pacientes oncológicos. **Método:** Para a seleção dos estudos, foi utilizada uma combinação de termos indexados no *Medical Subject Heading Terms* (MeSH). Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, *Scopus*, *Web of Science*, *Microsoft Academic Search*, Cochrane, RCAAP e BIREME para a seleção de manuscritos, sem restrição de idioma, período de publicação e localização geográfica. A escala utilizada para avaliar os estudos foi o protocolo para pontuação qualitativa. **Resultados:** Foram recuperados dez artigos com potencial de inclusão, sendo que três responderam à pergunta norteadora que consistiu em verificar o impacto da recusa alimentar em indivíduos com câncer. Os estudos selecionados obtiveram pontuação maior do que seis no protocolo para avaliação da sua qualidade. **Conclusão:** Os estudos relataram indicadores frequentes de recusa alimentar em pacientes oncológicos associada à desnutrição, ao medo de se alimentar e ao apetite limitado.

Palavras-chave: Neoplasias; Dieta; Desnutrição; Caquexia; Anorexia.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the leading causes of death in the world and can be provoked by both external and internal factors. Food refusal is often associated with malnutrition in cancer patients and is often associated with cachexia, which can lead to increased mortality. **Objective:** To present scientific evidence, based on an integrative review, to assess the impact of food refusal on cancer patients. **Method:** For the selection of studies, a combination of terms indexed in the *Medical Subject Heading Terms* (MeSH) was used. The databases MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, Scopus, *Web of Science*, *Microsoft Academic Search*, Cochrane, RCAAP and BIREME were utilized for the selection of manuscripts, without restriction of language, period of publication and geographical location. The scale that was used to evaluate the studies was the protocol of qualitative score. **Results:** 10 articles with potential for inclusion were retrieved, and 3 articles responded the guiding question that consisted in verifying the impact of food refusal in individuals with cancer. The selected studies scored higher than six in the protocol for assessing their quality. **Conclusion:** Studies have reported frequent indicators of food refusal in cancer patients, associated with malnutrition, fear of eating and limited appetite.

Key words: Neoplasms; Diet; Malnutrition; Cachexia; Anorexia.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo y puede ser causado tanto por factores externos como internos. El rechazo de alimentos a menudo está relacionado con la desnutrición en pacientes con cáncer y, a menudo, también se asocia con la caquexia, que puede conducir a un aumento de la mortalidad. **Objetivo:** Presentar evidencia científica, basada en una revisión integradora, para evaluar el impacto del rechazo de alimentos en pacientes con cáncer. **Método:** Para la selección de estudios se utilizó una combinación de términos indexados en *Medical Subject Heading Terms* (MeSH). Para la selección de manuscritos se utilizaron las bases de datos MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, *Scopus*, *Web of Science*, *Microsoft Academic Search*, Cochrane, RCAAP y BIREME, sin restricción de idioma, período de publicación y ubicación geográfica. La escala que se utilizó para evaluar los estudios fue el protocolo de puntuación cualitativa. **Resultados:** Se recuperaron diez artículos con potencial de inclusión y tres artículos respondieron a la pregunta orientadora que consistía en verificar el impacto del rechazo de alimentos en individuos con cáncer. Los estudios seleccionados obtuvieron una puntuación superior a seis en el protocolo para evaluar su calidad. **Conclusión:** Los estudios han reportado indicadores frecuentes de rechazo de alimentos en pacientes con cáncer, asociados con desnutrición, miedo a comer y apetito limitado. **Palabras clave:** Neoplasms; Dieta; Desnutrición; Caquexia; Anorexia.

¹⁻⁴Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis (SC), Brasil. E-mails: carolinatiezerin@gmail.com; danihacksouza@gmail.com; laurafaustinog@outlook.com; patricia.haas@ufsc.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5524-1843>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9355-8403>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0043-4349>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9797-7755>

Endereço para correspondência: Patrícia Haas. Rua Engenheiro Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n. Centro de Ciência da Saúde/UFSC/Campus Trindade – Trindade. Florianópolis (SC), Brasil. CEP 88040-900. E-mail: patricia.haas@ufsc.br



INTRODUÇÃO

O câncer engloba um conjunto de doenças que resultam de um crescimento rápido das células, as quais podem se expandir para outras estruturas do corpo e ocasionar metástase. Diversos fatores são identificados e podem contribuir para o surgimento do câncer, tanto fatores internos (heranças genéticas, hormônios e questões imunológicas) como externos (hábitos alimentares, estilo de vida e exposição a produtos químicos, entre outros)¹.

Dois fatores estão relacionados com a alta prevalência de morte por câncer: o envelhecimento e o crescimento populacional. Um estudo desenvolvido por Bray et al.² demonstrou que ocorreram mais de 18 milhões de novos casos de câncer no mundo, sendo o câncer de pulmão o mais prevalente (2,1 milhões), seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão)².

O câncer e o próprio tratamento da doença podem causar efeitos adversos que interferem no estado nutricional, no comportamento alimentar e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos pacientes. Entre estes, citam-se as dificuldades de alimentação, envolvendo alterações no paladar, recusa alimentar, mucosite, xerostomia e disfagia³. A desnutrição em pacientes com câncer infelizmente é muito habitual. A própria doença e os tratamentos aos quais o paciente é submetido podem levar à desnutrição e afetar o paladar, olfato, capacidade de ingerir e absorver os nutrientes do alimento. Mesmo com essas capacidades alteradas, é muito importante destacar a importância de bons hábitos alimentares antes, durante e após o tratamento, por parte dos pacientes, pois isso poderá impactar positivamente no tratamento, prevenção de infecções e energia⁴.

A desnutrição pode estar associada à caquexia, considerada uma síndrome caracterizada pela perda de peso, perda incessante de massa muscular esquelética, alterações imunes, perda de apetite e sequências de variações metabólicas⁵. No câncer, essa síndrome é em média manifestada em 50% dos pacientes, estes podem desenvolver sérias conseqüências e reduzir as respostas dos tratamentos, como também aumentar a taxa de mortalidade⁶.

A presente pesquisa apresenta como objetivo principal e norteador verificar as evidências científicas sobre o impacto da recusa alimentar em pacientes com câncer, com vistas a responder à seguinte pergunta de pesquisa: Qual o impacto da recusa alimentar pelos pacientes oncológicos?

MÉTODO

As buscas por artigos científicos para esta revisão integrativa foram feitas por três pesquisadores

independentes nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, *Scopus*, *Web of Science*, *Microsoft Academic Search*, Cochrane, RCAAP e BIREME, sem restrição de idioma, período e localização. A pesquisa foi estruturada e organizada de acordo com o anagrama PICOS, que representa um acrônimo para população-alvo, intervenção, comparação e *outcomes* (desfechos). População de interesse ou problema de saúde (P): corresponde a pacientes oncológicos; intervenção (I): desnutrição, caquexia ou outro tipo de transtorno de caráter alimentar; comparação (C): pessoas saudáveis ou que não estivessem recebendo tratamento oncológico; *outcome* (O): qualidade de vida; (S): estudo transversal, estudo observacional, relatos de caso, estudos de caso-controle, ensaios clínicos controlados, estudos de coorte.

Os descritores foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Heading Terms* (MeSH), haja vista a sua grande utilização pela comunidade científica para a indexação de artigos na base de dados PubMed. Diante da busca dos descritores, foi realizada a adequação para as outras bases utilizadas. Foram propostas para as buscas os seguintes termos com os respectivos operadores booleanos: *food refusal and oncology and food and cancer*. A busca ocorreu no mês de novembro de 2020 de forma concentrada.

Foram incluídos estudos sem restrição de idioma, período e localização. Foi verificada a qualidade metodológica, assinalando-se a pontuação obtida, por meio de um protocolo para pontuação qualitativa dos estudos selecionados, modificado de Pithon et al.⁷, com *scores* sendo categorizados como de alta qualidade entre 13 e 11 pontos; moderada qualidade entre 10 e 6 pontos; e baixa qualidade aquém de 6 pontos. Foram incluídos no trabalho estudos que obtiveram pontuação \geq a 6 pontos.

Inicialmente, o revisor de elegibilidade foi calibrado para a realização da revisão integrativa por três revisores independentes. Aqueles que apresentaram um título dentro do âmbito, mas os resumos não estavam disponíveis, também foram obtidos e analisados na íntegra. Foram excluídos estudos fora do âmbito: relatos de caso, cartas ao editor e/ou editorial, revisões de literatura, índices, resumos e estudos em animais. Posteriormente, os estudos elegíveis preliminarmente tiveram o texto completo obtido e avaliado. Em casos específicos, quando o estudo com potencial de elegibilidade apresentasse dados incompletos, os autores poderiam ser contatados por e-mail para mais informações, no entanto, esse contato não foi necessário para a presente pesquisa.

A qualidade dos métodos utilizados nos estudos incluídos foi avaliada pelo revisor de forma independente. A avaliação priorizou a descrição clara das informações. Neste ponto, a revisão foi realizada às cegas, mascarando

os nomes dos autores e revistas, evitando qualquer viés potencial e conflito de interesses.

A extração dos dados para o processo de elegibilidade dos estudos foi realizada utilizando-se uma ficha própria elaborada por três pesquisadores em Programa Excel®, na qual os dados extraídos foram adicionados por um dos pesquisadores e, então, conferidos por outro. Inicialmente, foram selecionados de acordo com o título; em seguida, os resumos foram analisados e apenas os potencialmente elegíveis, selecionados. Com base nos resumos, artigos foram selecionados para leitura integral e admitidos os que atendiam a todos os critérios predeterminados.

Após a triagem, o texto do artigo selecionado foi revisado e extraído de forma padronizada por um autor, identificando-se ano de publicação, local da pesquisa, idioma de publicação, tipo de estudo, amostra, método, resultado e conclusão do estudo.

O resultado clínico de interesse consistiu em verificar o impacto da recusa alimentar especificamente em pacientes com câncer. Aqueles que não utilizaram a abordagem proposta não fizeram parte da amostra da revisão.

RESULTADOS

A partir dos descritores eleitos, os bancos de dados foram consultados e obtidos os resultados disponibilizados na Tabela 1.

Ao total, 175 artigos foram identificados inicialmente. Após a exclusão por títulos inadequados e duplicados, dez artigos foram para a avaliação de resumos. Destes, sete foram excluídos por não responderem à pergunta norteadora. Procedeu-se à leitura na íntegra dos três artigos e, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, três sobre o impacto da recusa alimentar em pacientes com câncer foram objeto da presente análise (Figura 1). Os estudos analisados foram do tipo transversal e qualitativo.

A pesquisa de Damasco-Ávila et al.⁸ foi realizada por meio do questionário *Identification and Management of Feeding Difficulties* (IMFeD), na qual foram convidados pais e responsáveis de crianças hospitalizadas com diagnóstico de câncer a responder sobre as dificuldades alimentares em pediátricos e seus comportamentos alimentares. A pesquisa incluiu 125 pacientes, dos quais 41,6% apresentaram um estado nutricional adequado. Os autores relatam que todos os pacientes apresentavam pelo menos um tipo de desordem alimentar, sendo a mais comum o apetite limitado, em seguida foi relatado o medo de se alimentar. Os principais sintomas dentro das desordens alimentares incluíam dor, disgeusia, diarreia, vômito, entre outros. Os pacientes com dificuldades alimentares associadas à desnutrição apresentaram queixas como perda de apetite, resistência intensa a se

alimentar por desconforto e medo de se alimentarem. O estudo demonstrou que crianças com mais de 11 anos apresentavam mais consciência sobre os efeitos do tratamento, portanto sentiam mais medo e esse fator impactava diretamente na alimentação.

No estudo desenvolvido por Brinksma et al.⁹, utilizou-se o questionário *Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale* (BPFAS) com os pais das crianças internadas na oncologia, no qual 85 pais responderam por completo à pesquisa. O BPFAS examina o comportamento alimentar da criança e dos pais. Os pais foram solicitados a classificar a alimentação dos seus filhos antes da doença, como: boa, moderada ou ruim. As respostas foram obtidas de 0-12 meses após o diagnóstico. Dos 85 pacientes, 37 eram menores de 8 anos e 48 maiores de 8 anos. Cerca de 38 (44,7%) crianças receberam alimentação por sonda nasogástrica e essa porcentagem foi caindo ao longo do tempo, chegando até 10% após os 12 meses de diagnóstico. A pesquisa destaca como resultados que um quarto das crianças teve algum transtorno alimentar: diminuição da ingestão (17,5%) e ingestão excessiva (8,6%). A prevalência de transtornos alimentares em crianças menores de 8 anos foi maior do que em crianças maiores de 8 anos e variaram de 29% no diagnóstico para 37% após 12 meses do diagnóstico. A frequência alimentar das crianças com câncer quando comparada à de crianças com fibrose cística e *diabetes* foi menos expressiva do que se comparada à de crianças saudáveis, resultando em maior índice de problemas alimentares. A pesquisa revelou também que crianças que tinham um comportamento alimentar antes do diagnóstico diminuído ou moderado apresentaram maior prevalência de transtornos alimentares (42% a 57%). Crianças que demonstraram se alimentar excessivamente e as com recusa alimentar tiveram maior consumo de energia (11,3 e 18,9, respectivamente).

No estudo de Reid et. al.⁶, foram entrevistados oito pacientes com câncer e que tiveram perda de peso superior a 10% nos últimos seis meses. O estudo foi desenvolvido por meio de entrevista, na qual o entrevistador questionou sobre os sentimentos do paciente sobre a perda de peso e como essa perda de peso afetou a rotina; cada entrevista foi conduzida de uma forma diferente, mas os resultados indicaram que a alimentação se tornou motivo de conflito entre paciente e familiar. Pacientes relataram que não respondiam com veracidade sobre o que haviam ingerido durante o dia ou se forçavam a comer para agradar os familiares e evitar conflitos. Para os familiares, o enfoque na alimentação dos enfermos era um indicador de amor e preocupação e, quando seu familiar recusava se alimentar, pensavam que era um indício de avanço da doença. Os resultados dos artigos estão descritos na Tabela 2.

Tabela 1. Classificação das referências obtidas no MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, Scopus, Web of Science, Microsoft Academic Search, Cochrane, RCAAP e Bireme

Descritores	N.º total de artigos	Referências excluídas	Motivo da exclusão	Selecionado	Banco de dados
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	77	75	Excluídos por título (72) Excluídos por resumo (3)	2	PubMed
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	8	8	Artigos duplicados (8)	0	LILACS
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	0	0	0	0	SciELO
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	14	13	Excluídos por título (4) Excluídos por resumo (2) Artigos duplicados (7)	1	Web of Science
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	8	8	Excluídos por título (4) Artigos duplicados (4)	0	BIREME
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	9	9	Excluídos por título (6) Excluídos por resumo (1) Artigos duplicados (2)	0	Scopus
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	46	45	Excluídos por título (45)	1	Microsoft Academic Search
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	11	11	Excluídos por título (11)	0	Cochrane
(Food refusal) and (oncology) and (food) and (cancer)	2	2	Excluídos por título (2)	0	RCAAP
Total	175	170	Excluídos por título (144) Excluídos por resumo (7) Artigos duplicados (21)	3	PubMed, Web of Science, Microsoft Academic Search

DISCUSSÃO

Os tratamentos usados no combate ao câncer, como a radioterapia e quimioterapia, podem causar diversos efeitos colaterais, incluindo alterações no paladar e olfato, náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, dor e fadiga¹⁰. Esses efeitos colaterais influenciam diretamente na alimentação desses pacientes, podendo desenvolver, por exemplo, rejeição a alimentos, desnutrição e caquexia⁴.

A pesquisa realizada por Brinksma et al.⁹ destaca que 15,7% das crianças tiveram algum tipo de transtorno

alimentar relacionado com a diminuição da ingestão de alimentos. Os achados na literatura demonstraram que a desnutrição é muito comum em pacientes oncológicos, visto que eles apresentam baixa ingestão de alimentos, alterações metabólicas, morfológicas e funcionais que o tumor acaba causando, além de possuírem uma maior necessidade calórica em virtude do avanço da doença¹¹.

Além disso, Brinksma et al.⁹ ressaltaram que 44,7% das crianças utilizaram sonda nasogástrica durante o tratamento, e que essas crianças demonstraram maiores episódios de recusa alimentar; contudo, as que usaram

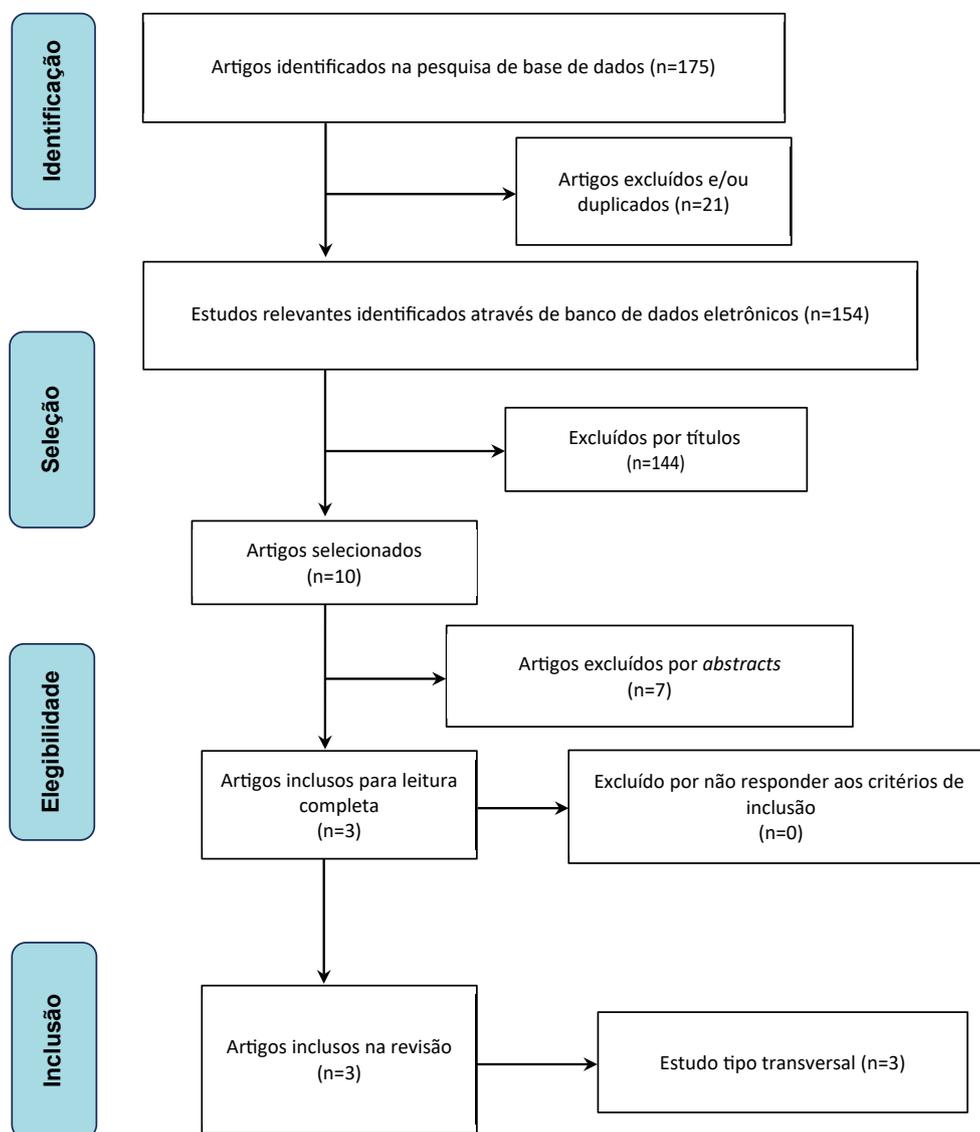


Figura 1. Fluxograma de busca e análise dos artigos

essa via de alimentação não apresentaram desnutrição. De acordo com Lee et al.¹², a desnutrição é muito comum em pacientes oncológicos e pode acarretar um pior prognóstico, qualidade de vida e sobrevida. O uso da sonda nasogástrica é indicado quando o paciente apresenta uma insuficiência menor do que 60% e sem expectativa de melhora para se alimentar por via oral¹³. Estudos mostram que o uso da sonda nasogástrica auxilia no combate contra a desnutrição e traz benefícios, como melhora na funcionalidade do paciente e nos resultados da quimioterapia e aumento do sistema imunológico¹⁴.

A pesquisa realizada por Damasco-Ávila et al.⁸ teve como objetivo analisar o comportamento alimentar de 125 crianças e adolescentes na faixa etária de 1 a 19 anos com câncer. Os resultados indicaram que uma das desordens alimentares mais recorrentes foi o medo de se

alimentar. Essa desordem atingiu 40 crianças. Para elas, as causas dessa desordem são medo de provocar diarreia e vômito, dor ao mastigar e deglutir e distensão abdominal. Em seu estudo, Kerzner et al.¹⁵ afirmam que o medo de se alimentar advém de uma situação traumática, em que as crianças associaram a alimentação com os sintomas apresentados na pesquisa de Damasco-Ávila et al.⁸. Para isso, Kerzner et al.¹⁵ argumentam que tranquilizar a criança e recompensar positivamente são chaves para obter sucesso na perda do medo, mas ressaltam que deve haver, nesses casos, acompanhamento de um psicólogo.

Outro resultado das desordens alimentares de Damasco-Ávila et al.⁸ foi de que a mais comum é a de apetite limitado, em que as crianças relataram alguns sintomas para a sua diminuição de apetite, entre eles: dor, saciedade precoce e disgeusia. A desregulação do apetite segundo Perboni e Inui¹⁶ se caracteriza por

Tabela 2. Síntese dos artigos incluídos

Autor/ Ano/ Local de publicação	Objetivo	Nº. da amostra	Método	Resultados	Conclusão
Damasco-Ávila et al., 2019 México	Descrever a frequência das dificuldades ou distúrbios alimentares em pacientes oncológicos pediátricos	125	Estudo prospectivo com 125 crianças entre 1-19 anos. Os diagnósticos de transtornos alimentares foram feitos nas primeiras 48 horas de internação	Crianças maiores de 11 anos apresentaram maior dificuldade para se alimentar em razão da dor (medo de se alimentar) do que as menores. A alteração mais frequente associada à desnutrição foi a perda de apetite, seguida por medo de se alimentar. As causas orgânicas apresentaram maior risco de desnutrição	90% das crianças que participaram do estudo apresentaram pelo menos um transtorno alimentar. A ingestão nutricional inadequada pode levar a uma subnutrição. Por esse motivo, é muito importante que a identificação dos transtornos alimentares esteja dentro da avaliação dos pacientes com câncer
Reid et al., 2009 UK	Investigar as tensões sobre os alimentos que existem entre os pacientes com câncer avançado com caquexia e suas famílias	8 pacientes e 8 familiares (16)	Entrevistas não estruturadas singulares foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas por meio de uma análise fenomenológica temática e interpretativa	A pesquisa mostrou conflitos entre os pacientes e seus familiares. Alguns pacientes disseram que mentiam sobre o que tinham comido durante o dia, outros comiam só para agradar os familiares. Já os familiares achavam que fazer o enfermo se alimentar era um ato de preocupação e amor e que, quando eles não comiam, era porque a doença estava avançando	O estudo buscou destacar a ansiedade que a comida e o sofrimento causam aos pacientes e suas famílias
Brinksma et al., 2020 Europa	Determinar a prevalência, causas e consequências de problemas alimentares em crianças com câncer	85	85 pais de crianças com câncer responderam ao questionário BPFAS	15,7% das crianças tiveram problemas com a diminuição de ingestão e 8,6% com a ingestão excessiva. Transtornos alimentares em relação ao comportamento dos pais foi de 21,1%. Crianças menores de 8 anos apresentaram maior prevalência de transtornos alimentares. As crianças que tinham um padrão alimentar pobre ou moderado pré-diagnóstico tiveram maior prevalência de transtornos alimentares (42%-57%). Os pais mostraram maior sofrimento quando seu filho recusava a comer do que comer excessivamente	As crianças mais novas correm mais risco de desenvolverem transtornos alimentares. Os hábitos alimentares também influenciam se o paciente teria ou não algum transtorno. As intervenções devem reduzir os efeitos colaterais do tratamento e os pais devem ser mais flexíveis em relação à alimentação dos seus filhos

Legenda: BPFAS = *Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale*.

disfunção hipotalâmica e formação de citocinas associadas ao câncer. Para Poole e Froggatt¹⁷, o apetite limitado é um efeito da anorexia, podendo levar o paciente oncológico a uma desnutrição; para isso, o autor explica que se deve estabelecer um critério de distinção entre ausência de apetite e saciedade precoce, assim a equipe multiprofissional atuará na melhora nutricional do paciente.

Comparando os estudos de Damasco-Ávila et al.⁸ e Brinksma et al.⁹, o primeiro autor concluiu que pacientes maiores de 11 anos possuem mais consciência sobre o tratamento da doença e, com isso, sentem mais medo, impactando na sua alimentação. No entanto, na pesquisa de Brinksma et al.⁹, constatou-se que pacientes menores de 8 anos apresentaram maior prevalência de recusa alimentar, contrapondo-se ao estudo de Damasco-Ávila et al.⁸. Caram et al.¹⁸ realizaram uma pesquisa com 31 pacientes oncológicos pediátricos, em que foi possível classificar a relação do peso por idade. Como resultados, crianças entre 3 e 6 anos de idade apresentaram baixo peso por conta da desnutrição, confirmando assim o estudo de Brinksma et al.⁹.

No estudo de Reid et al.⁶, os pacientes oncológicos com caquexia admitiram que se sentem pressionados pelos familiares a se alimentarem bem. Para os membros da família, o ato do enfermo recusar o alimento era um sinal de declínio da doença, assim como a perda de peso constante, mesmo estando cientes de que isso é uma consequência da caquexia. Alguns pacientes admitiram ter mentido para seus familiares sobre estarem com fome ou se forçarem a se alimentar para evitar brigas e desentendimentos, pois, além de se desentender com seus familiares, os enfermos relataram que, após o conflito, se sentiam muito chateados ou irritados por sempre ser posto em foco a sua recusa alimentar. Um estudo feito por Hawkins et al.¹⁹ confirma que os membros da família podem, sem intenção, coagir o paciente a se alimentar, pois, para os entes queridos, forçar o enfermo a se alimentar seria uma forma de descarregar suas ansiedades e medos, visto que, para eles, a recusa é uma desesperança de alguma melhora da doença.

CONCLUSÃO

As análises relatam que a recusa alimentar é frequente em pacientes oncológicos. Evidenciaram também que os pacientes sentem medo de se alimentar, pois temem as consequências que podem apresentar, como sentir dor e ter episódios de diarreia e vômito. As pesquisas científicas nessa área ainda são recentes, mas é de extrema importância que se dê continuidade a essas produções. Dessa forma, será possível melhorar a qualidade de vida

dos pacientes oncológicos e viabilizar melhores indicativos para uma alimentação adequada aos pacientes oncológicos.

CONTRIBUIÇÕES

Patrícia Haas, Carolina Schmitz Tiezerin, Daniely Hackbarth de Souza e Laura Faustino Gonçalves contribuíram substancialmente na concepção e planejamento do estudo; na obtenção, análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e revisão crítica. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Câncer: o que é câncer? [modificado 2020 nov 30; acesso 2020 nov 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
3. Wagner J, Etge CL, Barbosa LR. Acompanhamento fonoaudiológico nas dificuldades alimentares no câncer infanto-juvenil: uma série de casos. *Distúrbios Comun*. 2020;32(4):529-38. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i4p529-538>
4. PDQ®: Supportive and Palliative Care Editorial Board [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); [date unknown]. PDQ Nutrition in Cancer Care; [update 2021 July 14; cited 2020 Nov 19]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/appetite-loss/nutrition-hp-pdq>
5. Silva AC, Pinheiro LS, Alves RC. As implicações da caquexia no câncer. *e-Sci*. 2012;5(2):49-56.
6. Reid J, Mckenna H, Fitzsimons D, et al. Fighting over food: patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(4):439-45. doi: <https://doi.org/10.1188/09.ONF.439-445>
7. Pithon MM, Sant'Anna LI, Baião FCS, et al. Assessment of the effectiveness of mouthwashes in reducing cariogenic biofilm in orthodontic patients: a systematic

- review. *J Dent*. 2015;43(3):297-308. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.12.010>
8. Damasco-Ávila E, Velasco-Hidalgo L, Zapata-Tarrés M, et al. Trastornos y dificultades en la alimentación en pacientes pediátricos con cáncer. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2019;76(3):113-9. doi: <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000072>
 9. Brinksma A, Sulkers E, Ijpmma I, et al. Eating and feeding problems in children with cancer: prevalence, related factors, and consequences. *Clin Nutr*. 2020;39(10):3072-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.012>
 10. Miller E, Jacob E, Hockenberry MJ. Nausea, pain, fatigue, and multiple symptoms in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(5):E382-93. doi: <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E382-E393>
 11. Maurício SF. Impacto nutricional no paciente oncológico. *Rev Bras Ciênc Vida*. 2014;2(Ed. Esp).
 12. Lee JLC, Leong LP, Lim SL. Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):469-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2958-4>
 13. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. 3. ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [acesso 2020 nov 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//acoes-enfermagem-controle-cancer.pdf>
 14. Szewczuk M, Gasiorowska E, Matysiak K, et al. The role of artificial nutrition in gynecological cancer therapy. *Ginekol Pol*. 2019;90(3):167-72. doi: <https://doi.org/10.5603/GP.2019.0027>
 15. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
 16. Perboni S, Inui A. Anorexia in cancer: role of feeding-regulatory peptides. *Phil Trans R Soc B*. 2006;361(1471):1281-9. doi: <https://doi.org/10.1098/rstb.2006.1863>
 17. Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliat Med*. 2002;16(6):499-506. doi: <https://doi.org/10.1191/0269216302pm593oa>
 18. Caram ALA, Franciosi KTB, Pereira CM, et al. Desnutrição em crianças até 12 anos com leucemia atendidas no grupo em defesa de criança com câncer no município de Jundiaí, SP. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(2):231-9. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n2.624>
 19. Hawkins C. Anorexia and anxiety in advanced malignancy: the relative problem. *J Hum Nutr Diet*. 2000;13(2):113-7. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2000.00219.x>

Recebido em 17/12/2020
Aprovado em 26/4/2021