

A gastronomia como alívio dos sintomas do tratamento do câncer

Derlyane Consolação Simão de PAIVA¹, derlyane_simao@hotmail.com; **Juliana Corrêa do NASCIMENTO¹**; **Bethânia Estevam Moreira CABRAL²**; **Ana Carolina Ferreira FÉLIX¹**; **Marina Santanna LOPES¹**; **Dayse Xavier Amaro LEVATE³**

1. Graduada em Nutrição pela Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG; nutricionista da Fundação Cristiano Varella (FCV), Muriaé, MG.
2. Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade São Camilo (FACS), Belo Horizonte, MG; nutricionista da FCV, Muriaé, MG.
3. Especialista em Nutrição Clínica-esportiva pela Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ; nutricionista da FCV, Muriaé, MG.

Artigo recebido em 04 mar. 2013 e aprovado em 06 maio 2013.

RESUMO: Analisou-se a influência da gastronomia na minimização dos sintomas dos tratamentos de combate ao câncer. Foram elaboradas, na Unidade de Alimentação e Nutrição de um hospital oncológico e disponibilizadas aos pacientes, receitas adocicadas e de consistência pastosa à branda, que são de fácil deglutição. Houve aceitação superior a 80%. Concluiu-se que a gastronomia interfere na aceitação da dieta, reduzindo a inapetência alimentar e, conseqüentemente, melhorando o estado nutricional do paciente.

Palavras-chave: câncer, efeitos adversos, gastronomia.

ABSTRACT: The gastronomy as a relief of symptoms of cancer treatment. The influence of

gastronomy on the reduction of symptoms of treatments to combat cancer was analyzed. Were prepared in the Food and Nutrition Unit at an oncology hospital and made available to patients, sugary recipes and soft to pasty consistence, which are easy to swallow. There was more than 80% of acceptance. It was concluded that the gastronomy interferes in the acceptance of the diet, reducing the lack of appetite and thus improving the nutritional status of the patient.

Keywords: cancer, adverse effects, gastronomy.

RESUMEN: La gastronomía como un alivio de los síntomas del tratamiento del cáncer. Se analizó la influencia de la gastronomía en la reducción de los síntomas de tratamientos para combatir el cáncer. Se prepararon de la Unidad Alimentaria y Nutricional en un hospital de oncología y puesto a disposición de los pacientes, recetas dulces y suaves de consistencia pastosa, que son fáciles de tragar. Hubo más de 80% de aceptación. Se concluyó que la gastronomía interfiere en la aceptación de la dieta, la reducción de la falta de apetito y por lo tanto mejorar el estado nutricional del paciente.

Palabras llave: cáncer, efectos adversos, gastronomía.

Introdução

Atualmente, a definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malignos, como sendo uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células transformadas. Existem quase 200 tipos que correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes (ALMEIDA et al., 2005).

O desenvolvimento do câncer resulta da interação entre fatores endógenos e ambientais. Cerca de 35% dos diversos tipos de câncer ocorrem em decorrência de dietas inadequadas, caracterizadas pelo alto teor de gordura saturada, colesterol e açúcares e baixo aporte de verduras, frutas, legumes e

cereais integrais. Também são fatores de risco: tabagismo, obesidade, pouca atividade física, exposição a determinados tipos de vírus, bactérias, parasitas, além do contato frequente com substâncias (FORTES, 2006).

De acordo com os dados de dez registros de câncer de base populacional do Brasil (INCA, 2003), os tumores mais frequentes no país são próstata, pulmão, estômago, cólon e reto, e esôfago na população masculina. Em mulheres, predomina o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), sobressaem-se, entre os cinco tipos de câncer mais frequentes, os tumores de pulmão, de cólon e reto, e de estômago, tanto nos países industrializados, quanto nos países em desenvolvimento.

As terapias empregadas para o combate ao câncer são a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia (ANDREOLI et al., 1994). Os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos podem apresentar diversos efeitos colaterais. Esse processo, dependendo do paciente, causa alterações no organismo que podem ser leves ou agudas (ICESP, 2013). A associação de rádio e quimioterapia aumenta a incidência, severidade e duração da mucosite oral. A mucosite causa dor significativa, dificuldade para mastigar e para deglutir e é considerada a reação aguda mais debilitante que surge durante o tratamento do câncer (DENHAM et al., 1999).

Os efeitos têm duração variável e, geralmente, desaparecem após algumas semanas, mas são os grandes responsáveis pela ingestão alimentar insuficiente e, conseqüentemente, pela perda de peso durante o tratamento (ICESP, 2013). Considerando isso, o estado nutricional apresenta expressiva importância no tratamento do paciente oncológico. Com frequência, este cursa com déficits nutricionais que interferem na tolerância à terapia empregada e isto se revela através de danos orgânicos como a toxicidade gastrointestinal, pela produção de radicais livres. A reduzida tolerância limita a dose e a eficácia do tratamento oncológico e resulta em toxicidade severa e diminuição dos efeitos desejados, podendo levar à morte (MERCADANTE, 1996).

A desnutrição no câncer, conhecida como caquexia, tem como manifestações clínicas a anorexia, perda tecidual, atrofia da musculatura esquelética, miopatia, perda rápida de tecido gorduroso, atrofia de órgãos viscerais e energia (WAITZBERG, 2001). A origem da desnutrição é multifatorial, advinda de anorexia decorrente de fatores anoréticos produzidos pelo tumor ou hospedeiro, dor/ou obstrução do trato gastrointestinal. A própria agressão da terapêutica anticancerosa: cirurgia, quimioterapia e radioterapia conduzem à anorexia (CUPPARI, 2005).

A perda de peso durante a hospitalização é ocasionada por muitos fatores, entre eles, o aumento das necessidades energéticas, diminuição da capacidade

de digestão e absorção intestinal dos nutrientes e de seu metabolismo, administração de soluções endovenosas hipocalóricas e períodos prolongados de jejum para realização de exames (MONTEIRO, 2000),

Segundo Leandro-Merh (2004), a diminuição da ingestão calórica, náuseas, disfagia, inapetência, saciedade precoce e o próprio ambiente hospitalar, com o qual o paciente não está familiarizado, o horário pré-estabelecido para as refeições diferente do que estava acostumado, o trânsito intenso de pessoas (médicos e enfermeiros) no horário das refeições, entre outros fatores, também acarretam a uma perda ponderal. Além disso, muitos pacientes veem seu estado no hospital como uma maneira de perder peso e já vão com preconceito em relação à alimentação servida, a qual é sempre tida como de baixa qualidade.

Monteiro et al. (2000) e Garcia et al.(2004) mostram que a principal causa da perda de peso durante a hospitalização é a baixa ingestão alimentar, portanto o tratamento não deveria estar focado somente na doença, mas sim na intervenção nutricional. Modificações na apresentação e na consistência, oferecer lanches com alta densidade calórica e de pouco volume entre as refeições, colocar na dieta alimentos do consumo habitual do paciente, são estratégias baratas, se comparadas aos custos que o paciente desnutrido gera ao hospital para evitar a perda de peso.

A melhoria do estado nutricional aumenta a resposta do paciente à terapia e tende a reduzir os efeitos colaterais do tratamento. Pacientes que recebem um ótimo atendimento nutricional têm aumentado sua taxa de sobrevivência e se adaptam melhor aos programas de reabilitação (BODINSK, 2001).

A desnutrição se mostra como um fator extremamente negativo para a evolução clínica de uma maneira geral, isto porque seus efeitos deletérios são sentidos em todos os sistemas orgânicos, tornando o indivíduo desnutrido incapaz de se adaptar adequadamente a situações de estresse. Consequentemente, nessa população de pacientes, a morbimortalidade chega a dobrar quando comparada a indivíduos com a mesma patologia, porém nutridos, o que se reflete num tempo de internação prolongada e num alto custo hospitalar, bem como social (RODRIGUES; BRITO, 2004).

A nutrição tem de ser uma intervenção obrigatória e adjuvante, com o potencial de melhorar o prognóstico da própria doença. A intervenção nutricional adequada e individualizada melhora a sintomatologia, reduz a morbidade e mortalidade, apresentando um prognóstico final mais favorável (CARVALHO, 2011).

A gastronomia hospitalar é definida como a arte de conciliar a prescrição dietética e as restrições alimentares de clientes à elaboração de refeições saudáveis e nutritivas, atrativas e saborosas, a fim de promover a associação de objetivos dietéticos, clínicos e sensoriais e promover nutrição com prazer (JORGE,

2007). A aceitação da alimentação por parte do paciente internado é decisiva para uma ação efetiva da terapia nutricional. A evolução da gastronomia pode, portanto, permitir que dietas hospitalares, conhecidas pela insipidez, participem da terapêutica, agregando prazer ao valor nutricional do alimento (GINANI; ARAUJO, 2002).

Os desafios da gastronomia nas dietas hospitalares são identificados em diferentes aspectos, que vão desde a identificação precisa de necessidades e expectativas dos clientes até a tradução mais fidedigna em produtos saudáveis, nutritivos, atrativos e saborosos e, principalmente, que colaborem para a manutenção e recuperação do estado nutricional. Ainda é necessário resgatar a associação do prazer ao consumo de alimentos, mesmo que façam parte de dietas restritas e controladas (JORGE, 2008). Os profissionais da área de alimentação de hospital, que tem o padrão de Gastronomia Hospitalar, preservam as características sensoriais e organolépticas dos alimentos. A gastronomia inserida dentro do contexto dietoterápico de uma unidade hospitalar se justifica por ser uma nova visão estratégica que visa humanizar o atendimento, oferecendo assim uma alimentação de qualidade, buscando uma melhor apresentação do cardápio oferecido, sabor, variedade e aceitação desta refeição (DUARTE, 2006).

O fornecimento de alimentos de boa qualidade e aporte nutricional adequado é parte integrante da assistência terapêutica em um hospital. Satisfazer as exigências nutricionais dos pacientes irá ajudá-los na recuperação, assim como auxiliá-los no tratamento. Aperfeiçoar o planejamento de cardápios, adaptando e melhorando a forma de apresentação das refeições são passos vitais para uma boa aceitação da dieta, assim como reduzir os níveis de desnutrição hospitalar, e sob o ponto de vista econômico, minimizar o desperdício de alimentos (ROLIM et al., 2011).

A gastronomia hospitalar tem como objetivo preservar as características sensoriais, como apresentação visual, textura, aroma e sabor dos alimentos. A implementação, por meio da inovação das dietas, e pratos mais atrativos, desmistificando a ideia de que comida de hospital é ruim, constitui um dos fatores para aumentar a ingestão alimentar de pacientes idosos internados, contribuindo, dessa forma, para a manutenção e/ou recuperação do seu estado nutricional. Convém ressaltar que a atuação do profissional nutricionista, nesse processo, é primordial para assegurar a satisfação do paciente/cliente e promover a recuperação da sua saúde (GINANI; ARAUJO, 2002; BOEGER, 2008).

Neste contexto, o objetivo principal do presente trabalho foi analisar como a gastronomia tem influência na minimização dos sintomas do tratamento de quimioterapia e radioterapia, sendo, ainda, seus objetivos específicos: testar preparações que auxiliam e amenizam os principais efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia; disponibilizar preparações práticas, simples e

acessíveis que possam ser reproduzidas em domicílio; divulgar informações nutricionais necessárias para contribuir com a qualidade de vida; melhorar o estado nutricional e colaborar para uma melhor resposta ao tratamento.

I – Metodologia

O presente trabalho consistiu na elaboração de preparações que aliviam e amenizam os principais efeitos colaterais do tratamento do câncer, com posterior degustação das mesmas.

As preparações foram elaboradas na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um hospital oncológico da cidade de Muriaé (MG), e disponibilizadas aos pacientes acompanhantes, visitantes e colaboradores do hospital, presentes nos ambulatórios de quimioterapia, radioterapia e unidade de internação de quimioterapia, no período de julho a setembro de 2012, uma vez por semana, totalizando 11 receitas diferentes em 11 semanas.

Foi realizada pesquisa de preparações que amenizam os diversos efeitos colaterais do tratamento do câncer. As preparações foram previamente selecionadas de acordo com a facilidade, praticidade, baixo custo e sazonalidade, com o objetivo de incentivar os pacientes a reproduzirem as mesmas em seus domicílios.

Após a finalização das preparações, foi realizada a degustação pelos pacientes na unidade de internação de quimioterapia e ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, nas terças, quartas e quintas-feiras, nos turnos matutino ou vespertino. Os locais foram escolhidos devido ao tempo ocioso dos pacientes enquanto aguardam consulta ou o início do tratamento daquele dia ou ainda internação. Esses ambientes também foram eleitos por serem locais com grande quantidade de pacientes concentrados que, devido ao tratamento, poderiam apresentar tais efeitos colaterais.

Antes de oferecer as preparações na unidade de internação de quimioterapia, foi observada a dieta de cada paciente no mapa de dieta disponível no sistema do hospital a fim de verificar a possibilidade de o paciente realizar ou não a degustação.

O método utilizado para verificação da aceitação das preparações foi o sensorial afetivo, que possui como objetivo avaliar a aceitação da preparação, utilizando a escala hedônica híbrida. A escala compreendia as seguintes opções: adorei, gostei, indiferente, não gostei, e detestei, e as faces relativas a estas opções, facilitando a compreensão do participante.

Durante a degustação, foram disponibilizadas aos participantes informações com o intuito de esclarecer os benefícios das receitas. Por fim, foi entregue um folder explicativo a cada paciente.

II – Resultados e discussão

Foram 1.115 participantes, incluindo, pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores do hospital. Este valor variou de acordo com o número de pessoas presentes nos setores em cada dia da degustação.

As preparações selecionadas abrangeram os sintomas mais prevalentes nos tratamentos contra o câncer. O Quadro 1 especifica os benefícios das preparações demonstrando suas indicações aos pacientes.

A alimentação para o ser humano vai muito além do aspecto de manutenção do aporte calórico necessário para sua sobrevivência. Ela deve ser vista também como fonte de prazer, mediada por sabores, consistências e aparências diferentes (ESCOURA, 1998). Certas condições podem abalar esse ato, até então natural. Na presença de doença, hábitos e preferências alimentares podem necessitar de modificações, o que torna o momento de se alimentar difícil, constrangedor e, até mesmo, doloroso (SOUZA et al., 2003).

Quando abordado que as preparações amenizavam os efeitos adversos do tratamento, os pacientes e acompanhantes se mostraram bastante interessados na aprendizagem e educação nutricional, foram receptivos, agradecidos pela iniciativa e divulgação da informação, com o objetivo de melhora da qualidade de vida.

A quimioterapia constitui uma das modalidades de maior escolha para produzir a cura, controle e palição do câncer. A quimioterapia envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa) e pode ser classificada de acordo com a sua finalidade como: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, primária, paliativa, monoquimioterapia e poli-quimioterapia (JOHNSTON, 2003).

Ao analisar os resultados referentes ao ambulatório de quimioterapia (Tabela 1), pode-se verificar que nenhum paciente assinalou a opção “detestei” em nenhuma das preparações. Realizando a média aritmética da opção “adorei”, obteve-se o resultado de 66,6%; fazendo o mesmo cálculo com a alternativa “gostei”, foi quantificado 64,1%, o que demonstra resultado favorável quanto à aceitação das preparações. Para constatar ainda este resultado, realizaram-se também as médias entre as escolhas “indiferente” e “não gostei”, totalizando 2,8% e 2,75%, respectivamente.

Verificando a escala hedônica estratificada por setor, percebeu-se que na unidade de internação de quimioterapia, a tolerância das preparações foi menor. Este fato foi relacionado ao período de internação com infusão contínua do medicamento, considerando que em muitos casos, no ambulatório, o paciente ainda aguardava consulta. Além disso, na enfermaria, muito mais pacientes

QUADRO 1 Indicação das preparações oferecidas nos ambulatórios e unidade de internação

PREPARAÇÕES	INDICAÇÃO
Sorvete de maçã e erva doce	Ausência ou alteração no paladar, odinofagia, xerostomia, náuseas e vômitos
Creme de batata doce e alho poro	Mucosite e xerostomia
Flan de melancia	Mucosite e xerostomia
Bolo de gengibre e aveia	Náuseas, vômitos e constipação intestinal
Torta de cenoura, batata e atum	Diarreia
Flan de laranja	Alteração no paladar, odinofagia, mucosite, xerostomia, náuseas e vômitos
Bolo de mel	Ausência ou alteração do paladar, inapetência alimentar e odinofagia
Mousse de maracujá e gengibre	Náuseas e vômitos, odinofagia e xerostomia
Bolo de casca de banana nanica	Constipação intestinal
Biscoito de gengibre	Náuseas e vômitos
Sorvete de limão	Xerostomia e disfagia

participaram da degustação das preparações, enquanto que o ambulatório teve bastante contribuição de acompanhantes, visitantes e colaboradores.

A aceitação da alimentação por parte do paciente internado (Tabela 2) é constituída por uma somatória de fatores inerentes ao estado da doença e de fatores relacionados ao serviço oferecido. Em um estudo realizado na cidade de Curitiba, que entrevistou 216 pacientes com o objetivo de determinar as características da qualidade requerida no que se refere à alimentação durante a internação hospitalar, observou-se que o sabor, a temperatura, a higiene dos alimentos oferecidos, a cortesia no atendimento, a aparência visual da refeição e a disponibilidade de utensílios adequados para alimentação, são características que assumem alto grau de importância no conceito de qualidade da refeição servida (MORIMOTO; PALADINI, 2009).

Na unidade de internação de quimioterapia, o mousse de maracujá não foi oferecido, devido à ocorrência de feriado na semana proposta.

Ao analisar os resultados das preparações no ambulatório de radioterapia (Tabela 3), pode-se perceber que 10,34% dos participantes que degustaram o bolo de gengibre e aveia assinalaram a opção “detestei”, possivelmente devido a alto índice de ocorrência de mucosite e disfagia comuns no paciente submetido a este tratamento. O bolo, por ser uma preparação mais sólida e menos umedecida, dificulta os processos de mastigação e deglutição. Em contrapartida, as receitas mais pastosas e geladas, como, sorvete de maçã e erva doce, creme de batata doce e alho poró, flan de melancia, flan de laranja, mousse de maracujá e gengibre e sorvete de limão obtiveram maior aceitação, resultado da facilidade de ingestão pela via fisiológica oral.

Ao se falar em disfagia, é de suma importância determinar duas características dos alimentos: sua textura e viscosidade (SOUZA et al., 2003). Os líquidos ralos dificultam a deglutição de pacientes que apresentam o controle oral reduzido e ainda aumentam o risco de aspiração do alimento. Para evitar que isso ocorra, deve ser determinada a viscosidade ideal do alimento, de modo que sua deglutição ocorra de maneira segura (SOUZA et al., 2003)

A radioterapia tem papel fundamental no tratamento do câncer, e a mucosite oral por radiação é uma manifestação bastante frequente durante e até alguns dias após o tratamento radioterápico de neoplasias, como por exemplo, as de cabeça e pescoço. O paciente refere dor intensa, dificuldade para se alimentar e realizar higiene oral, falar, culminando, muitas vezes, na interrupção do tratamento até a recuperação do processo inflamatório (ALBUQUERQUE, 2007).

Ao analisar as Tabelas 1, 2, e 3, referentes à aceitação das preparações, pode-se perceber a prevalência de maiores percentuais nas opções “adorei e gostei” em todos os setores, o que demonstra, pela escala hedônica, resultado

TABELA 1 Percentagens de aceitação das preparações de acordo com a escala hedônica no ambulatório de quimioterapia

PREPARAÇÕES	ESCALA DE ACEITAÇÃO				
	Adorei	Gostei	Indiferente	Não gostei	Detestei
Sorvete de maçã e erva doce	58,18%	41,81%	-----	-----	-----
Creme de batata doce e alho poro	50%	43,18%	2,27%	4,5%	-----
Flan de melancia	42,10%	52,63%	3,5%	1,75%	-----
Bolo de gengibre e aveia	84,61%	15,38%	-----	-----	-----
Torta de cenoura, batata e atum	65,9%	34,09%	-----	-----	-----
Flan de laranja	88,88%	11,11%	-----	-----	-----
Bolo de mel	82,6%	17,39%	-----	-----	-----
Mousse de maracujá e gengibre	80%	20%	-----	-----	-----
Bolo de casca de banana nanica	62%	36%	-----	2%	-----
Biscoito de gengibre	50%	50%	-----	-----	-----
Sorvete de limão	69%	31%	-----	-----	-----

TABELA 2 Percentagens de aceitação das preparações de acordo com a escala hedônica na unidade de internação de quimioterapia

ESCALA DE ACEITAÇÃO					
PREPARAÇÕES					
	Adorei	Gostei	Indiferente	Não gostei	Detestei
Sorvete de maçã e erva doce	87,75%	8,16%	2,04%	-----	2,04%
Creme de batata doce e alho poró	27,58%	58,62%	-----	10,34%	3,44%
Flan de melancia	65,9%	27,27%	6,81%	-----	-----
Bolo de gengibre e aveia	58,97%	38,46%	-----	2,56%	-----
Torta de cenoura, batata e atum	65,21%	34,78%	-----	-----	-----
Flan de laranja	74,41%	25,58%	-----	-----	-----
Bolo de mel	62,79%	32,55%	2,32%	-----	2,32%
Mousse de maracujá e gengibre	-----	-----	-----	-----	-----
Bolo de casca de banana nanica	62,5%	37,5%	-----	-----	-----
Biscoito de gengibre	45%	42%	9%	4%	-----
Sorvete de limão	73%	25%	2%	-----	-----

TABELA 3 Percentagens de aceitação das preparações de acordo com a escala hedônica no ambulatório de radioterapia

PREPARAÇÕES	ESCALA DE ACEITAÇÃO				
	Adorei	Gostei	Indiferente	Não gostei	Detestei
Sorvete de maçã e erva doce	58,18%	41,81%	----	----	----
Creme de batata doce e alho poró	62,9%	38,09%	----	----	----
Flan de melancia	60,86%	39,13%	----	----	----
Bolo de gengibre e aveia	65,51%	24,13%	----	----	10,34%
Torta de cenoura, batata e atum	74,07%	22,22%	----	3,7%	----
Flan de laranja	76,92%	19,23%	----	3,84%	----
Bolo de mel	80%	15%	5%	----	----
Mousse de maracujá e gengibre	80%	20%	----	----	----
Bolo de casca de banana nanica	76%	24%	----	----	----
Biscoito de gengibre	52%	44%	2%	2%	----
Sorvete de limão	79%	21%	----	----	----

satisfatório quanto às preparações. As preparações que obtiveram aceitação superior a 80%, demonstradas no Gráfico 1, foram: bolo de gengibre e aveia, flan de laranja, mousse de maracujá e gengibre, bolo de mel e sorvete de maçã e erva doce. Pode-se perceber a preferência por preparações adocicadas e de consistência pastosa à branda, provavelmente devido aos efeitos colaterais de mucosite, xerostomia e disfagia, este último de acordo com a localização do tumor.

III – Considerações finais

A gastronomia tem influência na minimização dos sintomas do tratamento do câncer, interferindo na aceitação da dieta, favorecendo a realização das refeições e inovando com preparações específicas de acordo com os efeitos adversos, reduzindo a inapetência alimentar e suas complicações e, conseqüentemente, melhorando o estado nutricional e aumentando a resposta ao tratamento empregado.

Percebeu-se a importância de disponibilizar preparações práticas, simples e acessíveis, devido ao déficit de informações que a maioria dos pacientes possui, de uma forma didática e incentivando a aderência ao tratamento.

A terapia nutricional empregada de forma correta e com efeitos benéficos aos pacientes deve ser prioridade em um serviço de nutrição, visando sempre à promoção do estado nutricional adequado, satisfação do cliente, contribuindo para assistência integrada.

Este estudo demonstra ainda a importância do profissional nutricionista em ambiente hospitalar, podendo interferir no tratamento e seus efeitos colaterais, de maneira simples e não muito dispendiosa, possibilitando a educação nutricional e terapia aos pacientes objetivando a melhora da qualidade de vida.

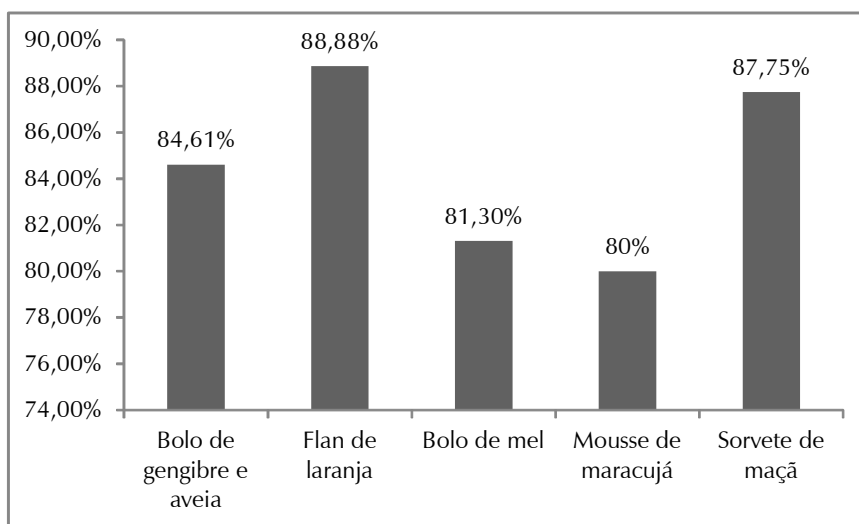
Referências

ALBUQUERQUE, Lêda Lessa de Souza; CAMARGO, Teresa Caldas. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 195-209, abr./maio/jun. 2007.

ALMEIDA, Vera Lúcia de et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Química Nova**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 118-129, jan./fev. 2005.

ANDREOLI, T. E. et al. **Cecil**: medicina interna básica. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1994.

GRÁFICO 1 Preparações com maior porcentagem de aceitação nos ambulatórios e unidade de internação



BODINSK, L. H. **Dietoterapia**: princípios e práticas. São Paulo: Atheneu, 2001.

BOEGER, M. **Gestão hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2008.

CARVALHO, Gustavo de. Qual a relevância da nutrição em oncologia? **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, n. 1, p. 1041-1050, jan./fev. 2011.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição**: nutrição clínica no adulto. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

DENHAM, J. W. et al. Do acute mucosal reactions lead to consequent late reactions in patients with head and neck cancer? **Radiotherapy and Oncology** v. 52, n. 2, p. 157-164, ago. 1999.

DUARTE, Rafaela. **Gastronomia hospitalar** - Natal (RN). Hospital do Coração de Natal, 2006. Disponível em: <<http://www.hospitaldocoracao.com.br/conteudo>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

ESCOURA, Juliane B. **Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagia**. 1998. 30 fl. Monografia (Especialização em Motricidade Oral – Fonoaudiologia Hospitalar) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (Cefac), São Paulo, 1998.

FORTES, Renata Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos *Agaricales* e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 363-371, out./nov./dez. 2006.

GARCIA, R. W. D.; LEANDRO-MERHI, V. A.; PEREIRA, A. M. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 59-63, abr./jun. 2004.

GINANI, V.; ARAÚJO, W. Gastronomia e dietas hospitalares. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 56, p. 49. set./out. 2002.

ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo). **Cardápio para controle de sintomas**. Disponível em: <<http://www.icesp.org.br/Pacientes-e-Acompanhantes/Cardapio-para-controle-de-sintomas/>>. Acesso em: 06 mar. 2013.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer no Brasil**: dados dos registros de base populacional, v. 3. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.inca.gov.br/regpop/2003/versaofinal.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2013.

JOHNSTON, P. G.; SPENCE, R. A. J. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

JORGE, A. L. Oficinas de culinária em cozinha experimental hospitalar como estratégia de educação nutricional e gastronomia. **Revista Nutrição Profissional**, v. 21, n. 3, p. 38-46, out. 2008.

JORGE, A. L.; MACULEVICIUS, J. Gastronomia hospitalar – como utilizá-la na melhoria do atendimento da unidade de nutrição e dietética. In: GUIMARÃES, N. R. V. V. **Hoteleria hospitalar: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

LEANDRO – MERHI, V. A. et al. Nutrition in cancer patients. **Support Care Cancer**; v. 4, p. 10-20, 1996.

MONTEIRO, J. P.; SANTOS, S. F. C.; CUNHA, D. F. C. Food intake of a typical Brazilian diet among hospitalized malnourished patients. **Clinical Nutrition**, v. 19, n. 1, p. 55-59, jan. 2000.

MORIMOTO, I. M. I. ; PALADINI, E. P. Determinantes da qualidade da alimentação na visão de pacientes hospitalizados. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 329-334, jul./set. 2009.

RODRIGUES, Rita de Cássia; BRITO, Salete. **Terapia Nutricional – Hospital das Clínicas – UNICAMP**. Disponível em: <www.hc.unicamp.br/servicos/.../manual_nutricionista_2004-11-02.p>. Acesso em: 04 jan. 2013.

ROLIM, P. M. et al. Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 22, n. 1, p. 137-142, jan./mar. 2011.

SOUZA, Beatriz B. A. de et al. **Nutrição e disfagia: guia para profissionais**. Curitiba: NutroClínica, 2003.

World Health Organization (WHO). Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 5, p. 366-370, nov. 2002.

WAITZBERG, D. N. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu, 2004.