

# RELATO DE CASO: A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA LARINGECTOMIA SUPRACRICÓIDE

## *Case report: the importance of multiprofessional care in supracricoid laryngectomy*

Renata Mancopes <sup>(1)</sup>, Bruna Franciele da Trindade Gonçalves <sup>(2)</sup>, Cintia da Conceição Costa <sup>(3)</sup>,  
Thamires Graciela Flores <sup>(4)</sup>, Leonardo Dachi dos Santos <sup>(5)</sup>, Daniela Rejane Constantino Drozd <sup>(6)</sup>

### RESUMO

Esse estudo tem como tema a atuação multiprofissional na laringectomia supracricóide. A terapia fonoaudiológica no hospital foi realizada duas vezes por dia, após 14 sessões, a consistência pastosa foi liberada. O paciente retornou ao ambulatório de disfagia do hospital, uma vez por semana durante dois meses e atualmente retorna uma vez ao mês. A terapia nutricional por sonda nasoentérica (SNE) possibilitou a ingestão calórica necessária e hidratação e, com a liberação da consistência via oral pelo Fonoaudiólogo, o Nutricionista ampliou as opções de alimentos que o paciente poderia ingerir, favorecendo o ganho de peso e retirada da via alternativa de alimentação. A intervenção multiprofissional possibilitou que o grau de disfagia orofaríngea mecânica evoluísse de grave para disfagia orofaríngea leve apenas para líquidos, sendo a evolução da terapia constatada por meio da ingestão oral do paciente, a qual evoluiu da FOIS 1 para FOIS 3 e atualmente encontra-se na FOIS 6. A realização da terapia nutricional enteral possibilitou que o paciente recuperasse o seu peso usual, no período de três meses, haja vista que com a cirurgia, o mesmo perdeu 11 Kg. Verificou-se que por meio do acompanhamento multiprofissional, foi possível evoluir de uma nutrição enteral exclusiva para dieta por via oral, o que favoreceu a evolução do estado nutricional, com a recuperação do peso corpóreo, além de proporcionar melhora na qualidade de vida deste sujeito.

**DESCRITORES:** Transtornos da Deglutição; Perda de Peso; Laringectomia; Nutrição Enteral; Equipe de Assistência ao Paciente; Reabilitação

- <sup>(1)</sup> Fonoaudióloga, Professor Adjunto do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, Doutor em Linguística pela Universidade Federal de Santa Catarina.
- <sup>(2)</sup> Fonoaudióloga; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM, Santa Maria, Rio Grande Sul, Brasil.
- <sup>(3)</sup> Fonoaudióloga; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM, Santa Maria, Rio Grande Sul, Brasil.
- <sup>(4)</sup> Nutricionista; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM, Santa Maria, Rio Grande Sul, Brasil.
- <sup>(5)</sup> Nutricionista; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM, Santa Maria, Rio Grande Sul, Brasil.

### ■ INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) <sup>1</sup>, o câncer de laringe é o segundo mais frequente do trato aero digestivo, sendo responsável por 25% dos casos malignos de câncer de cabeça e pescoço. Acomete com maior frequência indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade e apresenta como principal etiologia o consumo de tabaco e de bebida alcoólica,

<sup>(6)</sup> Fonoaudióloga; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil; Eespecialização em Motricidade Orofacial pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica– CEFAC.

Conflito de interesses: inexistente

sendo a associação destes um fator potencializador para o surgimento do câncer <sup>2</sup>.

Na maioria dos casos, a laringectomia, ou seja, a remoção cirúrgica do câncer é a forma de tratamento escolhida, sendo possível remover parcial ou totalmente as estruturas laríngeas. A laringectomia supracricóide é caracterizada pela ressecção horizontal das estruturas acima da cartilagem cricóide, sendo indicada em casos de tumores transglóticos, mantendo uma ou as duas cartilagens aritenóideas e a epiglote <sup>2</sup>. As estruturas remanescentes continuam a fazer as funções de respiração, deglutição e produção vocal, embora na maioria das vezes, haja a necessidade de terapia para o restabelecimento funcional <sup>2</sup>.

As ressecções laríngeas são às que mais influenciam na função de deglutição, resultando em disfagia mecânica, a qual é caracterizada pela dificuldade de deglutição da fase orofaríngea, estando o controle neurológico central e os nervos periféricos intactos <sup>3</sup>. Neste contexto, a disfagia pode alterar a progressão do alimento pelo trato digestivo, com sua consequente entrada na via aérea, ocasionando tosse, sufocação/asfixia, aspiração, problemas pulmonares e a complicação mais grave, broncopneumonia aspirativa <sup>4,5</sup>.

Nos casos de laringectomia, o profissional fonoaudiólogo deve atuar desde o período de internação hospitalar e fazer parte da equipe multiprofissional, participando das orientações pré-operatórias, tendo em vista as diversas sequelas relacionadas à deglutição. Também deve participar no pós-operatório imediato a fim de tranquilizar o indivíduo devido à dificuldade de comunicação e fortalecer o vínculo profissional-paciente, fato este de suma importância para adesão ao processo terapêutico <sup>2,3,6</sup>.

A presença da disfagia pode comprometer o estado nutricional, levando à perda de peso devido à inadequação dietética, uma vez que os indivíduos realizam restrições de consistências alimentares, como tentativa de se adaptar ao sintoma, reduzindo assim, a ingesta do valor calórico total necessário para a adequada nutrição, fato este que pode interferir diretamente no processo de recuperação pós-cirurgia <sup>7</sup>.

A desnutrição calórico-proteica é a mais frequente co-morbidade no câncer, sendo que a caquexia é inerente às formas disseminadas de quase todas as entidades desta natureza. Esta patologia compromete o estado geral e nutricional por meio de múltiplas vias, relacionadas aos mecanismos da doença ou à própria terapêutica utilizada <sup>8</sup>. Desta forma, a assistência nutricional ao paciente oncológico não se limita ao cálculo das necessidades nutricionais e à sua prescrição

dietética, mas objetiva simultaneamente recuperar o estado nutricional, normatizar a composição corpórea e os déficits nutricionais acumulados, garantir o desempenho de sistemas vitais como a capacidade de cicatrização e a função imunológica, e não menos relevante, auxiliar na qualidade de vida <sup>8</sup>.

Neste contexto, os pacientes com desnutrição podem apresentar menores respostas e desempenho ao tratamento, além do aumento do risco de complicações pós-operatórias. Por essas razões, é objetivo da terapia nutricional oncológica a melhora da resposta aos métodos de tratamento, a manutenção e recuperação do estado nutricional <sup>9</sup>.

O I Consenso Nacional de Nutrição e Disfagia (2011)<sup>10</sup> salienta que a orientação da dieta deve ser individualizada, a precaução em relação ao risco de aspiração e a escolha adequada da via de acesso para alimentação auxiliam a prevenir a desnutrição no paciente com disfagia, onde cuidados de uma equipe multidisciplinar são necessários para uma recuperação efetiva, de modo que a associação da terapia nutricional e fonoaudiológica possibilitarão melhores resultados para o processo de recuperação do paciente como um todo.

Assim o trabalho integrado dos profissionais Fonoaudiólogo e Nutricionista é fundamental para beneficiar o paciente, pois a partir da avaliação fonoaudiológica e da liberação assistida das consistências alimentares, o nutricionista poderá indicar a melhor dieta para o caso. Desse modo, a atuação multiprofissional coloca-se como necessária à atenção integral do sujeito, haja vista que além do suprimento de todas as suas necessidades, com trabalho em conjunto torna-se possível potencializar a evolução durante o processo terapêutico e promover a recuperação dos indivíduos submetidos à laringectomia supracricóide.

Diante do exposto, o presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência da atuação multiprofissional em um caso de laringectomia supracricóide com presença de disfagia.

## ■ APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo trata do caso de um sujeito do sexo masculino, 57 anos de idade, ex-tabagista, com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado e ulcerado em prega vocal direita que devido ao tempo de espera para a ressecção tumoral e o consequente aumento da lesão, necessitou realizar uma laringectomia supracricóide. A reconstrução ocorreu por meio do procedimento denominado crico-hioidopiglotopexia (CHEP). Neste procedimento ocorre a união da cartilagem cricóide ao

osso hióide associada à preservação da base da epiglote, fator importante para o prognóstico das possíveis sequelas fonoaudiológicas<sup>2,11</sup>.

O paciente recebeu acompanhamento fonoaudiológico desde o período pré-operatório, quando juntamente com a equipe de enfermagem houve a realização das orientações prévias ao procedimento cirúrgico, sendo abordadas todas as questões referentes à dificuldade de comunicação e de deglutição. Após a cirurgia, no 7º dia pós-operatório, o residente médico solicitou avaliação fonoaudiológica para verificar a possibilidade de troca da cânula da traqueostomia de plástico para metálica e houve a constatação do risco aspirativo para saliva, ou seja, o paciente estava aspirando a saliva, fato este que impossibilitou a continuação da avaliação fonoaudiológica, a troca da cânula e também a liberação da dieta via oral naquele momento. Para a constatação da aspiração de saliva foi realizado o teste com corante artificial azul, de modo que o paciente teve a saliva corada e após alguns minutos foi realizado o processo de aspiração traqueal e o teste foi considerado positivo, pois se observou a saída de secreção azulada na sonda de aspiração<sup>12</sup>.

Diante de tal constatação, a disfagia orofaríngea mecânica do paciente foi considerada de grau grave<sup>13</sup>, o qual se caracteriza pela impossibilidade de alimentação via oral associada ao risco de aspiração traqueal. Imediatamente após a avaliação o paciente iniciou a terapia fonoaudiológica indireta para a deglutição.

O paciente passou por diferentes abordagens terapêuticas fonoaudiológicas, iniciando-se pela terapia indireta da deglutição, a qual visou à melhora das condições de força, mobilidade e sensibilidade das estruturas do sistema estomatognático sem utilizar alimento<sup>14</sup>. As técnicas utilizadas na terapia indireta foram: exercícios para estimular a elevação laríngea (técnica de deslocamento lingual– exteriorização)<sup>2</sup>, manobra postural (cabeça virada para baixo)<sup>14</sup> e manobra facilitadora da deglutição (supraglótica)<sup>14</sup>.

A evolução da terapia fonoaudiológica da deglutição foi realizada por meio da utilização da escala *Functional Oral Intake Scale*– FOIS<sup>15</sup>, a qual gradua em sete níveis específicos a quantidade de ingestão por via oral.

Na reavaliação da deglutição com o teste do corante azul, não se observou saída de secreção corada na sonda de aspiração e foi sugerida a troca da cânula da traqueostomia plástica para metálica. Além disso, se iniciou a terapia direta da deglutição<sup>14</sup> por meio da liberação da dieta via oral na consistência pastosa, com presença do fonoaudiólogo nas refeições orientando sobre o volume ingerido e

manobras de proteção da via aérea inferior durante a deglutição.

Após a alta hospitalar, o paciente continuou a terapia fonoaudiológica em ambulatório de seguimento. A abordagem ambulatorial visou a reabilitação e o gerenciamento da disfagia por meio da orientação aos familiares para os cuidados com o paciente e o acompanhamento da retomada da função alimentação na rotina diária.

No que se refere ao estado nutricional, na avaliação prévia ao procedimento cirúrgico, o paciente apresentou 82 Kg, 1,77 cm de altura e um Índice de Massa Corpórea (IMC) de 26,1 Kg/m<sup>2</sup> encontrando-se em sobrepeso segundo OMS (1997)<sup>16</sup>. No pós– cirúrgico devido à impossibilidade de alimentação via oral iniciou-se Terapia Nutricional Enteral (TNE).

Na alta hospitalar o paciente foi orientado quanto à dieta enteral no domicílio e encaminhado ao ambulatório de Terapia Nutricional para acompanhamento do seu estado nutricional bem como para as intervenções nutricionais necessárias.

Após uma semana de alta hospitalar deu-se o seguimento ao acompanhamento nutricional ambulatorial, com vistas à continuidade do cuidado e garantia da reversão do estado nutricional, já que o paciente havia perdido 11 kg após a cirurgia. A partir deste momento a terapia nutricional foi progredindo conforme a avaliação fonoaudiológica e consequente liberação de consistências. Este momento propiciou a adequada orientação dos familiares, quanto à dieta do paciente e sua evolução, bem como a interação da equipe multiprofissional.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número 0196.0.243.000-11 e o sujeito cujos dados foram utilizados assinou previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## ■ RESULTADOS

A terapia fonoaudiológica foi realizada duas vezes por dia, após 14 sessões, o paciente foi reavaliado e não aspirou saliva e tampouco a consistência pastosa, mas devido às necessidades nutricionais e perda de peso significativa foi para casa em uso de sonda nasoenteral. Nesta etapa, em termos de ingestão oral, o paciente evoluiu da FOIS 1 (nada por via oral) para FOIS 3 (dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido).

O paciente retornou ao ambulatório de disfagia do hospital, uma vez por semana durante dois meses, continuou com a realização dos exercícios para coaptação glótica, como a técnica de empuxo

mãos em gancho, socos no ar, mãos contra a parede e mãos empurrando a cadeira<sup>2</sup>, sendo realizados em três séries de 15 repetições. Após este período, fez-se a avaliação das consistências sólida e líquida, sendo que esta última ainda necessita de controle do volume e manobra de proteção das VAI, e o paciente passou a retornar ao ambulatório quinzenalmente.

Atualmente o paciente está no nível 6 da FOIS (múltiplas consistências liberadas, mas ainda com necessidade de preparo especial e restrição de alguns alimentos), principalmente os que contêm líquido. O mesmo encontra-se em gerenciamento fonoaudiológico para a função de deglutição, pois ainda apresenta disfagia orofaríngea leve para a consistência líquida<sup>13</sup>, comparecendo ao ambulatório uma vez ao mês.

No que se refere às questões nutricionais, na primeira consulta pós-operatória o paciente apresentou peso de 71 Kg, com perda ponderal (PP%) de 13% em um mês. A necessidade energética diária (NED) do paciente era de 2130 Kcal, calculadas por fórmula de bolso segundo o recomendado pelo Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2009)<sup>17</sup>, o qual preconiza para pacientes em eutrofia 30 Kcal/Kg de peso corporal (PC), para proteínas 1,2g/Kg de PC recebendo assim 85g de proteína/dia. Além da ingestão hídrica de 200 ml seis vezes ao dia nos intervalos da dieta e 20 ml antes e após administração da mesma totalizando 2040 ml/dia de água.

Devido o quadro de disfagia associado à perda de peso grave, o paciente iniciou terapia nutricional por sonda nasoentérica (SNE), recebendo 300 ml de uma dieta polimérica com densidade calórica 1.2 seis vezes ao dia. Após, houve a liberação da consistência pastosa pela Fonoaudióloga e, com a melhora da deglutição do paciente, este passou a aceitar a dieta via oral (VO) em maior volume, aumentando o peso corporal para 77 Kg, o que indicou que seu consumo alimentar estava alcançando a NED.

Devido à boa aceitação VO, diminuiu-se o volume da nutrição enteral para 300 ml cinco vezes ao dia e, como o volume ingerido representava mais de 60% da NED, o paciente conseguiu recuperar o peso usual de 82 Kg. O caso foi discutido com a fonoaudióloga e optou-se por retirar a SNE e manter suplementação oral, com o uso de espessante para a consistência líquida, tendo em vista o quadro de disfagia leve para líquidos que o paciente ainda apresentava.

Na última consulta ambulatorial na nutrição o paciente apresentou peso corporal de 84 Kg e adequada ingestão alimentar, com boa aceitação do suplemento via oral. Segundo avaliação

fonoaudiológica o paciente não apresentava mais risco de aspiração, sendo liberado o consumo hídrico, embora com a necessidade de realizar alguma manobra de proteção das VAI.

## ■ DISCUSSÃO

A literatura aponta que o câncer de laringe acomete com maior frequência indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade, e tem como principal etiologia o uso de tabaco<sup>2,11,18</sup>. Tal fato também pode ser observado no caso em questão, já que o paciente fez uso de tabaco durante 25 anos e o desenvolvimento do câncer se manifestou na quinta década de vida.

A laringectomia supracricóide é um procedimento cirúrgico no qual permite a preservação da fala e da deglutição sem a utilização de traqueostomia permanente, embora deixe sequelas importantes na função de deglutição e fonoarticulação, além de influenciar na ingestão por via oral, comprometendo a recuperação do paciente<sup>6, 19</sup>. Entretanto, apesar deste tipo de cirurgia ainda ser pouco descrita na literatura quanto aos aspectos funcionais, com a fonoterapia observa-se possibilidade de adequação da deglutição com retomada da alimentação via oral (retirada da sonda nasoentérica – SNE e traqueostomia) e de melhora no padrão vocal<sup>11</sup>.

A literatura refere a necessidade de adequada avaliação clínica da deglutição a fim de identificar precocemente a presença de disfagia em pacientes hospitalizados, com vistas a melhora do estado clínico geral. Quanto mais precoce for a intervenção fonoaudiológica, maiores serão as chances de melhora do quadro, com conseqüente diminuição do tempo de internação<sup>6,20</sup>.

Neste trabalho não foi necessário utilizar a videofluoroscopia, exame objetivo da deglutição considerado padrão ouro para identificar presença de disfagia, pois na avaliação clínica, o teste do corante azul foi considerado positivo, sendo evidenciada saída de secreção em região peritrapeal e também no processo de aspiração houve a presença do corante azul na sonda.

No presente estudo, a avaliação vocal não foi realizada e discutida, pois, embora seja importante, não foram coletados os dados relacionados à voz antes da cirurgia, fato que impossibilita a comparação das informações antes e após a reabilitação. Entretanto, salienta-se que perceptivamente houve uma melhora na qualidade da voz, fato que pode estar relacionado às técnicas utilizadas para a reabilitação da disfagia.

No estudo de Furkim e Sacco (2008)<sup>21</sup>, evidenciou-se que com a fonoterapia no ambiente hospitalar os pacientes com disfagia conseguiram

progredir, de maneira segura, para a ingestão por via oral, sendo que tal fato impactou diretamente nos custos hospitalares e diminuição do tempo de internação dos pacientes com quadros disfágicos.

Na pesquisa de Saconato, Andrade, Ferraz, Sugueno (2008)<sup>22</sup>, a qual teve por objetivo levantar dados do processo de reabilitação de pacientes tratados por laringectomia supracricóide, os autores verificaram que a amostra submetida ao tratamento evoluiu com retirada de sonda e traqueostomia. Neste estudo, a intervenção fonoaudiológica foi realizada numa média de seis atendimentos à beira do leito e após este período, a intervenção fonoaudiológica continuou a nível ambulatorial, sendo que a fonoterapia, realizada duas vezes semanais, enfocou principalmente exercícios de proteção de via aérea, elevação laríngea, força de base de língua e mobilidade faríngea.

No presente estudo, o paciente recebeu 14 sessões de terapia no ambiente hospitalar, sendo as mesmas realizadas duas vezes ao dia, visando os mesmos objetivos da pesquisa supracitada. Por meio desses procedimentos, já na reavaliação o paciente não aspirou saliva e a consistência pastosa, sendo a mesma liberada.

Na permanência de disfagia mecânica decorrente da laringectomia supracricóide após a alta hospitalar, os pacientes devem receber atendimento em nível ambulatorial a fim de que a função da deglutição seja restabelecida ou então, que o risco de aspiração seja minimizado. No estudo de Saconato, Andrade, Ferraz, Sugueno (2008)<sup>22</sup>, após a alta hospitalar, os pacientes receberam atendimentos ambulatoriais semanais com ênfase em terapia direta e indireta da deglutição.

Lewin e colaboradores (2008)<sup>6</sup> ressaltam no seu trabalho que o uso de manobras para melhorar a deglutição auxiliou na redução ou eliminação do risco de aspiração em 64% dos pacientes que aspiravam durante a deglutição. Além disso, verificaram que a manobra supraglótica foi eficaz na melhora da disfagia em 57% dos pacientes.

No caso em questão, o paciente compareceu ao ambulatório de disfagia semanalmente para realizar terapia e após a diminuição do sintoma, as sessões foram sendo espaçadas, sendo que atualmente o mesmo comparece uma vez ao mês para gerenciamento fonoaudiológico.

No trabalho de Nembr e colaboradores (2007)<sup>11</sup>, realizado com pacientes submetidos a laringectomia supracricóide, as pesquisadoras verificaram que 59% da amostra apresentou grau moderado de disfagia, sendo estatisticamente significativa a associação do grau da disfagia com o tipo de reconstrução CHEP. Essa informação torna-se importante para o profissional Fonoaudiólogo, pois

o tipo de reconstrução influencia diretamente no estabelecimento do plano terapêutico do paciente bem como na perspectiva de melhora funcional da deglutição.

Lewin e colaboradores (2008)<sup>6</sup> evidenciaram em sua pesquisa que após a realização da laringectomia supracricóide a alteração funcional manifestada por todos os pacientes foi a incompetência glótica com principal dificuldade para a consistência líquida, ainda, relataram que esse tipo de cirurgia resulta em disfagia grave com risco aspirativo, entretanto, com a intervenção adequada, o retorno da via oral foi possível para 85% dos pacientes. Essa dificuldade também foi evidenciada no caso em questão, haja vista que após a intervenção fonoaudiológica intensiva, o paciente continuou com disfagia de grau leve apenas para o líquido.

O impacto do risco nutricional no paciente disfágico hospitalizado é evidente e, por este motivo, o fonoaudiólogo não deve visar somente a melhora da disfagia em si, mas também a melhora do aspecto nutricional do paciente<sup>23</sup>. Assim, é importante que o fonoaudiólogo e o nutricionista trabalhem em parceria, discutindo a melhor consistência e liberação da dieta para cada paciente<sup>20</sup> com vistas a diminuir as chances de ocorrer desnutrição em ambiente hospitalar<sup>23-25</sup>.

O trabalho de Gevaerd e colaboradores (2008)<sup>8</sup>, realizado com 95 pacientes oncológicos por meio da terapia nutricional enteral evidenciou perda de peso em 52,64% destes. O que corrobora com o estudo de Dias *et al.* (2006)<sup>26</sup> que evidenciou 55% de perda de peso no seu estudo, em uma amostra composta por 20 pacientes portadores de neoplasias em tratamento quimioterápico. Tal como o caso em questão no qual a perda de peso foi superior a 10% do peso corpóreo, com posterior recuperação após início do acompanhamento ambulatorial, o que evidencia a importância de manter o cuidado com esses pacientes após a alta hospitalar.

Pacientes impossibilitados de alimentar-se com quantidades adequadas por via oral devem ter como primeira escolha a via enteral, uma vez que a presença de nutrientes no trato digestivo é essencial para a manutenção do crescimento e a função da mucosa gastrointestinal. A TNE deve ser indicada quando a ingestão alimentar não atingir as necessidades nutricionais e houver perda de peso e/ ou presença de doenças/cirurgias que impossibilitem a alimentação via oral, desde que o trato gastrointestinal esteja íntegro ou parcialmente funcionante<sup>27</sup>.

A escolha por essa via alternativa de alimentação deu-se devido a laringectomia supracricóide deixar como seqüela no pós-operatório imediato o risco evidente de aspiração do alimento, o que

impossibilitou a liberação imediata e exclusiva por VO. Na dependência disso, e pela significativa perda de peso, o paciente necessitava de uma intervenção imediata e eficaz a fim de melhorar seu estado nutricional, bem como manter hidratação adequada.

Segundo Cuppari (2005)<sup>28</sup> e Araújo, Silva e Fortes (2008)<sup>25</sup> a terapia nutricional precoce pode beneficiar pacientes oncológicos que apresentem uma ingesta oral inadequada, devido aos sintomas do tratamento ou pelo próprio procedimento cirúrgico. O acompanhamento ambulatorial é instrumento importante na assistência nutricional e tem evidenciado relação direta com a sobrevida e melhor resposta ao tratamento dos pacientes. Sendo assim, o acompanhamento ambulatorial favoreceu a evolução do paciente, que apresentou melhora no seu estado nutricional, recuperando o peso perdido no pós-cirúrgico, bem como houve o desmame da sonda nasointestinal e a reintrodução da dieta por via oral.

O déficit do estado nutricional juntamente com a perda de massa magra pode estar diretamente relacionado ao aumento de fatores de co-morbidade, entre os quais se destacam a redução da imunidade, aumento de infecções, prejuízos nos processos de cicatrização e fraqueza muscular, sendo que tal fato pode relacionar-se com o aumento no tempo de hospitalização<sup>29,30</sup>. Diante disso, tão importante quanto o atendimento no ambiente hospitalar é o acompanhamento ambulatorial dos pacientes oncológicos que após a alta hospitalar ainda necessitam de orientações nutricionais.

A reabilitação bem sucedida da disfagia decorrente da laringectomia supracricóide somente será eficaz se o trabalho realizado for interdisciplinar e envolver a integração<sup>24</sup> e, principalmente, a comunicação efetiva entre as profissões, como neste caso ocorreu entre a Fonoaudiologia e a Nutrição. Salienta-se que diante de tal processo, o principal ganho é para o paciente laringectomizado, pois o mesmo é visto de forma integral e as ações realizadas terão por meta facilitar sua inserção na sociedade de modo a melhorar a qualidade de vida.

## ■ CONCLUSÃO

Verificou-se que a atuação multiprofissional neste caso de laringectomia supracricóide foi de fundamental importância para a evolução do processo terapêutico do paciente. Tal fato demonstra a importância do acompanhamento multiprofissional, das consultas nutricionais e da terapia fonoaudiológica, mas muito mais do que isso, demonstra que por meio do constante diálogo entre nutricionista e fonoaudiólogo, foi possível adequar as condutas, visando a melhora da deglutição, e adequação da dieta do paciente. Deste modo, foi possível evoluir de uma nutrição enteral exclusiva para dieta por via oral nas consistências pastosa, sólida e líquida, sendo a última realizada ainda com manobra de proteção da VAI, o que favoreceu a evolução do estado nutricional, com a recuperação do peso corpóreo, além de proporcionar melhora na qualidade de vida deste sujeito.

## ABSTRACT

This study is about the performance multiprofessional on laryngectomy supracricoid. The speech therapy in the hospital was carried out twice a day, after 14 sessions, pasty consistency was released. The patient returned to the disfagia outpatient of the hospital, once a week for two months and now returns once a month. Nutritional therapy nasointestinal probe (NEP) allowed the necessary caloric intake and hydration and, through the release of consistency by oral Audiologist, the nutritionist expanded the options of foods that the patient could eat, favoring the profit of weight and withdrawal of the alternative way of feeding. The multiprofessional intervention enabled the degree of oropharyngeal dysphagia mechanical evolve from severe to mild oropharyngeal dysphagia for liquids only, being the evolution of therapy being verified through the patient's oral intake, which evolved from a FOIS 1 for FOIS 3 and is currently third in the FOIS 6. The realization of enteral nutrition therapy enabled the patient to regain his usual weight, on three months period, considering that with surgery, it lost 11 kg. It was noted that through the accompaniment multiprofessional, was possible evolve from an exclusive enteral nutrition to oral diet, which favored the evolution of nutritional status, with the recovery of body weight, addition to providing improved quality of life of this person.

**KEYWORDS:** Deglutition Disorders; Weight Loss; Laryngectomy; Enteral Nutrition; Patient Care Team; Rehabilitation

## ■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=332](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332)>. Acesso em: 21 jul. 2011.
2. Behlau M. O livro do especialista. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. Vol. II. p. 576.
3. Pauloski BR. Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19:889-928.
4. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
5. Abdulmassih EMS, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol*. 2009;13(1):55-62.
6. Lewin JS, Hutcheson KA, Barringer DA, May AH, Roberts DB, Holsinger FC et al. Functional analysis of swallowing outcomes after supracricoid partial laryngectomy. *Head & Neck*. 2008;30:559-66.
7. Sonsin PB, Silva ALND, Bonfim C, Caruso L. Análise da assistência nutricional a pacientes disfágicos hospitalizados na perspectiva de qualidade. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(3):310-9.
8. Gevaerd SR, Fabre MES, Búrigo T, Carneiro CM, Medina LR, Pastore JA et al. Impacto da terapia nutricional enteral ambulatorial em pacientes oncológicos. *Rev Bras de Nutrição Clínica*. 2008;23(1):41-5.
9. Moura RF. O impacto da desnutrição no paciente oncológico. *Revista Prática Hospitalar*. 2007;5(57):51-2.
10. Najas M [coordenadora]. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. São Paulo: Minha Editora, 2011.p. 124.
11. Nembr NK, Carvalho MB, Köhle J, Leite GCA, Rapoport A, Szeliga RMS. Estudo funcional da voz e da deglutição na laringectomia supracricóide. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73(2):151-5.
12. Simão MA, Alacid CAN, Rodrigues KA, Albuquerque C, Furkim AM. Incidence of tracheal aspiration in tracheotomized patients in use of mechanical ventilation. *Arq Gastroenterol*. 2009;46(4):311-4.
13. O'Neill KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*. 1999;14:139-45.
14. Furkim AM. O gerenciamento fonoaudiológico nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: Furkim AM e Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono, 2008. cap. 14. p. 229-58.
15. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehab*. 2005;86(8):1516-20.
16. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva; 1997.
17. Brasil. Ministério da saúde. Instituto Nacional do câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
18. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(1):68-73.
19. Fúria CLB. Disfagias mecânicas. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca, 2010. cap. 55. p. 513-28.
20. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(8):784-9.
21. 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):503-12.
22. Saconato M, Andrade CRF, Ferraz AR, Sugueno LA. Possibilidade de reabilitação da deglutição após laringectomia supracricóide seguida de radioterapia. 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 24 a 27 de setembro de 2008; Campos do Jordão. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2008.
23. Oliveira LML, Rocha APC, Silva JMA. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma responsabilidade interdisciplinar. *Seber Científico*. 2008; 1(1):240-52.
24. Pedroso CGT, Sousa AA, Salles RK. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1155-62.
25. Araujo FF, Silva CC, Fortes RC. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(1):61-70.
26. Dias VM, Barreto APM, Coelho SC, Ferreira FMB, Vieira GBS, Cláudio MM, Silva PDG. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Bras de Nutrição Clínica*. 2006;3(21):211-8.
27. Waitzberg DL. *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica*. São Paulo: Atheneu 4ª ed. 2009.
28. Cuppari L. Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto. In: Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio

LR, Cuppari L. Avaliação Nutricional. São Paulo: Manole, 2005. 2<sup>a</sup> ed.

29. Waitzberg DL, Nardi L de, Horie LM. Desnutrição em câncer. Rev Onco & Oncologia para todas as especialidades. 2011;2(8):34-7.

30. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. Rev Bras de Nutrição Clínica. 2006;4(22):292-7.

Recebido em: 11/11/2011

Aceito em: 25/07/2012

Endereço para correspondência:  
Bruna Franciele da Trindade Gonçalves  
Avenida Borges de Medeiros, 25  
Salgado Filho – Santa Maria – RS  
CEP: 97040-000  
E-mail: brunna\_fono@yahoo.com.br