HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

HECI

NUTRIÇÃO COM ÊNFASE EM ATENÇÃO AO CÂNCER

ALIANE DOS SANTOS SILVA

OS DESAFIOS DE NUTRIR O PACIENTE ONCOLÓGICO COM DIETA ENTERAL DURANTE A INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA HOSPITALAR

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES

FEVEREIRO/2025

OS DESAFIOS DE NUTRIR O PACIENTE ONCOLÓGICO COM DIETA ENTERAL DURANTE A INTERNAÇÃO E APÓS A ALTA HOSPITALAR

THE CHALLENGES OF NUTRITING ONCOLOGY PATIENTS WITH AN ENTERAL DIET DURING ADMISSION AND AFTER HOSPITAL DISCHARGE

SILVA, Aliane dos Santos[1]
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira[2]
COELHO, Lara Fernandes[3]

RESUMO

Introdução: nos pacientes oncológicos, a ingestão oral pode ser insuficiente devido aos efeitos colaterais do tratamento ou obstruções causadas pelo tumor, tornando necessária a nutrição enteral para prevenir a desnutrição. **Objetivo:** realizar uma revisão narrativa de literatura sobre os desafios de nutrir o paciente oncológico com dieta enteral, ressaltando as dificuldades enfrentadas no recebimento do aporte calórico adequado, tanto durante a internação quanto após a alta hospitalar. **Metodologia**: a revisão foi realizada por meio de busca nas bases de dados Google Acadêmico, PubMed, Lilacs e SciELO, incluindo artigos completos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2014 e 2024. Excluíram-se estudos duplicados ou que não atendiam aos objetivos da pesquisa. **Resultados:** a pesquisa foi conduzida entre os meses de março e dezembro de 2024, identificando 136 referências. Destas, 113 eram artigos, dos quais 35 foram analisados na íntegra e 25 selecionados para discussão devido à sua relevância. Os principais desafios encontrados foram a falta de registros nos prontuários, a ausência de confirmação do posicionamento da sonda e intolerâncias à dieta. Na alta hospitalar, destacaram-se as dificuldades na compreensão do manejo da sonda, a despadronização da dieta artesanal e o processo burocrático do SUS. **Conclusão:** o suporte nutricional adequado é fundamental no cuidado dos pacientes oncológicos, porém interrupções na infusão da dieta e os obstáculos no manejo da nutrição enteral domiciliar podem impactar no aporte de calorias e nutrientes. Sugere-se que novos estudos sejam realizados para explorar alternativas sustentáveis e avaliar a eficácia das políticas públicas no cuidado nutricional pós-alta.

Palavras-chave: “Desafios da Nutrição”; “Paciente Oncológico”; “Terapia Nutricional”; “Dieta Enteral”; “Internação e Alta hospitalar”.

---

[1] Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional do eixo de Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – ES; E-mail: alianesilva.nutri@gmail.com
[2] Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – ES. E-mail: gustavo.zigoni@gmail.com
[3] Coorientadora: Nutricionista Especializada em Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – ES. E-mail: larafernandes.c@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: in oncological patients, oral intake may be insufficient due to the side effects of treatment or tumor-induced obstructions, making enteral nutrition necessary to prevent malnutrition. **Objective**: to conduct a narrative literature review on the challenges of providing enteral nutrition to oncology patients, highlighting the difficulties faced in receiving adequate caloric intake both during hospitalization and after hospital discharge. **Methodology**: the review was conducted through searches in the databases Google Scholar, PubMed, Lilacs, and SciELO, including full-text articles in Portuguese, English, and Spanish, published between 2014 and 2024. Duplicate studies or those that did not meet the research objectives were excluded. **Results**: the research was conducted between March and December 2024, identifying 136 references. Of these, 113 were articles, 35 of which were fully analyzed, and 25 were selected for discussion due to their relevance. The main challenges identified included the lack of documentation in medical records, the absence of confirmation of tube placement, and diet intolerances. Upon hospital discharge, notable difficulties included understanding tube management, the lack of standardization in homemade diets, and the bureaucratic process of the public health system (SUS). **Conclusion**: adequate nutritional support is essential in the care of oncology patients, however, interruptions in diet infusion and challenges in managing home enteral nutrition can impact calorie and nutrient intake. It is suggested that further studies be conducted to explore sustainable alternatives and evaluate the effectiveness of public policies in post-discharge nutritional care.

Keywords: “Challenges of Nutrition"; Oncological patient"; “Nutrition therapy"; "Enteral diet"; “Hospitalization and discharge”.

INTRODUÇÃO

O câncer é definido pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), como um conjunto de mais de 100 doenças, marcadas pelo crescimento desordenado de células que podem acometer tecidos e órgãos contíguos. A previsão para 2030 estima que haverá 21,4 milhões ou mais de novos casos, com 13,2 milhões de mortes esperadas, tornando-o um dos maiores desafios de saúde pública e a segunda principal causa de morte em países desenvolvidos, cedendo a primeira posição para as doenças cardiovasculares (INCA 2022; SANTOS, 2023).

As causas do câncer são variadas, podendo incluir fatores hereditários, doenças inflamatórias ou condições adquiridas ao longo da vida, como envelhecimento, hábitos alimentares, ausência de atividade física e obesidade (INCA, 2020). Os tratamentos mais frequentes para as neoplasias abrangem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia (MCCUNE, 2018), os quais podem causar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, constipação, disgeusia, xerostomia (INCA, 2020), além da disfagia, compreendida como a dificuldade em deslocar o alimento da boca para o' estômago, em decorrência da patologia (YANG et al., 2022). Esses efeitos muitas vezes têm o potencial de reduzir a ingestão alimentar e prejudicar a absorção dos nutrientes, o que consequentemente, pode levar à desnutrição (MATYS; SALOMON, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a desnutrição é um estado nutricional caracterizado pela ingestão insuficiente de energia, micronutrientes e proteínas (OMS, 1995). Em pacientes com câncer, o predomínio da desnutrição pode ultrapassar metade dos casos, afetando de forma impactante a qualidade de vida desses indivíduos (SBNO, 2021). Ela pode diminuir a tolerância ao tratamento oncológico, elevar os riscos de complicações cirúrgicas e de morbimortalidade, e estender o tempo de internação (ASPEN, 2020; TRUJILLO, 2018). Nesse contexto, o nutricionista desempenha um papel importante, sendo responsável por prescrever uma dieta individualizada, que atenda às necessidades calóricas e energéticas dos pacientes, ajustada às diferentes formas de terapia nutricional (ANVISA, 2000).

Nos pacientes oncológicos, a ingestão oral pode ser insuficiente em calorias em função dos efeitos colaterais do tratamento ou inviável devido à obstrução causada pelo tumor, sendo frequentemente necessário recorrer à nutrição enteral ou

parenteral para assegurar que o paciente receba os nutrientes essenciais (SANTOS, 2020). A Terapia Nutricional Enteral (TNE) pode ser realizada por meio de três vias de acesso: nasoenteral, gastrostomia e jejunostomia, cujo, as duas últimas envolvem a inserção da sonda diretamente no trato gastrointestinal (BARBOSA et al., 2018). Evidências sugerem que estratégias nutricionais quando bem elaboradas e executadas podem otimizar o estado nutricional e a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, a eficácia dessas intervenções depende de uma abordagem integrada, envolvendo toda a equipe multidisciplinar (PAZ et al., 2020).

Dado a importância do aporte calórico e proteico, é fundamental garantir que o volume prescrito corresponda ao volume infundido de dieta enteral, em pacientes oncológicos. Esse monitoramento é essencial para que o nutricionista confirme se o planejado foi efetivamente alcançado (DE ARAÚJO et al., 2021). Em contrapartida, diversos fatores podem interferir na oferta nutricional programada, tais como atrasos na administração da dieta, disfunções gastrointestinais (vômitos, diarreia, distensão abdominal e estases gástricas (SILVA et al., 2021), problemas com a sonda nasoenteral, jejum para procedimentos, exames e necessidade do uso de doses elevadas de drogas vasopressoras. Esses obstáculos estão propensos a levar a um possível agravamento do quadro e deterioração do estado clínico desses pacientes (WALCZEWSKI, 2023).

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) também pode ser recomendada no ambiente domiciliar para aqueles que não conseguem suprir suas necessidades nutricionais por via oral. Ela envolve não apenas a administração de uma dieta enteral que atenda às demandas energéticas, proteicas e de micronutrientes, mas também abrange a forma como essa dieta é infundida e os cuidados necessários para garantir um suporte nutricional adequado (PADILLA; CUNHA; VIEIRA, 2024). A TNE em domicílio dá continuidade ao tratamento iniciado no hospital, contudo, é necessário que o paciente tolere a dieta e que o ambiente domiciliar esteja em condições apropriadas para a sua administração. Na alta hospitalar, os familiares ou cuidadores recebem orientações sobre o preparo e a administração da dieta enteral em casa. No entanto, frequentemente enfrentam desafios devido ao baixo nível socioeconômico, limitada escolaridade e condições inadequadas de higiene e sanitárias, o que pode impedir a correta compreensão e aplicação das instruções sobre o manejo da dieta enteral. Ainda, a demora na entrega da fórmula nutricional pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os impasses na compra dos insumos para o preparo da dieta enteral

artesanal também são considerados entraves, neste cenário. Todas essas questões, podem levar à complicações mecânicas, gastrointestinais, infecciosas e metabólicas nos pacientes (VAN, 2011; SILVA, 2021).

É devidamente reconhecido que a dieta enteral consiste em uma forma alternativa de suprir as demandas nutricionais dos pacientes oncológicos. Contudo, durante o acompanhamento nutricional, é comum observar dificuldades no ganho de peso, o que resulta em desnutrição, prejudicando a adesão ao tratamento e impactando negativamente na qualidade de vida desses pacientes (AMARAL et al., 2024). Nesse sentido, o objetivo principal do estudo é realizar uma revisão narrativa de literatura obre os desafios de nutrir o paciente oncológico com dieta enteral, ressaltando as dificuldades enfrentadas no recebimento do aporte calórico adequado, tanto durante a internação quanto após a alta hospitalar, com o intuito de desenvolver uma visão crítica sobre esse cenário e identificar oportunidades para futuras melhorias.

Para tanto, os objetivos específicos são: discorrer sobre os vieses mais comuns durante a internação; investigar os obstáculos da nutrição enteral em domicílio; comparar os desafios da nutrição enteral em pacientes oncológicos com outras patologias; compilar artigos que analisem o uso de dieta enteral em pacientes oncológicos.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura, que busca explorar os principais desafios envolvidos na nutrição do paciente oncológico em uso de dieta enteral, abordando as dificuldades enfrentadas durante o período de internação e após a alta hospitalar.

A revisão foi realizada por meio de uma busca retrospectiva nas bases de dados Google Acadêmico, PubMed (U.S. National Library of Medicine), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando a combinação dos seguintes descritores: “desafios da nutrição”, “paciente oncológico”, “dieta enteral”, “internação e alta hospitalar”, associados com operadores booleanos, para refinar os resultados encontrados. O operador “**AND”** foi usado para conectar termos essenciais, como

em “desafios da nutrição *and* paciente oncológico *and* dieta enteral”, enquanto o “**OR”** foi aplicado para expandir a busca por sinônimos, como “dieta enteral *or* nutrição enteral”. **Por outro lado,** o operador **"NOT"** foi aplicado para filtrar termos que não contribuíam para o foco da pesquisa. Para complementar a busca, também foram considerados dados da “**BRASPEN Journal”**, uma revista científica online da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), que disponibiliza seus artigos em acesso aberto, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do INCA.

Para a delimitação adequada deste estudo, foram adotados como critérios de inclusão artigos completos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2014 e 2024, que apresentassem em seus títulos as palavras-chave definidas nesta revisão, além de capítulos de livros relacionados à área da Ciência da Nutrição. Os critérios de exclusão consideraram estudos duplicados nas diferentes bases de dados ou aqueles que, após a leitura do resumo, não estivessem alinhados com os objetivos da pesquisa.

Após essa triagem, foi realizada a análise dos textos completos, selecionando-se apenas os estudos que continham informações relevantes para o desenvolvimento deste trabalho. Os resultados foram organizados por temas principais, visando facilitar a compreensão do escopo da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

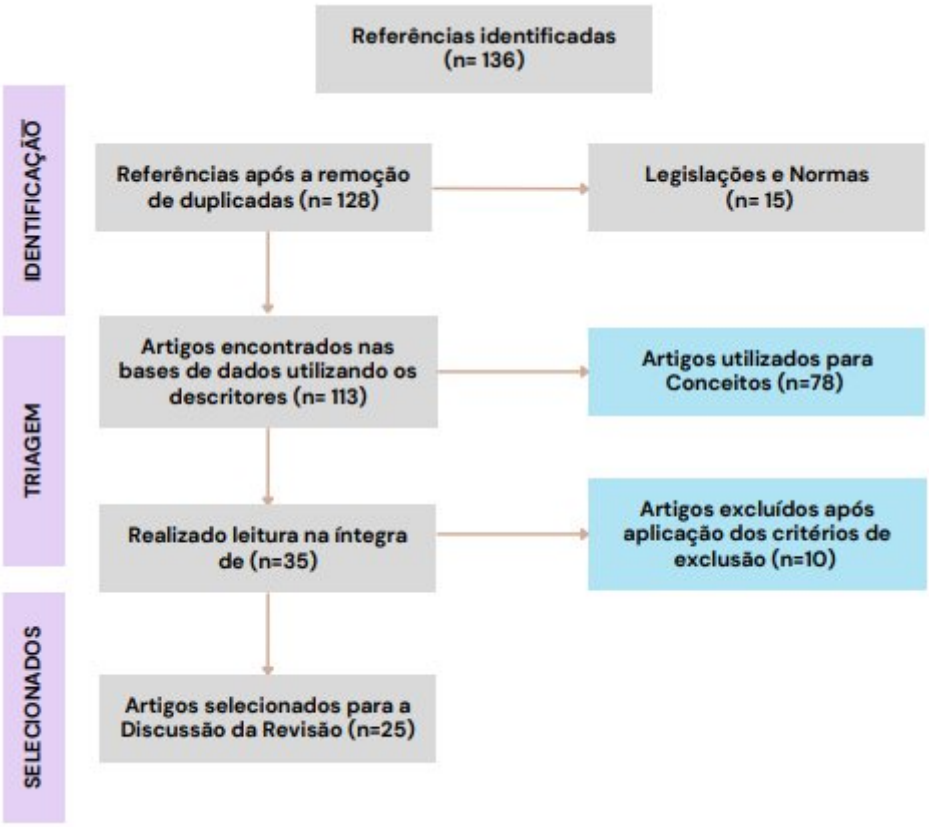
A pesquisa foi realizada entre março e dezembro de 2024. Ao todo, 136 referências foram identificadas, das quais 128 permaneceram após a remoção de duplicadas. Dessas, 113 eram artigos encontrados nas bases de dados por meio de descritores. Foram lidos na íntegra 35 artigos, e, após a aplicação dos critérios de exclusão, 25 foram selecionados para a discussão da revisão, por apresentarem dados relevantes e uma metodologia bem descrita. Além disso, 78 artigos foram utilizados para embasar os conceitos teóricos.

Com isso, foi possível realizar uma síntese quali-quantitativa dos dados, destacando a relevância das evidências apresentadas, enquanto os artigos não selecionados foram utilizados para embasar a introdução e os demais conceitos. A

análise dos artigos selecionados considerou o tema abordado, os principais desfechos e achados, além da relação entre câncer, nutrição e dieta enteral.

A seguir, no Fluxograma da Figura 1, está apresentada a seleção dos estudos, juntamente com as etapas de triagem e escolha final.

Figura 1- Seleção dos artigos incluídos para construção da revisão de literatura



Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2025.

Os artigos incluídos na presente revisão foram organizados no Quadro 1, descritos de acordo com os autores e ano de publicação, título, objetivo, resultados e conclusão encontrados na pesquisa.

Quadro 1 – Relação dos artigos incluídos na revisão narrativa sobre os "Desafios de nutrir o paciente oncológico com dieta enteral durante a internação e após a alta hospitalar" por autoria e ano, título, objetivo, resultados e conclusão, publicados entre 2014 e 2024.

TÍTULO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Categoria 1: Desafios enfrentados durante a internação – 12 artigos			
Adequação calórico-proteica e complicações gastrointestinais de pacientes em uso de terapia nutricional enteral (tne).	SCHIRMANN, Gabriela da Silva; SANTOS, Otavio, **2018**.	Avaliar a prevalência de complicações e adequação de macronutrientes de pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE), internados em dois hospitais da cidade de Bagé/RS.	Houve inadequação entre as calorias prescritas, recebidas e as necessidades energéticas, evidenciando desvios energéticos significativos nos pacientes. A terapia nutricional enteral (TNE) não supriu as necessidades proteicas, sendo frequentemente interrompida por vômitos, diarreia e náuseas.
The pathogenesis of nonocclusive mesenteric ischemia: implications for research and clinical practice.	A L - D I E R Y , Hussam et al., **2019**.	Documentar os conceitos e evidências atuais sobre isquemia mesentérica não oclusiva, analisando suas implicações para o diagnóstico e tratamento. Além disso, identificar lacunas no conhecimento que possam orientar pesquisas futuras.	Estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento são urgentemente necessárias.
Differences in effect of early enteral nutrition on mortality among ventilated adults with shock requiring low-, medium-, and h i g h - d o s e noradrenaline: a propensity-matched analysis.	OHBE, Hiroyuki et al., **2020**.	Comparar os resultados entre a nutrição enteral precoce (EEN) e a nutrição enteral tardia (LEN) em pacientes ventilados com choque que requerem noradrenalina em baixa, média ou alta dose .	A EEN mostrou redução na mortalidade em adultos ventilados tratados com doses baixas ou médias de noradrenalina, mas não em pacientes que necessitaram de altas doses, embora o subgrupo destes últimos tenha sido pequeno para conclusões definitivas.
Adequação da terapia nutricional enteral, complicações gastrointestinais e intercorrências em pacientes críticos.	SILVA, Denise Peixoto; CARVALHO, Nágila Araújo; BARBOSA, Larissa Silva, **2021**.	Identificar a adequação calórica e proteica da terapia nutricional enteral(TNE) e avaliar relação com complicações gastrointestinais e intercorrências em pacientes críticos.	Houve inadequação calórica e proteica em relação às necessidades estimadas. Pacientes com SE >500ml, vômitos, obstrução de SE e interrupção da TNE apresentaram mais dias de inadequação nutricional.
Avaliação do impacto da mudança do modo de realizar a transição hospital-domicílio em	SILVA, Tabata Marinda, **2021**.	Verificar se a implementação do "Projeto 1ª Sonda" foi capaz de modificar desfechos clínicos em pacientes com terapia	As complicações relacionadas à terapia nutricional enteral no domicílio são frequentes e a aplicação parcial do "Projeto 1ª Sonda" impactou de forma positiva nos pacientes, por redução das complicações

pacientes com terapia nutricional enteral (Projeto 1ª Sonda).		nutricional enteral no domicílio.	infecciosas e menor número de readmissões.
Incidence and risk factors for nasoenteral tube-related mechanical complications in a double cohort.	ANZILIERO, Franciele; BEGHETTO, Mariur Gomes, **2022**.	Avaliar a incidência e os fatores de risco de complicações mecânicas relacionadas ao uso da sonda nasoenteral.	Deslocamento, retirada acidental e obstrução da sonda foram frequentes. AVC, idade avançada e maior pontuação na escala de coma de Glasgow aumentam o risco de deslocamento, enquanto a obstrução é mais comum em pacientes com sonda na admissão e uso de opioides em comprimidos.
Alterações metabólicas e sintomas gastrointestinais em pacientes em terapia nutricional em uma unidade de terapia intensiva de um hospital da rede privada da cidade de Lauro de Freitas-BA.	ALVES, Thiago Laranjeira et al., **2023**.	Avaliar a prevalência de complicações gastrointestinais e a adequação calórico-proteica em pacientes submetidos a suporte nutricional exclusivo em UTI.	A nutrição enteral (NE) não é livre de complicações, exigindo ações corretivas e trabalho conjunto da equipe multiprofissional para minimizar problemas e melhorar a assistência.
Avaliação da qualidade da terapia nutricional enteral ofertada ao paciente oncológico hospitalizado.	ALVES, Thyra Pimentel et al., **2023**.	Avaliar a qualidade da terapia nutricional enteral (TNE) ofertada a pacientes oncológicos hospitalizados.	Os indicadores de qualidade de administração da terapia nutricional enteral encontravam-se adequados, enquanto os relacionados ao controle clínico e nutricional estavam inadequados.
Associação entre frequência de constipação e desfecho clínico em paciente crítico.	ARAÚJO, Camila Melo et al., **2023**.	Avaliar a associação entre frequência de constipação e desfecho clínico em pacientes críticos internados em uma UTI de um hospital universitário.	A constipação intestinal é frequente em pacientes graves e está associada a pior prognóstico. É essencial identificá-la, tratá-la e implementar protocolos de prevenção e manejo em unidades de terapia intensiva.
Inadequação da terapia nutricional enteral no paciente oncológico hospitalizado e seu impacto em desfechos clinicos desfavoráveis.	GABRIELLI, Carolina Pagnoncell, **2023**.	Investigar em pacientes oncológicos hospitalizados em uso exclusivo de TNE, por via alternativa de alimentação, a (in) adequação nutricional e a sua relação com desfechos clínicos.	O estudo revelou déficits significativos de calorias e proteínas por nutrição enteral (NE). A administração adequada de calorias pode melhorar a sobrevivência de pacientes com câncer em alto risco de desnutrição.
Análise da assistência multidisciplinar ao paciente em uso da terapia nutricional enteral na unidade de terapia intensiva adulto: estudo	FALCIROLI, Isa Milene Vansan, **2024**.	Analisar o atendimento multidisciplinar de pacientes internados e em uso de Terapia Nutricional Enteral via sonda nasoentérica na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário,	Os registros dos profissionais de saúde são essenciais para documentar intervenções e cuidados aos pacientes hospitalizados e são necessários para identificar áreas de melhoria nos processos de atendimento para evitar erros e prevenir eventos adversos.

retrospectivo.		por meio dos registros de prontuários físicos e eletrônicos.	
Eventos adversos mecânicos e complicações gastrointestinais associados ao uso de cateteres nasogástricos e nasoenterais durante a internação hospitalar.	SAGICA, Taís dos Passos et al., **2024**.	Avaliar a incidência de eventos adversos mecânicos e complicações gastrointestinais relacionados ao uso de cateteres nasogástricos e nasoenterais durante a internação hospitalar de adultos e idosos.	A incidência de eventos adversos mecânicos e complicações gastrointestinais é elevada em pacientes em uso de cateteres nasogástricos e nasoenterais, demandando a urgente necessidade de implantação de protocolos de prevenção.
Categoria 2: Desafios enfrentados após a alta hospitalar – 13 artigos			
Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde.	JANSEN, Ann Kristine et al., **2014**.	Avaliar quimicamente a composição de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais prescritas para terapia nutricional domiciliar.	As formulações analisadas têm composição de macronutrientes adequada, necessitando de ajustes em fibras. Quanto aos minerais, aqueles deficientes precisam ser suplementados enquanto as adequações dietéticas não forem realizadas.
Desenvolvimento de dietas enterais semiartesanais para idosos em atenção domiciliar e análise da composição de macro e micronutrientes.	JANSEN, Ann Kristine et al., **2017**.	Desenvolver e analisar a composição de macro e micronutrientes de dietas enterais semiartesanais para uso domiciliar.	A dietas padrões desenvolvidas podem contribuir para segurança alimentar e nutricional de idosos em terapia nutricional domiciliar, desde que todas suplementadas com magnésio, e a de 1800 Kcal com vitamina E, D e B6. A fórmula de 1500 Kcal não se mostrou segura nutricionalmente no que tange aos micronutrientes.
Dieta enteral manipulada com alimentos com qualidade nutricional e baixo custo.	BENTO, Ana Paula Lança; GARCIA, Rosa Wanda Diez; JORDÃO JÚNIOR, Alceu Afonso, **2017**.	Propor uma formulação de dieta enteral manipulada com alimentos com composição nutricional padrão que atendam às necessidades nutricionais de pessoas com idade acima de 51 anos e que tenha baixo custo.	A dieta planejada pode ser uma excelente escolha para o paciente em uso de nutrição enteral domiciliar, foi elaborada com alimentos comuns ao hábito alimentar, apresentam qualidade física e nutricional e são de baixo custo.
Perfil e desempenho dos nutricionistas na Atenção Primária à Saúde.	PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Ina da Silva, **2017**.	Descrever o perfil e o desempenho dos nutricionistas na Atenção Primária à Saúde.	Os nutricionistas atuam em ações de alimentação e nutrição na saúde coletiva, enfatizando a importância da qualificação e de práticas que melhor integrem a agenda programática dessa área com a Atenção Primária.
Epidemiologia da nutrição enteral domiciliar: uma aproximação à realidade.	VILLAR-TAIBO, Rocío et al., **2018**.	Avaliar o status da TNED naquele local, com relação à sua incidência e características.	A incidência quanto ao uso de TNED foi Considerou-se a TNED uma terapia segura, com poucas complicações, que melhora o estado nutricional dos pacientes, mesmo em curtos períodos de administração.

Orientação multiprofissional e visita domiciliar no cuidado de pacientes com dieta enteral domiciliar.	FRANCA, Sarah Cândido et al., **2018**.	Compreender a experiência de cuidadores de pacientes com dieta enteral domiciliar que receberam orientação multiprofissional na alta hospitalar e visita domiciliar.	Cuidadores de pacientes em uso de TNED, após receberem orientação da equipe multiprofissional apresentam melhor terapêutica com os pacientes.
Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira.	FÜHR, Aline Luiza, **2018**.	Analisar possibilidades, limites e desafios da Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED) na rede pública de saúde e perfil nutricional de pacientes pós alta hospitalar de Foz do Iguaçu-Paraná.	Os resultados retratam que a grande maioria dos usuários estava sob dieta manipulada, com uma frequência expressiva de complicações e perfil antropométrico menos satisfatório, sobretudo no grupo sem acompanhamento nutricional.
Perfil nutricional de usuários de terapia nutricional enteral domiciliar.	MORAES, Yasmim Prado et al., **2021**.	Avaliar o perfil nutricional, socioeconômico e demográfico de pacientes em TNED no município de Varginha-MG que são acompanhados pelas equipes de atenção básica do Sistema Único de Saúde, além de identificar o perfil clínico do usuário.	Os pacientes em TNED no município de Varginha - MG utilizam, predominantemente, dietas industrializadas via gastrostomia. Não foi identificado edemas e/ou estresse metabólico pelo exame físico realizado pela ANSG, caracterizando bom estado nutricional dos avaliados. A maioria dos avaliados pertencem a classe socioeconômica C.
Perfil sóciodemográfico do paciente com câncer de cabeça e pescoço da região Sudeste do Brasil e sintomas associados.	COSTA, F. C. et al., **2021**.	Descrever o perfil sociodemográfico do paciente com CCP e principais sintomas associados ao seu tratamento.	O tratamento para o CCP tem impacto negativo na QV dos pacientes.
Construção e validação de cartilha educativa multiprofissional para cuidadores de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.	AFONSO, Maria Gabriela et al., **2021**.	Construir e validar a aparência e conteúdo de uma cartilha educativa multiprofissional para educação de cuidadores de pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.	A cartilha educativa é considerada válida quanto ao conteúdo. Sugere-se que possa contribuir para a compreensão na educação em saúde de cuidadores e familiares de pacientes em uso de terapia nutricional enteral.
Inquérito brasileiro sobre terapia de nutrição domiciliar: panorama atual.	AANHOLT, Denise Philomene Joseph van et al., **2021**.	Descrever como a terapêutica nutricional domiciliar é realizada no Programa Melhor em casa do Ministério da Saúde e na Saúde suplementar.	Os achados nos dão uma visão panorâmica da terapia nutricional enteral domiciliar no Brasil. É fundamental a presença da equipe interdisciplinar, de boas práticas e do acompanhamento das famílias nos domicílios.

Avaliação da adesão de pacientes com câncer a terapia nutricional enteral domiciliar.	FERNANDES, Natália Alcântara et al., **2024**.	Avaliar adesão de pacientes com câncer à TNED e identificar fatores que a influenciam.	Pacientes com diagnóstico de câncer que fazem uso de TNED aderiram, em sua maioria, à terapêutica. Não houve diferença estatística do estado nutricional entre pacientes que aderiram ou não à TNED.
Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço de um hospital público de referência do Estado de Minas Gerais e suas implicações clínicas e sociais.	MACEDO, Dhiancarlo Rocha et al., **2024**.	Identificar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no setor de oncologia de um Hospital Público de referência da região do Triângulo Norte do Estado de Minas Gerais e estabelecer as suas implicações clínicas e sociais.	Sugere-se elaboração de ações de educação permanente para a sociedade quanto a conscientização dos fatores de risco e de programas de educação continuada os profissionais de saúde.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2025.

A Desnutrição no Câncer

A desnutrição é caracterizada por um desequilíbrio nutricional, que pode ser agudo, subagudo ou crônico, resultando em modificações na composição corporal e na capacidade funcional de órgãos e tecidos. Geralmente causada pela ingestão inadequada de nutrientes, especialmente calorias e proteínas, essa condição pode estar associada a fatores como localização e tipo de tumor, estágio da doença e tratamento, que influenciam diretamente no estado nutricional do indivíduo. (CEDERHOLM, et al., 2015; KADUKA et al., 2017; KIR et al., 2014).

No contexto do câncer, a desnutrição se torna ainda mais preocupante, devido à interação crítica entre a doença e o estado nutricional. Provocada por uma inflamação sistêmica, ela pode levar à anorexia, degradação dos tecidos, perda de peso, alterações na composição corporal, comprometimento da função física, redução na cicatrização de feridas e da qualidade de vida desses pacientes (ARENDS et al., 2017; FREITAS, 2020). De acordo com Ryan et al. (2019) e Correia, Perman e Waitzberg (2017), essa condição afeta entre 50 e 80% dos pacientes oncológicos, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida, aumento da toxicidade do tratamento e sendo responsável por 10 a 20% das mortes, relacionadas às suas complicações e não ao tumor propriamente dito.

A caquexia, resultante da desnutrição, é uma condição debilitante de múltiplas origens, caracterizada pela perda progressiva e involuntária de peso superior a 5%

em 12 meses. Está associada à fadiga, alterações nas funções gastrointestinais, hepáticas e do sistema imunológico, podendo resultar na depleção dos tecidos muscular e adiposo, sendo responsável por 20% dos óbitos (BARBOSA et al., 2017).

Além disso, a perda significativa de massa e função muscular, conhecida como sarcopenia, tem sido observada no câncer, principalmente nas fases mais avançadas e está associada a diversas complicações graves, incluindo aumento do risco de mortalidade, piora da qualidade de vida, maior incidência de complicações pós-cirúrgicas e a intensificação dos efeitos colaterais (RYAN et al., 2019; ARENDS et al., 2017). Uma pesquisa realizada por Crestani, Grassi e Steemburgo (2022), envolvendo 20.211 pacientes com câncer, foi constatado que a baixa função muscular, avaliada pela força de preensão manual, estava associada a uma menor probabilidade de alta hospitalar.

Além das repercussões clínicas, a alta taxa de desnutrição, especialmente na admissão, está ligada ao aumento dos custos hospitalares, devido à maior duração da internação, o que também contribui para o incremento das despesas no sistema de saúde (RUIZ et al., 2019; CACCIALANZA, 2022). Segundo Dallacosta et al. (2017), cerca de 80% dos pacientes apresentam desnutrição no momento do diagnóstico do câncer. Por isso, recomenda-se que a triagem nutricional seja realizada entre 24 e 48 horas após a admissão hospitalar, utilizando ferramentas que permitam identificar precocemente o risco de desnutrição e orientar a elaboração de um plano dietoterápico individualizado (INCA, 2022; CASTRO, 2023).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (2021), a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) e a Triagem de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002) são ferramentas recomendadas para identificar o risco nutricional. A ASG-PPP é considerada o padrão-ouro, pois é específica para essa população, mas exige mais tempo e detalhes na aplicação. Já a NRS-2002, embora não seja específica para câncer, é mais rápida e pode ser usada para triagem nutricional em pacientes oncológicos.

Em seu estudo, Barros et al. (2023), com uma amostra de 208 pacientes, observaram que a ASG-PPP apresentou boa aplicabilidade e, quando comparada à NRS-2002, foi mais eficaz na identificação do risco e diagnóstico nutricional em pacientes oncológicos, com 95,2% de precisão na detecção de risco nutricional e 78,35% na identificação de desnutrição moderada, assim como, Santos (2020), em seu trabalho com 115 pacientes oncológicos encontrou uma taxa de desnutrição em

65,13% deles ao utilizar a ASG-PPP. Em outro estudo realizado com 4.822 pacientes oncológicos de 45 instituições brasileiras, o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica (2013) revelou que 45,1% apresentaram desnutrição ou risco nutricional, de acordo com a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP).

Torres (2023) identificou que a desnutrição e a necessidade de intervenção nutricional estavam presentes em 49% dos pacientes oncológicos, destacando-se a inadequação do consumo alimentar, principalmente de frutas, leite, derivados e carnes. Resultados semelhantes foram encontrados por Pereira et al. (2015), que relataram baixa ingestão de frutas, leite, derivados, verduras, legumes e cereais em pacientes oncológicos. Adicionalmente, Maurina et al. (2020) observaram que mais de 68% dos indivíduos em seu estudo, que foram a óbito estavam desnutridos, evidenciando as consequências adversas da desnutrição associada ao câncer. De forma similar, Lima, Pontes e Miranda (2023) constataram que os índices de risco nutricional e desnutrição eram superiores nos pacientes oncológicos em comparação aos eutróficos, com sobrepeso e obesidade.

Muscaratoli et al. (2021) afirmam que a prevalência de desnutrição em pacientes com câncer, independentemente da localização do tumor, é de 40 a 50%, com maior incidência entre aqueles com cânceres gastrointestinais, de cabeça e pescoço, pulmonar e pancreático. Esses dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Guilherme et al. (2020), que observou índices mais elevados de desnutrição em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e gástrico.

De acordo com o INCA (2020), os tratamentos oncológicos, como quimioterapia e radioterapia, podem causar efeitos colaterais que comprometem o estado nutricional dos pacientes, como náuseas, vômitos, inapetência, diarreia, mucosite, entre outros. Nesse contexto, a intervenção nutricional visa minimizar os impactos da desnutrição, garantindo a ingestão adequada de nutrientes, preferencialmente por via oral, com o uso de suplementos quando necessário, ou, em casos mais graves, por nutrição enteral ou parenteral (PEREIRA, 2020).

Terapia Nutricional Enteral (TNE), uma via Alternativa de Alimentação

A Terapia Nutricional (TN) é imprescindível, pois a desnutrição relacionada ao câncer compromete tanto a qualidade de vida quanto o prognóstico dos pacientes. Conforme Weissheimer et al. (2017), a TN deve ser iniciada logo após o diagnóstico

de neoplasia maligna e incorporada como parte do acompanhamento oncológico, com a finalidade de atenuar os efeitos adversos do tratamento. Ela engloba estratégias para restaurar o estado nutricional do paciente, devendo ser adaptada conforme o estágio da doença, os efeitos colaterais e as respostas metabólicas específicas de cada indivíduo (OLIVEIRA et al., 2015).

O tratamento do câncer abrange diversas modalidades terapêuticas, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia, que podem ser empregadas de maneira isolada ou combinada. Essas abordagens podem ser consideradas agressivas, pois tornam o organismo do paciente mais vulnerável devido a fatores como ingestão alimentar comprometida, alterações no gasto energético e na absorção de nutrientes (DUARTE et al., 2016; SALOMON, 2018).

De acordo com Magalhães et al. (2018) ao longo do tratamento, e sempre que não houver contraindicações, a alimentação via oral deve ser priorizada, contanto que o trato gastrointestinal esteja preservado. Contudo, em muitos casos, essa via pode ser insuficiente para suprir todas as necessidades metabólicas dos pacientes. Nesse contexto, a Terapia Nutricional deve ser planejada de forma individualizada, com aumento gradual do aporte calórico e proteico e, caso as metas nutricionais não sejam alcançadas exclusivamente pela alimentação oral, a prescrição de suplementos nutricionais ou a utilização de terapias enteral e parenteral devem ser adotadas.

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 503, de 27 de maio de 2021, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) consiste em conjunto de estratégias voltadas para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da dieta enteral. Quando o paciente não consegue atingir pelo menos 60% das necessidades nutricionais por via oral ou quando a alimentação oral for inviável, torna-se necessário iniciar a TNE, sendo as principais indicações para seu uso em pacientes com disfagia, caquexia, complicações pós-operatórias, doença irressecável e estenose (TEIXEIRA et al., 2021).

A dieta enteral é formulada para fornecer calorias e nutrientes conforme as necessidades específicas de cada paciente, podendo ser administrada por sondas nasoentéricas, inseridas pelas narinas até o estômago, ou por meio de procedimentos cirúrgicos que fixam a sonda no corpo, como a gastrostomia e a jejunostomia. Na gastrostomia, a sonda é inserida diretamente na parede abdominal até o estômago, enquanto na jejunostomia, a sonda é colocada na parede abdominal até o intestino

delgado (ANVISA, 2021; INCA 2020). Dessa forma, e devido aos problemas comuns relacionados à desnutrição que podem surgir com o tratamento oncológico, a TNE pode ser considerada uma alternativa alimentar, tornando-se uma opção terapêutica essencial na assistência nutricional do paciente com câncer (BISCHOFF et al., 2020).

A introdução precoce da Terapia Nutricional Enteral (TNE) é importante para reduzir significativamente a incidência de desnutrição, o risco de infecções e o tempo de permanência hospitalar, assim como mostrou Expósito et al. (2018) em seu estudo. No entanto, mais do que apenas prescrever a terapia nutricional de forma adequada, é fundamental assegurar que o paciente receba o volume nutricional prescrito, atendendo às suas necessidades (LOBATO, 2023). Compreender os aspectos que interferem na administração eficaz da TNE possibilita a adoção de medidas para garantir um aporte calórico e proteico adequado aos pacientes oncológicos, considerando os desafios comuns durante a internação, como instabilidade hemodinâmica, jejum para exames e procedimentos, intolerâncias gástricas, recusa do paciente, além de obstrução ou remoção da sonda (SANTANA et al., 2016).

Conforme aponta o estudo de Silva et al. (2021) com pacientes oncológicos internados em uso exclusivo de dieta enteral, das 120 fichas analisadas, apenas 37,5% dos pacientes receberam pelo menos 70% do volume prescrito da dieta, o que indica um consumo inadequado da dieta infundida em relação à dieta prescrita. Esses dados corroboram com a pesquisa de Teixeira et al. (2021), na qual 40,9% dos pacientes também não atingiram as cotas calórico-proteicas mínimas por meio da terapia nutricional enteral. Em outro estudo, Souza et al. (2018) que avaliou a adequação da terapia nutricional em pacientes oncológicos de um hospital público e privado de Juiz de Fora-MG em 118 prontuários, comparando os volumes, calorias e proteínas prescritas, foi constatado que a maioria dos pacientes não recebeu a quantidade de dieta programada, devido a interrupções na terapia causadas por náuseas, obstrução da sonda e complicações gastrointestinais.

Em síntese, a TNE pode melhorar o prognóstico dos pacientes com câncer, especialmente quando iniciada precocemente, embora não seja capaz de anular o hipercatabolismo (TEIXEIRA et al., 2021). Pois, além de estar relacionada à redução da mortalidade, menor toxicidade da quimioterapia, alívio de sintomas, diminuição do tempo de internação e redução de custos hospitalares, ela também proporciona benefícios como preservação da massa magra, fortalecimento da imunidade, equilíbrio imunológico, redução do estresse fisiológico e promoção da saúde. No

entanto, é preciso haver um monitoramento contínuo da infusão para garantir que a prescrição da terapia nutricional enteral seja cumprida e que o paciente realmente receba o volume de dieta planejado (ALVES et al., 2023b; SILVA et al., 2021).

Os desafios de nutrir o paciente oncológico com dieta enteral

A literatura relata que aproximadamente 29% dos pacientes em nutrição enteral não recebem o volume prescrito. Nesse contexto, a monitorização diária das intercorrências, como a verificação do volume infundido versus o volume prescrito, é indispensável é para garantir que os pacientes recebam a nutrição adequada (SILVA et al., 2021). Estudos mostram que a administração de calorias e proteínas frequentemente fica aquém das necessidades reais dos pacientes, com inadequações variando entre 50% e 90%, entretanto, o motivo exato para a interrupção da dieta enteral muitas vezes não é registrado durante a internação.

No estudo de Alves et al. (2023b), por exemplo, que avaliou a qualidade da terapia nutricional enteral em 31 pacientes hospitalizados, onde 64,7% dos casos de interrupção não apresentavam registro da causa, e Gabrielli (2023) que identificou que em 45,4% dos casos não havia registro sobre a real causa da interrupção da dieta. Embora existam pesquisas sobre a TNE em pacientes hospitalizados, poucos estudos se concentram especificamente em pacientes oncológicos, destacando a necessidade de mais investigação nesse campo para otimizar a terapia nutricional e melhorar os resultados clínicos desses pacientes (SILVA et al., 2021).

Categoria 1: Desafios enfrentados durante a internação

1.1. Intercorrências com a sonda, atrasos ou recusa da administração da dieta, jejum para exames, procedimentos e cuidados

Na prática clínica, o desafio de atingir metas por meio da nutrição enteral (NE) evidencia a necessidade de protocolos mais bem estruturados para o acompanhamento da terapia nutricional enteral (TNE). A NE é uma intervenção prescrita pelo médico após avaliação do quadro clínico e das necessidades do paciente. Para sua implementação, a dieta deve ser planejada e prescrita por um nutricionista, com base na avaliação nutricional do paciente (BRASIL, 2021; WANG,

2022). A sondagem nasoentérica é um procedimento de competência exclusiva do enfermeiro, sendo a administração da dieta e a manutenção da sonda de responsabilidade da equipe de enfermagem, incluindo os técnicos (BRASIL, 2021; COFEN, 2019). A passagem da sonda nasoentérica (SNE), assim como sua manipulação e a administração de dieta ou medicamentos, pode levar à ocorrência de eventos adversos, caracterizados como incidentes que têm o potencial de causar dano ou lesão ao paciente (MOTTA, 2021; WANG, 2022).

De acordo com o COFEN (2014), é responsabilidade da equipe de enfermagem garantir a administração segura da nutrição enteral (NE). Compete ao enfermeiro selecionar o calibre adequado da sonda, realizar a técnica de inserção da SNE, assegurar a manutenção segura do dispositivo enquanto estiver em uso pelo paciente, garantir a administração correta da NE e prescrever os cuidados de enfermagem necessários. Cabe ao técnico de enfermagem realizar os cuidados específicos aos pacientes que utilizam sonda, seguindo a prescrição de enfermagem, e comunicar ao enfermeiro quaisquer intercorrências ocorridas durante o uso do dispositivo.

Além disso, conforme Motta e Wang (2022), durante a manipulação da sonda e a administração de dieta ou medicamentos, podem ocorrer eventos como desconexões, retiradas não intencionais (por parte da equipe, do paciente ou de acompanhante), lesão por pressão no local de inserção ou fixação, sinusite, obstrução da sonda ou até mesmo conexões incorretas, como a administração de dieta em um acesso venoso ou de medicação venosa na SNE. No caso de sondas fixadas por meio de procedimentos cirúrgicos, como gastrostomia e jejunostomia, as principais intercorrências que podem ocorrer são de origem gastrointestinal, infecciosa e pós-cirúrgica (LIM et al., 2018).

A prevenção desses eventos adversos pode ser realizada, inicialmente, pela verificação adequada do local de inserção da sonda, utilizando métodos como ultrassonografia ou radiografia, sendo esta última considerada o padrão-ouro. Os atrasos na administração da dieta podem ocorrer por diversos motivos, como, por exemplo, o atraso na liberação da dieta após o exame de raio-X, tanto devido à demora na realização do exame quanto à avaliação da imagem pelo médico (MOTTA, 2021; WANG, 2022). Ainda, de acordo com um levantamento de dados realizado pelo HU-UFSCAR (2023), os resultados mostram que, ao analisar o total de intervenções de sondagens realizadas (n = 84 - 100%), apenas 20 (23,81%) apresentaram

solicitação de raio-X, enquanto 64 (76,19%) não tinham o registro de solicitação do exame para confirmar o posicionamento da sonda após a inserção.

O estudo de Anziliero e Beghetto (2022) revelou que a medida padrão de 23 cm é uma referência eficaz para posicionar a ponta da sonda na região gástrica (estômago) durante sua passagem, contribuindo para uma redução de 11% no risco de deslocamento acidental e tração, o que destaca a sua relevância no acompanhamento de pacientes durante a internação. Os autores destacam que incidentes relacionados ao uso de SNE, como perda, deslocamento ou obstrução da sonda, mesmo sem causar lesões, podem afetar negativamente a evolução clínica e nutricional do paciente, impedindo o alcance das metas nutricionais, atrasando a administração de medicações e, em casos de exteriorização acidental ou necessidade de remoção, podem exigir um novo procedimento invasivo.

Com relação ao registro do profissional Nutricionista, uma das variáveis importantes a serem avaliadas é a prescrição completa da dieta enteral com volume, frequência e velocidade da infusão. No estudo de Falciroli (2024) observou-se que a velocidade de infusão muitas vezes não é incluída na prescrição, sendo encontrada em 38 (79,17%) dos registros apenas na Evolução do profissional e em 10 (20,83%) evoluções não houve o registro.

Embora algumas interrupções na administração da dieta sejam inevitáveis devido à resposta do paciente ao tratamento, outras podem ser evitadas com um planejamento adequado da equipe, como o tempo de jejum para exame e procedimentos e cirurgias (ANDRADE et al., 2023). O jejum, tanto quando é breve quanto prolongado, afeta diretamente a nutrição do paciente, sendo fundamental avaliar sua necessidade com cuidado, já que a falta de macro e micronutrientes pode prolongar a internação do paciente e retardar a recuperação do seu estado nutricional (DINIZ et al., 2024; LAMBELL, 2020; PREISER, 2021). Além disso, é fundamental evitar atrasos na retomada da infusão da dieta nos casos em que seja necessário interrompê-la para cuidados como banho, troca de curativos ou realização de exercícios com a equipe de fisioterapia para que o aporte calórico do paciente não seja comprometido (SILVA et al., 2021).

No estudo de Souza et al. (2018), observou-se que apesar de uma expressiva parcela de pacientes não terem sido acometidos por intercorrências mecânicas, a obstrução da sonda que pode ocorrer por falta de irrigação após administração de medicamentos, precipitação de dieta ou dobra da sonda, mostrou-se mais frequente

quando comparada à saída ou retirada forçada da mesma, ocorrendo em 11,5% dos casos. De acordo com Silva et al. (2021), em seu estudo com pacientes oncológicos de diferentes subtipos, sob nutrição enteral por no mínimo sete dias, as principais causas de interrupções encontradas foram: atrasos, devolução da dieta, obstrução da sonda, cirurgias e exames. A recusa do paciente, responsável por 25,8% dos casos, foi a intercorrência mais prevalente.

A excelência no atendimento ao paciente depende de vários fatores, sendo a comunicação interprofissional não verbal essencial para promover a integralidade do cuidado, reduzir eventos adversos e garantir a segurança do paciente (CONCEIÇÃO et al., 2023; FERREIRA et al., 2020). No que se refere ao registro do Nutricionista, é fundamental que a prescrição da dieta enteral esteja completa, incluindo volume, frequência e velocidade da infusão. Ferreira et al. (2020) ressaltam que os registros dos profissionais no prontuário são fundamentais, pois servem como comprovantes legais da assistência prestada e refletem a qualidade da atuação da equipe, além de possibilitar a identificação de pontos de melhoria no cuidado, prevenindo riscos ao paciente e prolongamento da internação.

No estudo de Alves et al. (2023b), 54,8% das interrupções da dieta foram causadas pela realização de exames, enquanto Gabrielli (2023), ao investigar a inadequação da terapia nutricional em 114 pacientes internados, encontrou 19,4% de interrupções pelo mesmo motivo, sendo ambos os estudos conduzidos com pacientes oncológicos. Em razão disso, a adoção de protocolos específicos para regulamentar os procedimentos hospitalares pode ajudar a minimizar essas intercorrências.

1.2. Disfunções gastrointestinais (DFGI): diarreia, constipação, distensão abdominal, vômitos e estase

A definição da fórmula enteral mais adequada para um paciente deve levar em conta suas necessidades nutricionais, a função do trato gastrointestinal (TGI) e seu estado clínico, considerando ainda fatores como densidade energética, osmolaridade e composição dos nutrientes (MAHAN, 2018). Santos (2016) e Costa (2014) apontam que a nutrição enteral em sistema aberto eleva o risco de contaminação por micro-organismos, podendo levar à distensão abdominal, vômito, diarreia e possíveis infecções graves como septicemia, bacteremia e pneumonia. Em contrapartida, dietas de sistema fechado têm menor risco de contaminação e validade de 48 horas,

com a recomendação de descartar o equipo a cada 24 horas. Em relação ao método de administração da dieta enteral, a infusão intermitente, considerada mais fisiológica, envolve interrupções programadas, geralmente à noite ou entre frascos, enquanto a infusão contínua proporciona um fluxo constante, lento e de menor volume, sendo melhor tolerada por pacientes com sinais de intolerância gastrointestinal.

Gabrielli (2023) em seu estudo com pacientes oncológicos, complicações gastrointestinais foram responsáveis por 16,0% das interrupções na infusão da dieta enteral. Segundo Souza (2018), a diarreia na nutrição enteral pode ser causada por fatores como fibras, gorduras, osmolaridade, temperatura, velocidade de infusão, contaminação e uso de antibióticos, levando a complicações graves, como desnutrição, perda de eletrólitos e desidratação, que aumentam o tempo de internação, morbimortalidade e custos hospitalares. Barros (2018) acrescenta que a diarreia não identificada pode piorar o estado clínico, prejudicando a absorção de nutrientes e a eficácia dos medicamentos. Entretanto, a condição pode ser controlada por meio de intervenções multidisciplinares, com aprimoramento no manejo através de protocolos padronizados e monitoramento rigoroso da função intestinal.

Por outro lado, a constipação é uma complicação gastrointestinal comum frequentemente associada ao uso de nutrição enteral, mas menos discutida que a diarreia. Ela pode causar distúrbios como atraso no trânsito intestinal, vômito, distensão abdominal, suboclusão, risco de perfuração intestinal, crescimento bacteriano e baixa tolerância à dieta. Além disso, a constipação pode ocorrer associada à gastroparesia e ileoparesia, prejudicando a recuperação do estado nutricional, e seu tratamento, geralmente com laxantes e enemas, ainda não possui um consenso definitivo (BATASSINI, 2017). No estudo de Araújo (2023), realizado com pacientes críticos internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) em uso de TNE, a constipação intestinal (definida como a ausência de evacuações por mais de três dias) foi mais predominante (47%) quando comparado à diarreia (12,1%).

Na pesquisa de Alves et al. (2023b), foi observada alta incidência de diarreia, constipação, resíduo gástrico e distensão abdominal, esta última presente em 22,6% dos indivíduos. E, embora mais da metade tenha recebido fibra na alimentação, importante para reduzir essas complicações, os casos de diarreia e constipação continuaram prevalentes, e ambas complicações podem interferir na absorção adequada de nutrientes, impactando no estado nutricional dos pacientes.

Sagica et al. (2024), em seu estudo com uma amostra composta por 40% de pacientes oncológicos de diferentes subtipos, as complicações gastrointestinais mais comuns foram náuseas, êmese e diarreia. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva, Carvalho e Barbosa (2021) com 67 pacientes críticos em uso de dieta enteral, no qual diarreia (38,8%) e êmese (40,3%) foram as complicações mais comuns. Em outra realizada em Bagé-RS, com um total de 25 pacientes em TNE, observou-se também a ocorrência de diarreia (23,1%), vômitos (53,8%) e náuseas (23,1%), enfatizando a importância de uma abordagem cuidadosa e vigilante no manejo dessas complicações (SCHIRMANN; SANTOS, 2018).

Ademais, em relação às náuseas e vômitos, no estudo de Souza et al. (2018), 29,2% dos pacientes apresentaram esses sintomas. Identificou-se que apenas os pacientes que manifestaram vômitos e diarreia não atingiram as calorias e proteínas prescritas. Dados semelhantes foram observados nas pesquisas de Alves et al. (2023b) e Sagica et al. (2024), nas quais 32,2% e 25,4% dos pacientes que utilizavam sonda nasoenteral apresentaram náuseas ou episódios de vômitos, respectivamente.

Volume Residual Gástrico (VRG) ou Estase consiste em um parâmetro importante no monitoramento diário de pacientes oncológicos em uso de dieta enteral, sendo utilizado para avaliar a adequação do suporte nutricional. Conceitua-se o VRG como um indicador que, ao ultrapassar 500 ml, exige a suspensão da infusão, pois volumes elevados podem sinalizar esvaziamento gástrico retardado, aumentando o risco de aspiração e pneumonia. Além disso, a acumulação de alimentos no estômago dificulta a tolerância à dieta. Em casos de VRG aumentado, a interrupção inadequada da nutrição leva a uma ingestão energética insuficiente e aumento da taxa de mortalidade (VIANA; AFONSO, 2017; MCCLAVE, 1992).

No estudo de Alves et al. (2023b), 25,8% dos pacientes avaliados apresentaram resíduo gástrico como motivo para a interrupção da dieta enteral. Enquanto, no estudo de Teixeira et al. (2021), que associa a nutrição enteral, antropometria e desfecho clínico em 44 pacientes oncológicos hospitalizados, apenas 4,5% dos pacientes apresentaram intolerância à progressão do volume da dieta enteral e produção excessiva de resíduo gástrico, indicando melhor tolerância à NE, na maioria dos casos.

1.3 Instabilidade hemodinâmica e uso de drogas vasopressoras

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) oferece suporte terapêutico a pacientes oncológicos em situações de maior risco e gravidade durante o tratamento ou em casos de complicações da patologia. Durante o tratamento de pacientes graves, alterações hemodinâmicas são comuns, e o uso de drogas vasopressoras ou vasoativas (DVAS), como a noradrenalina, é essencial para reestabelecer a oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos. A noradrenalina exerce efeito vasoconstritor, aumentando o débito cardíaco, a pressão arterial e o fluxo sanguíneo, melhorando a oxigenação dos tecidos musculares. Entretanto, a literatura relata que o uso de drogas vasoativas pode aumentar o risco de intolerância gastrointestinal, dentre outras complicações, interferindo na nutrição enteral de pacientes críticos (CUNHA et al., 2023).

Alves et al. (2023a) em seu estudo com 266 pacientes em terapia nutricional enteral em uma UTI, a interrupção da dieta ocorreu em 13,6% devido à instabilidade hemodinâmica e uso de drogas vasoativas. Já em outra pesquisa recente de Cunha et al. (2023), a suspensão da dieta por instabilidade hemodinâmica foi observada em 20,1% dos pacientes.

O uso de drogas vasoativas não contraindica a nutrição enteral, que pode ser iniciada assim que o choque for controlado, desde que a estabilidade hemodinâmica seja considerada e sinais de intolerância gastrointestinal, especialmente com o uso de noradrenalina, sejam monitorados. A diretriz da ASPEN (Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral) sugere a suspensão da NE quando a pressão arterial média for <50mmHg e quando os vasopressores estiverem aumentados. Nesta pesquisa foi observada também uma alta frequência de alterações gastrointestinais, relacionadas ao uso de noradrenalina, suspensão da dieta e não atingimento da meta proteica de 1,5 g/kg, prejudicando o quadro dos pacientes.

Resultados similares aos da revisão de Al-Diery et al. (2019) que associava o uso de vasopressores à redução do fluxo sanguíneo gastrointestinal devido à vasoconstrição, ressaltando que esse fator pode elevar o risco de isquemia mesentérica, necrose intestinal e, consequentemente, morte. Ohbe et al. (2020) observaram em seu estudo que a combinação de doses baixas de noradrenalina com nutrição enteral é mais segura e levou à redução da mortalidade em 28 dias de internação.

Além da instabilidade hemodinâmica, no estudo de Alves et al. (2023a) também houve uma associação significativa entre o uso de noradrenalina e êmese, encontrado em 41,9 % dos pacientes. Nesse sentido, estabelecer protocolos como o uso de medicamentos procinéticos, de fórmulas enterais semi-elementares e com menor osmolaridade, de acordo com Alves et al. (2023a), pode vir a auxiliar no manejo da terapia nutricional desses pacientes**.**

Categoria 2: Desafios enfrentados após a alta hospitalar

2.1 Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED)

A nutrição enteral, conforme definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), consiste em uma formulação de nutrientes, seja industrializada ou artesanal, destinada a suprir ou complementar a alimentação convencional. É recomendada quando a ingestão oral é inviável ou insuficiente, atendendo a menos de 60% das demandas nutricionais. Quando administrada em casa, sob condições hemodinâmicas e gastrointestinais favoráveis, recebe o nome de terapia nutricional enteral domiciliar (TNED). A terapia nutricional enteral domiciliar, muitas vezes necessária para o paciente oncológico, é essencial para manter ou recuperar o estado nutricional e promover a reintegração social e familiar (RDC Nº 503; WAITZBERG, 2017; VAN AANHOLT, 2018; MENEZES; FORTES, 2019).

Na TNED, é essencial que o cuidador ou preparador das dietas seja devidamente orientado, responsabilizado e treinado para assegurar a adesão às recomendações, a correta oferta de nutrientes, a minimização de riscos de contaminação e a prevenção de complicações na saúde do paciente. Entretanto, a administração da alimentação via sonda enfrenta desafios econômicos, sociais e de adaptação familiar, como a compreensão das orientações, a falta de padronização nas altas hospitalares e a insuficiência de instruções sobre o preparo e a administração da dieta. Muitos cuidadores enfrentam dificuldades com cuidados básicos, o que torna essencial um treinamento claro, simples e adequado ao nível de instrução, realizado por uma equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No estudo de Fernandes et al. (2024), cujo o objetivo foi avaliar a adesão à TNED em pacientes com câncer e identificar os fatores que a influenciam, observou-

se que 46,2% das pacientes do sexo feminino e 53,8% dos pacientes do sexo masculino não aderiram à terapia nutricional. Onde, 61,5% dos pacientes que não seguiram a TNED apresentaram perda de peso. Dentre os pacientes que não aderiram à terapia, 53,8% recebiam uma oferta proteica ≤1,1 g/kg peso/dia. Além disso, a maioria dos pacientes (73,7%) foi diagnosticada com tumores de cabeça e pescoço, e 46,1% apresentavam IMC abaixo do peso (46,1%).

Ademais, a administração prolongada de nutrição enteral frequentemente requer ostomias, como gastrostomia e jejunostomia, sendo que a gastrostomia é a via de acesso preferencial para pacientes que necessitam de terapia nutricional por mais de 4 semanas, conforme as diretrizes (MATSUBA, et al. 2021). Segundo Oliveira et al. (2021), do ponto de vista dos cuidadores, embora exijam cuidados específicos de higienização, as ostomias têm se mostrado benéficas.

2.2 Perfil sociodemográfico dos pacientes, renda e aquisição de insumos

No Brasil, o perfil dos pacientes em TNED é caracterizado principalmente por crianças com menos de dois anos e adultos com mais de 41 anos, com idades variando de 0 a 98 anos e uma média de 67,5 anos. As principais causas são doenças neurológicas, seguidas por neoplasias (Barboza, Souza e Pitombeira, 2021). E, os estudos apontam que a maioria dos pacientes atendidos pela TNED pertence a camadas economicamente menos favorecidas.

O estudo de Moraes et al. (2021), conduzido com 22 participantes, dos quais 13,6% apresentavam diagnóstico de neoplasia, teve como objetivo avaliar o perfil nutricional, socioeconômico e demográfico de pacientes em TNED no município de Varginha-MG, revelou que 50% pertenciam às classes C e D e 16,6% viviam em instituições sustentadas por doações e assistência municipal. A maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tem inserção social precária, com baixa renda e escolaridade. Além disso, enfrentam condições higiênico-sanitárias inadequadas, o que torna o preparo e a administração da dieta enteral ainda mais desafiadores (RIBEIRO, 2006).

O estudo de Costa et al. (2021) que descreveu perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço da região Sudeste do Brasil, composto por uma amostra de 17 indivíduos, relataram que a idade média era de 49,5 anos, sendo 14 homens (82,35%), onde 08 deles recebiam até um salário mínimo e 09

possuíam escolaridade até o ensino fundamental. Ademais, 12 eram ex-tabagistas e 10 ex-etilistas. Ainda, os pacientes que apresentaram diagnóstico avançado da doença (estágio IV) eram homens com menor nível de escolaridade e consumidores de álcool. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa Macedo et al. (2024) com pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital público de Minas Gerais, que analisou 726 prontuários eletrônicos e revelou predominância do sexo masculino (72,7%), idade acima de 60 anos (56,5%) e alto histórico de consumo de tabaco (67,5%), álcool (55,3%) e uso concomitante (50,6%).

No estudo de Souza e Neumann (2022), realizado com 98 pacientes em uso de dieta enteral em Teófilo Otoni – MG, observou-se que o câncer foi a principal causa para o uso de sonda enteral, com 33,67%, seguido de desnutrição (32,62%) e AVE (29,59%). O Alzheimer apresentou 7,81%. De forma similar, o estudo de Villar-Taibo et al. (2018) mostrou que doenças neurológicas e câncer foram responsáveis por metade das indicações para dieta enteral.

Com base nas necessidades relatadas pelos cuidadores durante os encontros multiprofissionais, Afonso et al. (2021) propuseram a criação e validação de uma cartilha educativa multiprofissional para orientar os cuidadores de pacientes em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Esse material visa padronizar os cuidados, facilitar o acesso à informação e beneficiar usuários de diferentes níveis socioeconômicos e culturais, contribuindo para políticas pública.

2.3 Tipos de dieta

As dietas enterais, classificadas como industrializadas ou artesanais, possuem suas particularidades. As industrializadas garantem composição nutricional padronizada, osmolaridade controlada e maior segurança microbiológica, mas seu alto custo pode limitar o uso por pessoas de baixa renda, resultando em menor volume ou frequência. Em contrapartida, as fórmulas artesanais proporcionam um cuidado mais afetivo, com alimentos do dia a dia da família, que trazem mais conforto e estreitam o laço entre paciente e cuidador. No entanto, embora tenham custo mais baixo, em média, 30% do valor das industrializadas, essas não garantem padronização em calorias e nutrientes devido à variação nos ingredientes, além de possuírem um menor controle microbiológico (VIEIRA et al., 2023).

Alguns estudos têm analisado se as dietas artesanais são nutricionalmente completas para atender às necessidades de pacientes enteral (TNE) domiciliar (DETREGIACHI et al., 2020). A exemplo, Jansen et al. (2014) analisaram a composição de macronutrientes e minerais em dietas enterais semiartesanais prescritas na alta hospitalar e acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família em uma capital do Sudeste Brasileiro. Os resultados indicaram deficiências em fibra, potássio, magnésio, fósforo, cobre, manganês e selênio. Em estudo posterior, Jansen et al. (2017) também identificaram deficiências nas vitaminas E, D e B6.

Bento, Diez Garcia e Jordão Júnior (2017) propuseram uma dieta enteral artesanal e avaliaram sua composição, a fórmula forneceu quantidades adequadas de proteínas, lipídios, vitamina C, ferro e zinco. No entanto, os níveis de carboidratos, fibras, magnésio e cálcio estavam abaixo dos valores recomendados. Além disso, observaram altos níveis de contaminação não apenas nas dietas artesanais, mas também nas industrializadas. De forma similar, Aanholt et al. (2021) avaliaram a qualidade da alimentação enteral no contexto domiciliar e constataram que as dietas artesanais, além de terem baixa concentração de nutrientes, apresentaram menor conformidade com os critérios microbiológicos, o que pode gerar custos de saúde mais elevados em comparação às dietas industrializadas.

Na pesquisa de Moraes et al. (2021) observou-se que 90,9% dos pacientes utilizavam dieta industrializada e nenhum usava exclusivamente dieta artesanal. Já os estudos de Franca (2018) demonstraram que 53,3% dos pacientes usavam exclusivamente dieta artesanal, e 20% adotavam a dieta mista, combinando dietas industrializadas e caseiras.

2.4 Manejo da sonda e administração da dieta em domicílio

A adesão à terapia nutricional requer suporte familiar, treinamento e assistência do cuidador (COPPINI; WAITZBERG, 2014). Contudo, dificuldades no manejo da sonda enteral em casa podem gerar complicações e incidentes como: obstipação intestinal, diarreia, náuseas, vômitos, dor no estômago, inchaço, infecções. Além disso, complicações sépticas, pneumonia por aspiração, hiperglicemia ou hipoglicemia também são intercorrências comuns, além de obstrução e extubação acidentais da sonda (ALMEIDA et al., 2020; KALITA et al., 2014).

De acordo com Silva (2021), as complicações gastrointestinais podem estar ligadas à tolerância da fórmula e à velocidade da infusão. Ademais, Wada (2023) ressalta a importância de posicionar adequadamente o paciente em um ângulo de 90º durante a administração da dieta para prevenir os efeitos adversos. Já os pacientes com ostomias podem estar mais suscetíveis a infecções relacionadas ao preparo inadequado da dieta.

Na pesquisa de Moraes et al. (2021), a diarreia foi a complicação mais comum relacionada a TNED, também identificada em 42% dos pacientes na pesquisa de Silva e Silveira (2014). Embora o uso de medicamentos, incluindo antibióticos, não tenha sido informado, todos os pacientes estavam em uso de medicação. Além da velocidade e temperatura de infusão, a contaminação microbiológica das fórmulas também pode ter contribuído para o problema (MORAES et al., 2021).

Segundo o estudo de Silva (2020), embora a maioria dos cuidadores não informarem obstáculos com os cuidados relacionados à TNE, uma parcela não se sente segura com as orientações recebidas durante a internação e durante a alta hospitalar. Ainda, alguns pacientes enfrentaram problemas com a SNE, principalmente tracionamento e entupimento, necessitando procurar serviços de saúde para a reinserção da sonda (COPPINI; WAITZBERG, 2014).

Para ilustrar o impacto da desinformação sobre o autocuidado, o estudo de Toles et al. (2014) revelou que um em cada cinco pacientes precisa de cuidados médicos agudos no prazo de trinta dias. Sarjeant e Tighe (2021) destacam a importância de um curso de aprimoramento padronizado baseado nas "boas práticas", como ferramenta para desenvolver competências de alta qualidade, garantindo que o treinamento seja adequado à nutrição dos pacientes.

2.5 Fornecimento da fórmula nutricional pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

A falta de recursos financeiros e o apoio limitado do Estado dificultam o acesso às fórmulas industrializadas para TNE domiciliar. Apesar dos benefícios dessas dietas, como a ausência de manipulação secundária, elas são de difícil custeio para o SUS, uma vez que não há um financiamento específico. A dieta artesanal é frequentemente utilizada devido à dificuldade financeira dos pacientes para adquirir as dietas industrializadas (MORAES et al., 2021).

A Constituição da República Federativa do Brasil garante o direito à alimentação adequada, incluindo a Terapia Nutricional Domiciliar (TND) para quem

necessita (BRASIL, 2016; RUBIA et al., 2020). No entanto, muitas famílias enfrentam vulnerabilidade econômica, sanitária e social, o que limita o acesso às dietas industrializadas e insumos para dietas caseiras (MEZZOMO et al., 2021). No Brasil, o programa "Melhor em Casa", criado em 2011, atende usuários do SUS, oferecendo condições apropriadas para o cuidado nutricional domiciliar, promovendo segurança para famílias carentes e reduzindo os custos hospitalares (RUBIA et al., 2020).

Na alta hospitalar, os cuidadores recebem orientações sobre medicamentos, curativos, consultas de retorno, burocracias, além do preparo e administração da dieta enteral artesanal, com informações sobre a aquisição de insumos, além disso, existe a possibilidade de doação de cesta básica por alguns municípios, provenientes de órgãos sociais, enquanto aguardam a resposta do Estado (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020). Diante desse cenário, Silva (2021) criou o "Projeto 1ª Sonda", que propõem o fornecimento de dieta enteral industrializada nos primeiros 5 dias após a alta hospitalar, permitindo à equipe de atenção básica orientar sobre a transição para a dieta artesanal e proporcionando tranquilidade à família, com o objetivo de reduzir reinternações.

O fornecimento de recursos para a terapia nutricional enteral é uma responsabilidade do Estado, condicionado à apresentação de uma solicitação formal acompanhada dos laudos médico e do nutricionista. Os equipos e seringas, por sua vez, são atribuídos aos municípios (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020). O processo de aquisição da fórmula nutricional industrializada é lento e burocrático, o que leva ao uso de dietas caseiras e à reutilização de materiais descartáveis, aumentando o risco de contaminação, obstrução da sonda e desnutrição nos pacientes (SILVA, 2020).

2.6 Acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar

O momento da alta do paciente desperta alívio, mas também traz apreensão e ansiedade. É essencial assimilar as inúmeras orientações recebidas e adaptar-se à nova rotina de cuidados, enfrentando ainda o temor de possíveis complicações que possam levar a uma readmissão hospitalar (KLEK, 2015). Sendo assim, os pacientes oncológicos em uso de TNED precisam de acompanhamento multidisciplinar, incluindo o apoio de um nutricionista, para fornecer orientações adequadas, avaliar o estado nutricional, planejar e garantir a ingestão calórica e proteica adequadas, com o intuito de prevenir carências nutricionais e a perda ponderal (FERNANDES, 2024).

A Nutrição Enteral (NE) pode ser realizada em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a criação e implementação de protocolos e ferramentas de comunicação entre profissionais da Atenção Básica (AB) e da Atenção Especializada (AE) são fundamentais para otimizar o cuidado nutricional, garantir a continuidade do atendimento e reduzir complicações relacionadas a TNED (THIEME et al., 2014; BRASIL, 2015). De acordo com Pedraza e Santos (2017), há uma escassez de nutricionistas na Atenção Primária à Saúde (APS), em parte devido ao fato de que esse profissional não integra a equipe básica da Estratégia Saúde da Família (ESF), estando presente em apenas 17,5% das equipes no Brasil. Além disso, apenas 21,8% das equipes contam com o apoio desse profissional por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Embora a presença do nutricionista seja restrita, reconhece-se a importância de sua atuação nas políticas públicas, no desenvolvimento de protocolos e na promoção da saúde, apesar de na maioria das vezes disponibilizarem condições de trabalho inadequadas (PEDRAZA; SANTOS, 2017). Mooi e Ncama (2020) ressaltam que, após a alta, pacientes e cuidadores não recebem suporte suficiente para o acompanhamento da terapia nutricional enteral, apesar da necessidade existente. O estudo de Führ (2018) analisou a TNED em Foz do Iguaçu-PR de 12 pacientes após a alta hospitalar, com a participação de seus cuidadores, mostrando que pacientes sem acompanhamento tiveram mais complicações e óbitos, enquanto cuidadores sem suporte adequado no momento da alta hospitalar apresentaram insegurança no manejo da dieta enteral.

Segundo Silva (2021), readmissões precoces por complicações da TNE ocorrem em 26% dos pacientes com TNED, com ¼ evoluindo a óbito, devido a falhas no preparo inadequado da dieta, oferta insuficiente de líquidos, jejum desnecessário e oferta de alimentos por via oral, provocando desidratação, desnutrição e pneumonia, respectivamente. A literatura nacional sobre TNED é limitada, sem dados suficientes para comparar as características dos pacientes atendidos pelo SUS. Não são muitos os estudos brasileiros que descrevem aspectos como tempo de uso, intercorrências, dificuldades com a sonda e preparo da dieta, dificultando o conhecimento detalhado sobre a realidade do país e os resultados dessa terapia. Além de muito utilizada, a TNE quando corretamente aplicada, proporciona inúmeros benefícios, como a redução da desnutrição e, consequentemente, das taxas de mortalidade (SILVA, 2014; FRANCA 2018). Ademais, outro ponto importante a ser

destacado, é que na TNED, existe a oportunidade do paciente se recuperar em seu ambiente familiar, sentindo-se acolhido e próximo dos seus entes queridos (DAY, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da revisão de literatura, o suporte nutricional adequado desempenha um papel fundamental no cuidado de pacientes oncológicos, visto que a presença do câncer altera, indubitavelmente, todos os aspectos da vida do indivíduo. A terapia nutricional vai além do cálculo das necessidades energéticas, é essencial garantir a administração eficaz da dieta, pois intercorrências como problemas com a sonda, atrasos, recusa da dieta, jejum para exames e disfunções gastrointestinais podem comprometer o aporte nutricional e prejudicar o tratamento. Além disso, após a alta hospitalar, surgem desafios relacionados ao manejo da sonda, administração da dieta em domicílio, aquisição de insumos e aos entraves administrativos no fornecimento da fórmula pelo SUS, o que também compromete a ingestão calórica adequada e pode afetar negativamente no estado nutricional dos pacientes.

As principais limitações da pesquisa e dificuldades encontradas incluem o fato de que nem todos os artigos que analisam os desafios de nutrir o paciente com dieta enteral são específicos para pacientes oncológicos. Alguns estudos sugerem a existência de divergências entre o volume prescrito e o volume infundido de dieta enteral, mas, ao analisar os prontuários, essas intercorrências muitas vezes não estão devidamente registradas. No que diz respeito à terapia nutricional enteral domiciliar (TNED), ainda há uma escassez de estudos sobre sua aplicação independentemente da patologia, e muitos dos estudos disponíveis são antigos. Além disso, a falta de acompanhamento ambulatorial regular dos pacientes com o Nutricionista após a alta hospitalar, dificultou a discussão devido à ausência de dados consistentes.

Nesse contexto, sugere-se a realização de novos estudos e pesquisas de campo que busquem alternativas sustentáveis para o fornecimento contínuo de dieta enteral durante a internação e que avaliem a eficácia das políticas públicas no aprimoramento do cuidado nutricional para pacientes oncológicos no pós-alta.

REFERÊNCIAS

AANHOLT, Denise Philomene Joseph van et al. Terapia Nutricional Domiciliar. **Proj Diretrizes**. p. 1–17, 2011.

AANHOLT, Denise Philomene Joseph van et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional domiciliar. **BRASPEN J**, v. 33, n. Supl 1, p. 37-46, 2018.

AANHOLT, Denise Philomene Joseph van et al. Inquérito brasileiro sobre terapia de nutrição domiciliar: panorama atual. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 127-138, 2021.

AFONSO, Cláudia; BALINHA, João; VIANA, Judite. Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. **Associação Portuguesa de Nutrição**, v 10, p. 38-42, 2017.

AFONSO, Maria Gabriela et al. Construção e validação de cartilha educativa multiprofissional para cuidadores de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, p. e20200158, 2021.

ALMEIDA, Jordana Moreira et al. Cuidados no manejo da nutrição enteral em pessoas adultas e idosas no domicílio: revisão integrativa/Cares in management of enteral nutrition in adults and elderly people at home: integrative review. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020.

ALVES, Thiago Laranjeira et al. Alterações metabólicas e sintomas gastrointestinais em pacientes em terapia nutricional em uma unidade de terapia intensiva de um hospital da rede privada da cidade de Lauro de Freitas-BA. **BRASPEN Journal**, v. 33, n. 4, p. 384-390, 2023b.

ALVES, Thyra Pimentel et al. Avaliação da qualidade da terapia nutricional enteral ofertada ao paciente oncológico hospitalizado. **BRASPEN Journal**, v. 34, n. 3, p. 239-244, 2023a.

AMARAL, Pâmella Polastry Braga et al. Fatores associados a desnutrição em pacientes oncológicos e alternativas de vias nutricionais: revisão integrativa. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, p. 11-11, 2024.

ANDRADE, Maria do Carmo Viana et al. Monitoramento da terapia nutricional enteral ofertada para pacientes em cuidados intensivos. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 16, n. 8, p. 8884-8896, 2023.

ANZILIERO, Franciele; BEGHETTO, Mariur Gomes. Incidence and risk factors for nasoenteral tube-related mechanical complications in a double cohort. **Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral**, v. 39, n. 3, p. 499-505, 2022.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n 503, de 27 de maio de 2021.

ARAÚJO, Camila Melo et al. Associação entre dieta enteral prescrita versus infundida e desfecho clínico em idosos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Research, Society and Development, v. 10, n. 5, p. e14610514594-e14610514594, 2021.

ARAÚJO, Camila Melo et al. Associação entre frequência de constipação e desfecho clínico em paciente crítico. **BRASPEN Journal**, v. 34, n. 4, p. 374-378, 2023.

ARENDS, Jann et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical nutrition**, v. 36, n. 5, p. 1187-1196, 2017.

AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (ASPEN). Why nutrition is important: Adult patient with cancer. **Aspen**, 2020.

AL-DIERY, Hussam et al. The pathogenesis of nonocclusive mesenteric ischemia: implications for research and clinical practice. **Journal of intensive care medicine**, v. 34, n. 10, p. 771-781, 2019.

ANZILIERO, Franciele; BEGHETTO, Mariur Gomes. Incidence and risk factors for nasoenteral tube-related mechanical complications in a double cohort. **Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral**, v. 39, n. 3, p. 499-505, 2022.

ARENDS, Jann et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical nutrition**, v. 36, n. 5, p. 1187-1196, 2017.

BARBOSA, L. B.; FORTES, Renata Costa; TOSCANO, B. A. Impacto de fórmulas enterais imunomoduladoras em pacientes com câncer do trato gastrointestinal enteral: uma revisão da literatura. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 1, p. 49-54, 2017.

BARBOSA, Débora Lima et al. Interações fármaco-nutrição enteral em unidade de terapia intensiva: determinação de prevalência e significância clínica. **Braspen J**, p. 49-53, 2018.

BARBOZA, Carolina Drummond; DE SOUZA, Ismael Paula; PITOMBEIRA, Mardênia Gomes Vasconcelos. Atuação do agente comunitário de saúde junto aos pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e72101421730-e72101421730, 2021.

BARROS, Josiane Rodrigues et al. Fatores associados à diarreia em uma unidade de terapia intensiva: estudo de coorte. **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v. 38, n. 2, p. 122-127, 2018.

BARROS, Mayara Gabriela Souto et al. Aplicabilidade e comparação de métodos de triagem nutricional em pacientes oncológicos. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 43, n. 3, 2023.

BATASSINI, Érica. Incidência e fatores associados à constipação: coorte prospectiva de pacientes adultos críticos, 2017.

BENTO, Ana Paula Lança; GARCIA, Rosa Wanda Diez; JORDÃO JÚNIOR, Alceu Afonso. Dieta enteral manipulada com alimentos com qualidade nutricional e baixo custo. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 4, p. 525-534, 2017.

BISCHOFF, Stephan C. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical nutrition**, v. 39, n. 1, p. 5-22, 2020.

BRASIL, Cuidados em terapia nutricional. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 496, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RCD N° 63, de 6 de julho de 2000: Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: Diário Oficial da União; p. 1-39, 2000.

CACCIALANZA, Riccardo et al. Nutritional Support in Cancer patients: update of the Italian Intersociety Working Group practical recommendations. **Journal of Cancer**, v. 13, n. 9, p. 2705, 2022.

CASTRO, Melina Gouveia et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave. **BRASPEN Journal**, v. 38, n. 2, Supl 2, p. 0-0, 2023.

CEDERHOLM, Tommy et al. Diagnostic criteria for malnutrition–an ESPEN consensus statement. **Clinical nutrition**, v. 34, n. 3, p. 335-340, 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 453/2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. 2014.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. 2019.

CONCEIÇÃO, Crislen de Melo et al. Registros de enfermería respecto a la inserción de sondas nasogástricas y nasoenterales: no conformidades y subregistros. **Enferm Foco**, v. 14, p.1-7, 2023.

CORREIA, Maria Isabel TD; PERMAN, Mario Ignacio; WAITZBERG, Dan Linetzky. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. **Clinical nutrition**, v. 36, n. 4, p. 958-967, 2017.

COPPINI, LZ; WAITZBERG, DL. Complicações em nutrição enteral. In: WAITZBERG, DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2014.

COSTA, Maria Fernandes. Nutrição enteral: sistema aberto ou sistema fechado? Uma comparação de custo-benefício. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 29, n. 1, p. 14-9, 2014.

COSTA, F. C. et al. Perfil sóciodemográfico do paciente com câncer de cabeça e pescoço da região Sudeste do Brasil e sintomas associados. **Anais**, 2021.

CRESTANI, Mariana S.; GRASSI, Thaiciane; STEEMBURGO, Thais. Methods of nutritional assessment and functional capacity in the identification of unfavorable

clinical outcomes in hospitalized patients with cancer: a systematic review. **Nutrition Reviews**, v. 80, n. 4, p. 786-811, 2022.

CUNHA, Sofia Souza et al. Noradrenalina e ocorrência de distúrbios gastrointestinais em pacientes críticos. **BRASPEN Journal**, v. 38, n. 1, p. 0-0, 2023.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

DAY, Teresa. Home enteral feeding and its impact on quality of life. **British journal of community nursing**, v. 22, n. Sup7, p. S14-S16, 2017.

DETREGIACHI, Cláudia Rucco Penteado et al. nutrição enteral artesanal: composição nutricional, qualidade microbiológica, estabilidade, administração e custo1. Temas em Saúde, v. 20, n. 2, p. 115-139, 2020.

DINIZ, Aline Oliveira et al. Intervenção educativa com profissionais de enfermagem reduz interrupção do suporte nutricional enteral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20240132, 2024.

DUARTE, Agnis et al. Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação. **Nutr Clín Hosp**, v. 36, n. 3, p. 146-152, 2016.

EXPÓSITO, María-Rosa Alhambra et al. Early nutrition support therapy in patients with head-neck cancer. **Nutricion hospitalaria**, v. 35, n. 3, p. 505-510, 2018.

FALCIROLI, Isa Milene Vansan. Análise da assistência multidisciplinar ao paciente em uso da terapia nutricional enteral na unidade de terapia intensiva adulto: estudo retrospectivo, 2024.

FERNANDES, Natália Alcântara et al. Avaliação da adesão de pacientes com câncer a terapia nutricional enteral domiciliar. **BRASPEN Journal**, v. 38, n. 4, p. 0-0, 2024.

FERREIRA, Larissa de Lima et al. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180542, 2020.

FRANCA, Sarah Cândido et al. Orientação multiprofissional e visita domiciliar no cuidado de pacientes com dieta enteral domiciliar, 2018.

FREITAS, Christian Barbosa et al. Prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e192943019-e192943019, 2020.

FÜHR, Aline Luiza. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira, 2018.

GABRIELLI, Carolina Pagnoncelli. Inadequação da terapia nutricional enteral no paciente oncológico hospitalizado e seu impacto em desfechos clinicos desfavoráveis, 2023.

GUILHERME, Larissa Gens et al. Terapia Nutricional em pacientes oncológicos: Realidade de um hospital de referência em Pernambuco. **Nutr. clín. diet. Hosp**, v. 40, n. 1, p. 33-39, 2020.

HU-UFSCAR, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. **Manual de Boas Práticas de Terapia Nutricional Enteral.** 4ª versão, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). (INCA). Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, p.1-146, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). (INCA). Dieta, nutrição, atividade física e câncer: Uma perspectiva global: Um Resumo do Terceiro Relatório de Especialistas com uma Perspectiva Brasileira, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa | 2023 Incidência de Câncer no Brasil. RJ, 2022.

JANSEN, Ann Kristine et al. Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 249-267, 2014.

JANSEN, Ann Kristine et al. Desenvolvimento de dietas enterais semiartesanais para idosos em atenção domiciliar e análise da composição de macro e micronutrientes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 387-397, 2017.

KADUKA, L. U. et al. Malnutrition and cachexia among cancer out-patients in Nairobi, Kenya. **Journal of nutritional science**, v. 6, p. e63, 2017.

KALITA, Monika et al. Food, mechanic and septic complications in patients enterally nutritioned in home conditions. **Polish Journal of Surgery**, v. 86, n. 10, p. 466-472, 2015.

KIR, Serkan et al. Tumour-derived PTH-related protein triggers adipose tissue browning and cancer cachexia. **Nature**, v. 513, n. 7516, p. 100-104, 2014.

KLEK, Stanislaw et al. The evolution of home enteral nutrition (HEN) in Poland during five years after implementation: a multicentre stud. **Nutricion hospitalaria**, v. 32, n. 1, p. 196-201, 2015.

LAMBELL, Kate J. et al. Nutrition therapy in critical illness: a review of the literature for clinicians. **Critical Care**, v. 24, p. 1-11, 2020.

LIM, Mei Ling et al. Caring for patients on home enteral nutrition: Reported complications by home carers and perspectives of community nurses. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 13-14, p. 2825-2835, 2018.

LIMA, Janaina da Silva; PONTES, Daniela Lemos; DE MIRANDA, Tayana Vago. Avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer em um hospital da cidade de Belém/Pará. **Braspen Journal**, v. 33, n. 2, p. 166-170, 2023.

LOBATO, Talita Ariane Amaro; GARLA, Priscila Casarin. Monitoramento da terapia nutricional enteral em doentes críticos no Brasil: uma revisão. **BRASPEN Journal**, v. 35, n. 2, p. 166-170, 2023.

MACEDO, Dhiancarlo Rocha et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço de um hospital público de referência do Estado de Minas Gerais e suas implicações clínicas e sociais. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 3, p. e5506-e5506, 2024.

MAGALHÃES, Eloá Siqueira; OLIVEIRA, Aline Estevanato Marques de; CUNHA, Natália Baraldi. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Arquivos de ciências da saúde**, v. 25, n. 3, p. 4-9, 2018.

MAHAN, Kathleen L.; RAYMOND, Janice L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MATSUBA, C. S. T. et al. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. **Suplemento Diretrizes**, v. 36, n. Supl. 3, p.2-62, set., 2021.

MATYS, Laryssa Mendes; SALOMON, Ana Lúcia Ribeiro. A importância do nutricionista no tratamento e qualidade de vida de pacientes oncológicos.Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), 2019.

MAURINA, Ana Luísa Zanella; DELL'OSBEL, Rafaela Santi; ZANOTTI, Joana. Avaliação nutricional e funcional em oncologia e desfecho clínico em pacientes da cidade de Caxias do Sul/RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, 2020.

MCCLAVE, Stephen A. et al. Use of residual volume as a marker for enteral feeding intolerance: prospective blinded comparison with physical examination and radiographic findings. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 16, n. 2, p. 99-105, 1992.

MCCUNE, Jeannine S. Rapid advances in immunotherapy to treat cancer. Clinical Pharmacology & Therapeutics, n. 4, v. 103, p. 531-544, 2018.

MENEZES, Caroline Soares; FORTES, Renata Costa. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3198, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

MORAES, Yasmim Prado et al. Perfil nutricional de usuários de terapia nutricional enteral domiciliar. **HU Revista**, v. 47, p. 1-9, 2021.

MOTTA, Ana Paula Gobbo et al. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3400, 2021.

MOOI, Nomaxabiso Mildred; NCAMA, Busisiwe Purity. Perceived needs of patients and family caregivers regarding home-based enteral nutritional therapy in South Africa: A qualitative study. **PloS one**, v. 15, n. 2, p. e0228924, 2020.

MOU, Jingjing et al. Experiences and needs of home caregivers for enteral nutrition: A systematic review of qualitative research. **Nursing open**, v. 9, n. 1, p. 11-21, 2022.

MUSCARITOLI, Maurizio et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 5, p. 2898-2913, 2021.

NAVES, Larissa Kozloff; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0175, 2018.

OHBE, Hiroyuki et al. Differences in effect of early enteral nutrition on mortality among ventilated adults with shock requiring low-, medium-, and high-dose noradrenaline: a propensity-matched analysis. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 2, p. 460-467, 2020.

OLIVEIRA, F. P. et al. Perfil nutricional de pacientes com CA de cavidade oral. **Nutricional E. Ambulatoriais P.**,v. 61, n. 3, p. 253-259, 2015.

OLIVEIRA, João Paulo Lima de et al. Aspectos clínicos de pacientes infanto-juvenis em terapia nutricional enteral domiciliar: uma revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310216, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

PADILLA, Dayana Isabel Méndez; DA CUNHA, Selma Freire Carvalho; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Predomínio de Mulheres Cuidadoras de Idosos Sob Nutrição Enteral Domiciliar: Qualidade de Vida e Percepção Do Cuidado. **Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 3980-3998, 2024.

PREISER, Jean-Charles et al. A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 424, 2021.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 1011-1022, 2006.

RUIZ, Alvaro J. et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 3, p. 1310-1316, 2019.

RYAN, Aoife M. et al. Effects of weight loss and sarcopenia on response to chemotherapy, quality of life, and survival. **Nutrition**, v. 67, p. 110539, 2019.

PAZ, Ábner Souza et al. Ângulo de fase como marcador prognóstico para o óbito e desnutrição em gastrectomias por câncer gástrico no Amazonas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7603-7613, 2020.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Ina da Silva. Perfil e desempenho dos nutricionistas na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 6, p. 835-845, 2017.

PEREIRA, Pâmella Lêdo; NUNES, Ana Léia Santos; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel. Qualidade de vida e consumo alimentar de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 3, p. 243-251, 2015.

PEREIRA, Isabela de Moraes; PARDIM, Isabella da Silva; GENARO, Sandra. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. In: **Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436**, p. 26-36, 2020.

SAGICA, Taís dos Passos et al. Eventos adversos mecânicos e complicações gastrointestinais associados ao uso de cateteres nasogástricos e nasoenterais durante a internação hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 26, p. 75096-75096, 2024.

SANTANA, Mariana de Melo Alves et al. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. **Revista de Nutrição**, v. 29, p. 645-654, 2016.

SANTOS, Semiramis Silva. Descrição da qualidade microbiológica das fórmulas enterais e da água de um hospital particular de Fortaleza–Ceará. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 7, n. 2, p. 38-42, 2016.

SANTOS, Rita de Cássia Costa. Aplicação da ASG–PPP no paciente oncológico durante tratamento em uma clínica particular em Salvador–BA. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10756-10774, 2020.

SANTOS, Marceli de Oliveira et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE. Secretaria de Estado de Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde**, v. 2015, p. 2014, 2020.

SCHIRMANN, Gabriela da Silva; SANTOS, Otavio. Adequação calórico-proteica e complicações gastrointestinais de pacientes em uso de terapia nutricional enteral (tne). **Revista congrega-mostra de trabalhos de conclusão de curso-issn 2595-3605**, n. 2, p. 115-128, 2018.

SILVA, Ana Claúdia; SILVEIRA, Simonton de Andrade. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 9, n. 3, p. 783-794, 2014.

SILVA, Denise Peixoto; CARVALHO, Nágila Araújo; BARBOSA, Larissa Silva. Adequação da terapia nutricional enteral, complicações gastrointestinais e intercorrências em pacientes críticos. **Revista Da Associação Brasileira De Nutrição-RASBRAN**, v. 12, n. 1, p. 104-115, 2021.

SILVA, Mikelly Joanny et al. Infusão Calórica e Proteica versus Prescrição Dietética na Terapia Nutricional Enteral do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021.

SILVA, Raquel Dalla Lana. Transição do cuidado do hospital para o domicílio em uma coorte de adultos usuários de terapia nutricional enteral, 2020.

SILVA, Tabata Marinda. Avaliação do impacto da mudança do modo de realizar a transição hospital-domicílio em pacientes com terapia nutricional enteral (Projeto 1ª Sonda), 2021.

Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO). I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica: organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. Rio de Janeiro: Edite, 164 p, 2021.

SOUZA, Iury Antônio et al. Nutrição enteral em pacientes oncológicos: diferenças entre o que é prescrito e administrado. **Nutr. clín. diet. hosp**, v. 38, n. 2, p. 31-38, 2018.

SOUZA, Angelina Bibiana Moreira; NEUMANN, Karine Rodrigues Silva. Perfil de paciente em uso de dieta enteral assistidos pela comissão de farmácia e terapêutica do município de Teófilo Otoni-MG. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 7, n. 1, 2022.

TEIXEIRA, Camilla Mércia Silva et al. Associação entre nutrição enteral, antropometria e desfecho clínico em pacientes oncológicos hospitalizados Association between enteral nutrition, anthropometry and clinical outcome in hospitalized cancer patients. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 84885-84899, 2021.

THIEME, Rubia Daniela et al. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 9, p. 269-286, 2014.

THIEME, Rubia Daniela; SCHIEFERDECKER, Maria Eliana Madalozzo; DITTERICH, Rafael Gomes. Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 06, p. e200157, 2020.

TOLES, M. et al. Restarting the Cycle: incidence and predictors of first acute care use after nursing home discharge. : Incidence and Predictors of First Acute Care Use After Nursing Home Discharge. Journal Of The American Geriatrics Society, [s.l.], v. 62, n. 1, p. 79-85, jan. 2014.

TORRES, Tamires Alves; SALOMON, Ana Lúcia Ribeiro. Estado nutricional e consumo alimentar de pacientes em tratamento de câncer. **BRASPEN Journal**, v. 34, n. 4, p. 384-390, 2023.

TRUJILLO, Elaine B. et al. Closing the gap in nutrition care at outpatient cancer centers: ongoing initiatives of the oncology nutrition dietetic practice group, 2018.

VIEIRA, Dayara Cristina Amaro et al. Proposta de formulação artesanal de dieta enteral com 1800 kcal, de baixo custo, baseada em alimentos usuais da população brasileira. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 1, p. 60-64, 2023.

VILLAR-TAIBO, Rocío et al. Epidemiologia da nutrição enteral domiciliar: uma aproximação à realidade. **Nutr.Hosp**., Madrid, v. 35, n.3, pág.511-518, 2018.

WADA, Beatriz Fernandes. Paciente em terapia nutricional enteral domiciliar: vídeo educativo sobre os cuidados e manutenção com a sonda enteral, 2023.

WAITZBERG, Dan Linetzky. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. In: **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. p. 1858-1858, 2017.

WALCZEWSKI, Mayra da Rosa Martins et al. Fatores que impedem a adequação da oferta nutricional enteral em pacientes críticos. **Braspen Journal**, v. 34, n. 4, p. 329-335, 2023.

WANG, H.-Y. et al. Application of point-of-care ultrasound in patients receiving enteral nutrition. **European Review for Medical & Pharmacological Sciences**, v. 26, n. 11, 2022.

WEISSHEIMER, Angela; RECH, Cinthya Raquel Alba. O papel da terapia nutricional nos tumores de cabeça e pescoço. **Nutrivisa-Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 80-86, 2017.

YANG, Ru-Yung et al. Association between dysphagia and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Nutrients**, v. 14, n. 9, p. 1812, 2022.

Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional do eixo de Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – ES; E-mail: alianesilva.nutri@gmail.com

Orientador: Enfermeiro Me. Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – ES; gustavo.zigoni@gmail.com

Coorientadora: Nutricionista Lara Fernandes Coelho, Nutricionista Especializada em Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, larafernandes.c@hotmail.com