

**Programa de Certificação de Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente
Oncológico pela SBNO para Unidades de Saúde**

1ª Edição

Documento válido a partir de abril de 2017



Sumário

Prefácio

Introdução

Objetivo geral

Instrumentos de Certificação e Checklist de avaliação

Descrição das Áreas-foco do Instrumento de Avaliação e Certificação

Processo de Avaliação

Assistência nutricional ao paciente oncológico cirúrgico adulto(1)

- I. Avaliação e triagem nutricional (ATN) na Pré-habilitação cirúrgica (PHC)
- II. Necessidades Nutricionais do paciente Cirúrgico (NNC) na Pré-habilitação cirúrgica (PHC)
- III. Terapia Nutricional(TN) na Pré habilitação cirúrgica do paciente oncológico (PHC)
- IV. Seguimento Ambulatorial

Assistência nutricional ao paciente oncológico Clínico (RXT/QT)(2)

- I. Avaliação e triagem nutricional (ATN) do paciente clínico
- II. Necessidades Nutricionais do paciente Clínico
- III. Terapia Nutricional(TN) do paciente Clínico
- IV. Seguimento Ambulatorial do paciente Clínico

Assistência nutricional ao paciente submetido ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH)(3)

- I. Avaliação e triagem nutricional (ATN) do paciente submetido ao TCTH
- II. Necessidades Nutricionais do paciente submetido ao TCTH
- III. Terapia Nutricional(TN) do paciente submetido ao TCTH
- IV. Seguimento Ambulatorial do paciente submetido ao TCTH

Assistência nutricional ao pacientes idosos oncológico(4)

- I. Avaliação e triagem nutricional (ATN) dos pacientes idosos oncológicos
- II. Necessidades Nutricionais dos pacientes idosos oncológicos
- III. Terapia Nutricional(TN) dos pacientes idosos oncológicos
- IV. Seguimento Ambulatorial dos pacientes idosos oncológicos

Prefácio

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou, para 2030, 27 milhões de novos casos de câncer e 75 milhões de pessoas vivendo com a doença. No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, aponta a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer em cada um desses anos, incluindo os casos de pele não melanoma, o que reforça a magnitude do problema no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A desnutrição calórica e proteica em indivíduos com câncer é muito frequente. Os principais fatores determinantes da desnutrição nesses indivíduos são a redução na ingestão total de alimentos; as alterações metabólicas provocadas pelo tumor e o aumento da demanda calórica pelo crescimento do tumor (BARRERA, 2002; YANG, 2003; DEUTSCH; KOLHOUSE, 2004; ISENRING; CAPRA; BAUER, 2004, 2007; SOLIANI et al., 2004; RAVASCO et al., 2005; SHANG et al., 2006).

No Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica (IBNO) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2013), foram avaliados 4.822 pacientes oncológicos, internados em 45 instituições brasileiras, por avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente (ASG-PPP). Desses, 2.176 (45,1%) apresentaram algum grau de desnutrição ou risco nutricional. Do total dos pacientes avaliados, a população acima de 65 anos compreendia 1.397 pacientes, sendo que 778 (55,6%) foram identificados como desnutridos ou em risco nutricional, mostrando a maior vulnerabilidade dessa população (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2013). O documento de consenso lançado em 2015 é obra revisada, decorrente do esforço conjunto do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e de representações nacionais de instituições que promovem a assistência nutricional ao indivíduo com câncer. Esta obra tem o objetivo de homogeneizar as condutas nutricionais na assistência ao indivíduo com câncer, oferecendo, assim, a todos os usuários portadores de câncer da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), equidade e qualidade na sua assistência. A Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica,

envolvida na construção deste documento de consenso, resolveu criar este programa de certificação da qualidade da assistência nutricional ao paciente com câncer no Brasil, objetivando estimular a promoção da qualidade da assistência nutricional ao paciente com câncer no Brasil. Este programa certificará as Instituições que prestam esta assistência nutricional com base nas orientações dos documentos de consenso em nutrição oncológica.

Os capítulos deste manual estão construídos com base na proposta do consenso em nutrição oncológica, organizando a certificação da assistência ao paciente conforme as diferentes modalidades de tratamento (cirúrgico, radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea e fora de possibilidade terapêutica), bem como os diferentes ciclos de vida, adulto, criança e idoso.

Os processos a serem certificados incluem a avaliação e triagem nutricional, determinação das necessidades nutricionais, terapia nutricional e seguimento ambulatorial.

Este programa tem como objetivo interferir melhorando a qualidade da assistência nutricional ao paciente com câncer no Brasil, através de um programa estruturado de Certificação, com base em documento publicado pelo Ministério da Saúde (consenso nacional de nutrição oncológica). É primariamente um programa de educação tendo como orientador o documento de consenso em nutrição oncológica no Brasil sendo a sua implantação nas unidades hospitalares no Brasil realizada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica.



Nivaldo Barroso de Pinho

Presidente da SBNO

Referência Bibliográfica

- BARRERA, R. Nutritional support in cancer patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, n. 26, p. 563-571, 2002. DEUTSCH, J.; KOLHOUSE, J. F. Assessment of gastrointestinal function and response to megestrol acetate in subjects with gastrointestinal cancers and weight loss. *Support Care Cancer*, v. 12, n. 7, p. 503-10, Jul. 2004.
- ISENRING, E. A.; BAUER, J. D.; CAPRA, S. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*, v. 91, n. 3, p. 447-52, Aug. 2004.
- ISENRING, E. A.; BAUER, J. D.; CAPRA, S. Nutrition support using the American Dietetic Association medical nutrition therapy protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. *J Am Diet Assoc.*, v. 107, n. 3, p. 412-5, May 2007.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 136p.
- RAVASCO, P. et al. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck*, v. 27, n. 8, p. 659-68, Aug. 2005.
- SHANG, E. et al. Influence of early supplementation of parenteral nutrition on quality of life and body composition in patients with advanced cancer. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, n. 25, p. 245, May-Jun. 2006.
- SOLIANI, P. et al. Pancreatic pseudocysts following acute pancreatitis: risk factors influencing therapeutic outcomes. *JOP*, v. 10, n. 5, p. 338-47, Sept. 2004.
- YANG, Y. H. Relationship between fatigue and nutritional status in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.*, v. 33, n. 4, p. 478-87, Jun. 2003.

Programa de Certificação de Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico pela SBNO para Unidades de Saúde

1. Introdução

Melhorar a qualidade da Assistência ao paciente oncológico no Brasil é um grande e crescente desafio. A abordagem terapêutica destes pacientes é multimodal e multidisciplinar. Os aspectos nutricionais são determinantes do sucesso da terapêutica oncológica, devido a doença ou tratamento, sinais e sintomas de impacto nutricional estão presentes e determinam a necessidade de uma abordagem nutricional sistematizada. O gestor em saúde deve compreender que a adequada Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico torna cada vez mais necessário a exigência de processos que possam certificar a qualidade exigida nestas áreas. A introdução de novas metodologias, de novas tecnologias, da especialização profissional e dos serviços, bem como o dinâmico aumento da complexidade nas atividades e processos integram os Serviços de Nutrição e Dietética, e condiciona o estabelecimento de um novo perfil para esses gestores, bem como um novo modelo de gestão.

A gestão destes processos ganha a real dimensão, já que se torna necessária a interação entre diferentes competências. A intrínseca e complexa inter-relação com suas instâncias superiores e as demais instituições da rede de serviços ao qual está vinculado, torna a tarefa de gestão mais complexa e desafiante.

A habilidade e competência para gerir os recursos se tornam mais eficazes na medida da qualificação e capacitação incorporada à formação básica e experiência do profissional. A tarefa principal se traduz no planejamento e utilização dos recursos financeiros, humanos e estruturais, gerando resultados e impactos positivos e sustentáveis, em especial no que se refere ao recurso público.

Desta forma, uma metodologia de certificação, baseada em critérios de excelência, traz para a assistência nutricional ao paciente oncológico, uma nova dimensão nos critérios de qualidade e segurança, possibilitando ao gestor incorporar conteúdos teóricos e práticos que o capacitem a planejar, organizar, definir, normatizar e implementar conceitos, técnicos, instrumentos e ferramentas relacionadas com sua tarefa diária. Destacam-se na construção deste modelo de certificação, conceitos, métodos e instrumentos que viabilizam a adoção de ações e mecanismos voltados para a melhoria de desempenho dos processos clínicos e gerenciais em Nutrição Oncológica.

Nesta proposta de trabalho, o conteúdo está baseado na metodologia da acreditação de serviços de saúde, hoje consolidada como uma eficiente ferramenta de implantação, desenvolvimento e manutenção da excelência de qualidade nas instituições de saúde, em diferentes países do mundo.

A certificação da qualidade da assistência nutricional ao paciente oncológico é um processo no qual a Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões)

criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado Nutricional ao paciente oncológico sendo esta qualidade certificada.

A busca pela certificação é geralmente voluntária e os padrões de certificação são considerados como ideais e concretizáveis. A certificação propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

Este processo de certificação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos e tem como base as diretrizes dos Consensos em Nutrição Oncológica, volumes I e II, ampliados e revisados, publicados em 2015 e 2016.

Através disso, as instituições elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a qualidade do atendimento ao paciente, proporcionam um ambiente de trabalho eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador, criam uma cultura do controle da qualidade e estabelecem um estilo de liderança entre instituições.

A certificação corresponde a uma variedade de iniciativas criadas em resposta a uma demanda crescente no mundo inteiro por uma avaliação dos cuidados à saúde, com base em padrões. A intenção é, portanto, oferecer à comunidade processos objetivos, baseados em padrões, para a avaliação de instituições de saúde. O objetivo do programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde, através do emprego de padrões de consenso internacional, de metas Internacionais de assistência ao monitoramento com indicadores.

A SBNO desenvolveu padrões e programas de certificação para:

- 1) Atenção ao paciente oncológico clínico (quimioterapia e radioterapia isoladas ou combinadas);
- 2) Atenção ao paciente oncológico cirúrgico;
- 3) Atenção ao paciente com a doença oncológica avançada;
- 4) Atenção ao paciente crítico;
- 5) Atenção ao paciente oncológico adulto, idoso e pediátrico;

Atenção ao paciente sobrevivente do câncer. A SBNO considerou pacientes em tratamento em Unidade de:

- -Cuidados nutricionais ambulatoriais;
- Cuidados nutricionais ao paciente internado;
- Cuidados nutricionais continuados (atenção domiciliar, assistência à realização de atividades diárias, cuidados prolongados e em instituições de longa permanência para idosos);

- Cuidados nutricionais em instituições de hospital dia (Unidades de Quimioterapia, Radioterapia).

A certificação da SBNO é caracterizada por:

- Padrões des consensos nacionais e internacionais em nutrição oncológica desenvolvidos e mantidos pela SBNO e demais Sociedades afins, e aprovados por um Conselho da SBNO, constituem a base do programa de certificação;
- Padrões são baseados em princípios de gestão da qualidade e melhoria contínua qualidade;
- Processo de certificação projetado para se adaptar às características individuais de cada instituição.

A quipe de avaliadores ea programação da avaliação presencial variam de acordo com o tamanho da instituição e com o tipo de serviço prestado. Uma grande Instituição com múltiplos processos de atendimento (quimioterapia, cirurgia, radioterapia, ...) e com atenção ao paciente internado, ambulatorial e internação domiciliar pode necessitar de uma equipe de avaliadores mais completa e por mais tempo de avaliação, conduzida por uma equipe composta por um nutricionista, um técnico em certificação e um administrador, enquanto que para um hospital menor e menos complexo, com uma só especialidade, uma avaliação mais curta com uma equipe menor de avaliadores pode ser adequada.

Para certificação da SBNO com base na análise dos achados da avaliação, as decisões finais de certificação são tomadas por um comitê de certificação da SBNO.

2. Objetivo Geral

Nosso objetivo é a certificação de conformidades em **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico**, segundo o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, baseada em critérios de excelência, bem como uma proposta de capacitação de profissionais nos critérios de avaliação, através de treinamento específico. Cabe observar que o desenvolvimento deste instrumento de Consenso Nacional em Nutrição Oncológica foi liderado pelo INCA e tem como facilitador nacional o atual presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncologia, Dr. Nivaldo Barroso de Pinho.

3. Instrumento de certificação e checklist de avaliação

Consiste em um instrumento composto por itens de avaliação de conformidade em **3 áreas-foco**, cada qual contendo **8 critérios de avaliação**, totalizando 24 elementos de pontuação, e sendo que cada elemento de pontuação (itens de verificação) pode receber 4 níveis de conformidade:

- a. **C = Conforme** – Podem ser identificados requisitos que atendem em 100% ao item de verificação;
- b. **PC = Parcialmente Conforme** – Podem ser identificados elementos que atendem entre 50 e 99% do item de verificação necessários à plena conformidade;
- c. **NC = Não Conforme** – Podem ser identificados entre 10 e 49% do requisito necessário a conformidade do item;
- d. **NA = Não Aplicável** – Este elemento de verificação não se aplica ao Serviço de Nutrição e Dietética e não necessita ser avaliado.

Descrição das áreas-foco do instrumento de avaliação e certificação

- 2) **Gestão do serviço, gestão da força de trabalho e gestão da qualidade e segurança;**
- 3) **Gestão do ambiente e infraestrutura;**

Cuidados clínicos dos pacientes:

- a. **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico Adulto** nos Períodos Pré e Pós-operatórios (com critérios de avaliação baseados nas recomendações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica);
- b. **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico Adulto em Tratamento Clínico:** Transplante de Medula, Cuidados Paliativos, Quimioterapia e Radioterapia (com critérios de avaliação baseados nas recomendações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica);
- c. **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico com Doença avançada** (com critérios de avaliação baseados nas recomendações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica);
- d. **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico Pediátrico** nos Períodos Pré e Pós-operatórios (com critérios de avaliação baseados nas recomendações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica);
- e. **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico Pediátrico em Tratamento Clínico:** Transplante de Medula, Cuidados Paliativos, Quimioterapia e

- Radioterapia (com critérios de avaliação baseados nas recomendações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica);
- f. Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico Crítico, Adulto e Pediátrico;
 - g. Assistência Nutricional ao Paciente Idoso Oncológico.

4. Agendas de Avaliação – Descrição

Agendas de Avaliação Diagnóstica, Educação e Certificação, descrevendo as etapas (cronograma e atividades) destes processos, são etapas do processo de certificação. Tem como objetivo orientar os padrões de qualidade da assistência nutricional ao paciente oncológico para a administração eficiente e eficaz de uma instituição de saúde, considerando a organização, a prestação de serviços de cuidado ao paciente e os esforços para melhorar a qualidade e a eficiência desses serviços.

Serão utilizados elementos de mensuração de padrões que caracterizam a qualidade da assistência nutricional ao paciente oncológico, que serão avaliados e receberão uma pontuação no decorrer do processo da avaliação da certificação. Com os elementos de mensuração especificamos o que é necessário para estar em completa conformidade com o padrão. A enumeração destes elementos destina-se a proporcionar maior clareza aos padrões e apoiar as instituições a educar seus profissionais sobre os padrões e a se preparar para a avaliação de certificação.

Etapas do processo de certificação:

- I. Modelo de Agenda de Avaliação Diagnóstica:** Realizada inicialmente em Unidades de Saúde que promovam a Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico objetivando identificar a partir dos elementos de mensuração dos diferentes padrões, identificar não-conformidade e estabelecer diretrizes de trabalho através do desenvolvimento de planos de ação relacionado à capacitação das equipes de trabalho;
- II. Modelo de Agenda de Avaliação de Educação:** Realizada após período de treinamento e capacitação da equipe da unidade de saúde e de realizações de adequações das não-conformidades identificadas na avaliação inicial. Dependendo do estágio de maturidade do serviço, podem ser necessárias a realização de mais de uma avaliação de educação, após novo período de capacitação e treinamento;
- III. Modelo de Agenda de Avaliação Simulada ou de Certificação (re-certificação):** Realizada com o objetivo de verificar e estabelecer (ou re-estabelecer) o nível de certificação do Serviço de Nutrição e Dietética, quais sejam I, II ou III.

Em todas as fases da certificação, será utilizado software de auditoria, que torna o processo de certificação sistematizado, permitindo o acompanhamento de todo o processo na busca da certificação pelos educadores, certificadores, avaliadores e clientes.

Este é desenvolvido em DOTnet, mantido em servidor contratado de fácil acesso e sua utilização pode ser feita através de tablets por todos os atores envolvidos no processo de certificação. O sistema de auditoria tem diferentes níveis de acesso: Cliente, Auditor, Educador e Certificador.

5. Adequação da Instituição

A adequação da Instituição é realizada através de um plano de ação formal, onde a instituição desenvolve ações em resposta aos achados de “não conforme” identificados no Relatório Final da Avaliação de Certificação.

Ele deve conter as ações que a instituição implementará em resposta a cada achado “não conforme”, bem como a descrição das ações específicas que a instituição colocará em prática para atingir a conformidade com os padrões e elementos de mensuração pontuados como “não conforme”. A Instituição deverá, também, descrever a metodologia utilizada para prevenção da recorrência e sustentabilidade da melhoria ao longo do tempo.

Para a avaliação da efetividade serão identificadas as medidas que serão utilizadas no plano de melhoria. O plano de melhoria deve demonstrar que as ações implementadas pela instituição conduzem à conformidade plena com os padrões e elementos de mensuração.

Após análise e aprovação do plano de melhorias pela Comissão de Certificação, a SBNO outorgará a certificação da instituição.

6. Intenção de Certificação

Uma instituição de saúde que deseje ser certificada deve preencher e submeter uma solicitação de avaliação à SBNO. Deverá, também, fornecer informações sobre a instituição de saúde, incluindo características, localização, razão social. Esta solicitação de avaliação descreve a instituição que busca a certificação e requer que a instituição forneça à SBNO todos os registros oficiais e relatórios de órgãos de licenciamento e demais documentos.

A instituição de saúde pode fazer a solicitação em formato eletrônico, baixando o formulário de solicitação em

<http://www.sbno.....>e enviando-o preenchido por fax ou e-mail para:

Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica

Fax:

E-mail:

Durante todo processo de avaliação e após a certificação a instituição deve informar à SBNO sobre quaisquer mudanças referentes às informações contidas no seu formulário de solicitação de avaliação, ocorridas no período entre o envio do formulário e a realização da avaliação e, conseqüente, certificação.

7. Programação da Avaliação e Planejamento da Agenda da Avaliação Diagnóstica

A SBNO e a instituição, que será avaliada e certificada, escolhem a data da avaliação e preparam juntas a agenda, de modo a atender às necessidades da instituição e aos requisitos de uma avaliação eficiente. Será construído o cronograma da avaliação da instituição que melhor atenda aos interesses de todos envolvidos no processo de certificação.

A SBNO designará, para cada instituição, um especialista em serviços de certificação, que será o contato primário entre a instituição e a SBNO. Este indivíduo coordenará o planejamento da agenda e estará disponível para a instituição para responder quaisquer perguntas sobre políticas, procedimentos ou questões sobre a certificação, agora denominada Certificação SBNO.

O especialista em serviços de certificação trabalhará com a instituição para preparar uma agenda para a avaliação, baseada no tamanho, tipo e complexidade da instituição de saúde. A agenda especifica, os locais a serem visitados na instituição, os tipos de reuniões a serem realizadas, o pessoal a ser entrevistado e os documentos a serem fornecidos aos avaliadores. Qualidade e autenticidade das Informações

A instituição deve fornecer informações precisas e autênticas em todos os momentos do processo de certificação.

A omissão, ou a falta de autenticidade, levará à retirada da certificação, ou no caso de instituições que estejam se candidatando à certificação pela primeira vez, a instituição ficará inelegível para reavaliação por um ano.

Uma vez que a instituição tenha encaminhado o formulário de solicitação, a Comissão de Certificação da SBNO deverá ser notificada de qualquer alteração dentro de no mínimo 30 dias antes da data agendada para avaliação se houver uma mudança na instituição que represente uma modificação do informado no formulário de solicitação.

As instituições devem permitir que apenas profissionais com comprometimento total com a instituição sejam designados como contato principal com a SBNO para todas as comunicações relativas à certificação SBNO.

8. Critérios de elegibilidade para Avaliação

Qualquer prestadora de assistência à saúde em nutrição no país que assume, ou pretende assumir, a responsabilidade de melhorar a qualidade de seus cuidados preenche os critérios para a certificação pela SBNO.

9. Propósito de uma Avaliação de Certificação

A avaliação de Certificação verifica a conformidade de uma instituição com os padrões da SBNO e seus propósitos de melhoria da assistência nutricional ao paciente com câncer. A avaliação verifica a conformidade da instituição com base em entrevistas com profissionais e pacientes, e outras informações verbais, observações feitas pelos avaliadores, presenciais, sobre os processos de cuidado ao paciente, políticas,

procedimentos e outros documentos fornecidos pela instituição e resultados de auto avaliações, que é parte do processo de certificação a instituição.

O processo de avaliação presencial e a auto avaliação ajudam as instituições a identificarem e corrigir problemas com foco na melhoria da qualidade do cuidado e do serviço. Além de avaliar a conformidade com os padrões e seus propósitos, os avaliadores dedicam tempo a fornecer educação, em apoio às atividades de melhoria de qualidade da instituição.

10. Avaliações de Certificação

A partir deste manual e com base no tipo dos serviços oferecidos pela instituição são estabelecidos critérios a serem seguidos na avaliação da SBNO. A avaliação presencial considerará todos os fatores que possam influenciar ou orientar as decisões referentes ao cuidado oferecido e/ou às políticas e procedimentos de uma instituição.

11. Resultados das Avaliações de Certificação

O Comitê de Certificação da SBNO toma decisões de certificação, com base nos achados da avaliação. A instituição pode receber uma das duas seguintes decisões da Comissão de Certificação:

Certificação Negada. Esta decisão de não certificação é baseada no fato de a instituição apresentar alto grau de não conformidades.

Concessão de Certificação. Para serem certificadas, as instituições devem demonstrar conformidade aceitável com todos os padrões e atingir uma pontuação numérica mínima nesses padrões. As instituições certificadas recebem um relatório final de certificação e um certificado. O relatório indica o nível de conformidade alcançado pela instituição, em relação aos padrões da SBNO.

Duração da Certificação. Uma certificação é válida por quatro anos, a menos que seja revogada pela SBNO. Ao final do ciclo de certificação de quatro anos, a instituição deve ser reavaliada para renovação da certificação.

Se, durante o processo de certificação, a instituição sofrer modificações em sua estrutura, propriedade, ou em seus serviços, ela deve notificar a SBNO. A SBNO determinará então a necessidade de reavaliar a instituição e/ou conferir uma nova decisão de certificação SBNO.

12. Custos da Certificação pela SBNO

Para a definição dos valores da avaliação de certificação são considerados o tipo de serviços prestados pela instituição, o número de setores de cuidado incluídos na avaliação, e o número de avaliadores e dias de avaliação necessários para realizar uma verificação da conformidade com os padrões da SBNO, bem como todo o tempo para preparação do relatório. A instituição é responsável por todos os custos decorrentes de uma avaliação inicial ou de recertificação

a. Custos da Primeira Certificação e da Certificação Quadrienal.

O número de dias necessários para a avaliação e o número de profissionais da equipe de avaliadores varia com a complexidade da Instituição. Para instituições maiores ou menores, os valores serão ajustados para mais ou para menos, conforme apropriado. Estão incluídos nos custos o guia do processo de certificação, a agenda individualizada da avaliação, todas as informações de suporte e assistência sobre o processo de avaliação presencial e interpretação dos padrões e uma equipe de avaliadores com comprovada habilidade e competência.

A equipe de avaliadores e educadores deve ser constituída de um ou mais nutricionistas, um administrador, e um profissional com experiência na área específica (nutricionista ou médico) em terapia nutricional, avaliação nutricional e nutrição oncológica.

b. Custos de Adiamento.

ASBNO pode aprovar uma solicitação de adiamento de uma avaliação de instituição que não atenda a nenhum dos critérios aqui descritos. Em situação desse tipo, poderá ser cobrada da instituição uma taxa de reembolso dos custos.

13. Cancelamento.

a. Cancelamento pela Instituição.

Se a instituição solicitar cancelamento a trinta (30) dias ou menos do primeiro dia da avaliação, por quaisquer razões que não as anteriormente mencionadas, a SBNO poderá requerer o pagamento de metade do valor da avaliação, para cobrir os custos assumidos.

b. Cancelamentos pela SBNO.

No caso de a SBNO cancelar a avaliação por qualquer razão ou razões que não as anteriormente mencionadas não será cobrado nenhum valor da instituição.

14. Custos de Viagem Relacionados à Avaliação de Acreditação.

Além dos valores cobrados pela avaliação, a instituição é responsável pelo pagamento de todas as despesas de viagem dos avaliadores. Isto inclui despesas de transporte (avião, trem e carro) e hospedagem, incluindo um valor diário pré-determinado para refeições e eventuais despesas.

15. Pagamento da Avaliação.

O pagamento da avaliação pode ser feito através de uma fatura referente ao total (100%) do valor estabelecido para a avaliação pelo menos 45 dias antes da data de início da avaliação. O pagamento deverá ser efetuado por transferência bancária, no máximo 21 dias da data de início da avaliação. Ao final da avaliação, se a instituição alcançar a certificação, o certificado será imediatamente enviado à instituição, juntamente com o Relatório Oficial de Achados da Avaliação. No prazo de 30 dias, a instituição receberá a cobrança das despesas relacionadas à viagem dos avaliadores e deverá efetuar o pagamento ao receber a fatura.

Observação: É importante manter os pagamentos em dia, porque de acordo com a política SBNO, o pagamento por cada etapa de trabalho deve ser quitado antes de uma nova etapa ter início. Um atraso de pagamento da primeira metade do valor total estabelecido para a avaliação poderá resultar em um maior custo para a instituição, relativo aos custos de viagem, que tendem a aumentar quando a emissão do bilhete aéreo se faz em data muito próxima à da viagem.

16. Processo de Avaliação

a. Informações Gerais

Os avaliadores visitarão a instituição durante as datas estabelecidas e de acordo com a agenda programada. Os avaliadores poderão pedir para entrevistar qualquer profissional durante a avaliação, pedir para visitar qualquer outra unidade ou área da instituição que não conste na agenda, ou solicitar informações adicionais. A instituição deverá cooperar com os avaliadores para fornecer informações precisas sobre a instituição e sua conformidade com os padrões. Atrasos em fornecer as informações solicitadas serão considerados como não cooperação, o que poderá resultar no término prematuro do processo de acreditação.

b. Avaliação Presencial inicial ou Avaliação Diagnóstica

Realizada inicialmente em Unidades de Saúde que promovam a assistência nutricional ao paciente oncológico objetivando identificar a partir dos elementos de mensuração dos diferentes padrões, identificar não-conformidades e estabelecer diretrizes de trabalho, através do desenvolvimento de Planos de Ação, relacionados, entre outras, à capacitação das equipes de trabalho.

Ela é realizada para reunir informações sobre uma ou mais questões específicas, ou limita-se a certo número de padrões e elementos de mensuração. Serve para dar continuidade a uma avaliação completa (inicial/ou de recertificação). Na maioria dos casos terá um dia de duração e será realizada por um único avaliador. Entretanto, a SBNO se reserva o direito de designar mais de um avaliador ou programar uma avaliação de mais de um dia, quando indicado pelo número de padrões a serem avaliados, ou pela diversidade de atividades da avaliação.

c. Avaliação de Educação

Realizada após período de treinamento e capacitação de equipes da unidade de saúde e de realizações de acertos das não-conformidades identificadas na avaliação inicial. Dependendo do estágio de maturidade do serviço, podem ser necessárias a realização de mais de uma avaliação de educação, após novo período de capacitação e treinamento.

d. Avaliação Simulada ou auto-avaliação

Realizada com o objetivo de verificar e estabelecer (ou re-estabelecer) o nível de certificação do Serviço de Nutrição e Dietética, quais sejam 1, 2 ou 3.

17. Pós Avaliação

a. **Revisão do Relatório Oficial de Achados da Avaliação de Certificação**

A instituição tem 10 dias, a partir do recebimento do Relatório Oficial de Achados da Certificação, para requerer, por escrito ou através de correio eletrônico, a revisão do relatório quanto aos achados da avaliação. Esta solicitação de revisão deve ser acompanhada de dados e informações adequadas que o sustentem. A Comissão de Certificação da SBNO apreciará esta solicitação de revisão e tomará a decisão final.

b. **Informações Sobre o Status de Certificação, Disponíveis para o Público.**

A SBNO tem o compromisso de tornar públicas informações relevantes e exatas sobre as instituições avaliadas. Informações sobre o desempenho de uma instituição não apenas ajudam os prestadores a melhorar seus serviços, mas também auxiliam na educação dos usuários da instituição. Tais informações podem ainda ajudar os pacientes e financiadores a tomarem decisões informadas em relação à seleção da instituição de saúde e dos prestadores de cuidados de saúde.

Ao mesmo tempo, é importante manter a confidencialidade de determinadas informações para estimular a honestidade no processo de certificação. Essa honestidade facilita a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para o benefício da população.

c. **Exposição e Utilização do documento de Certificação**

A SBNO fornece a cada instituição um certificado, por ocasião da certificação inicial, e nas renovações subsequentes. O certificado não é cobrado. Cópias adicionais do certificado podem ser adquiridas com a SBNO. O certificado e suas cópias continuam a ser propriedade da SBNO e devem ser devolvidos se:

- for emitido um novo certificado para a instituição que reflita uma alteração no nome; ou
- a acreditação for retirada ou negada por qualquer razão.

A instituição certificada pela SBNO deve informar para o público, de maneira precisa, a natureza e o significado da certificação. Portanto, a instituição não deve apresentar de forma imprecisa seu status de certificação.

18. Níveis de Certificação

A SBNO emitirá certificações conforme nível de conformidade da Instituição com os padrões de Ações estabelecidos.

Exemplo: As Ações medidas são exigíveis para atingir um determinado nível de certificação. Instituições que tratam cirurgicamente o paciente oncológico, candidatas a Certificação diamante, é exigível conformidade na ação 2 no capítulo TN.1. Mas apenas desejável para a Certificação Ouro ou Prata:

Exemplo: Ações que devem ser medidas da TN.1 (Terapia(T) Nutricional(N) Cirúrgico Adulto(1))

2. Paciente candidato à cirurgia eletiva, independente do estado nutricional, deve receber fórmula imunomoduladora contendo arginina, ômega 3, nucleotídeos e antioxidantes na quantidade de 500 ml a 1.000 ml por de cinco a sete dias antes da operação (OSLAND et al., 2014 et al., AUGUST; HUHMAN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009; LASSEN et al., 2009).

19. Quadro demonstrativo de nível de certificação conforme ação medida

a. Certificação Diamante (nível 3)

Ações	ATN.1	NN.1	TN.1	SA.1
1	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
2	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
3	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
4	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
5	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
6	Exigível	Exigível	Exigível	
7	Exigível	Exigível	Exigível	
8		Exigível	Exigível	
9		Exigível	Exigível	
10			Exigível	
11			Exigível	
12			Exigível	

b. Certificação Ouro (nível 2)

Ações	ATN.1	NN.1	TN.1	SA.1
1	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
2	Exigível	Exigível	Desejável	Exigível
3	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
4	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
5	Exigível	Exigível	Exigível	Exigível
6	Exigível	Exigível	Exigível	
7	Exigível	Exigível	Desejável	
8		Exigível	Desejável	
9		Exigível	Exigível	
10			Exigível	
11			Exigível	
12			Exigível	

c. Certificação Prata (nível 3)

Ações	ATN.1	NN.1	TN.1	SA.1
1	Exigível	Exigível	Exigível	Desejável
2	Exigível	Exigível	Desejável	Desejável
3	Exigível	Exigível	Exigível	Desejável
4	Exigível	Exigível	Exigível	Desejável
5	Exigível	Exigível	Exigível	Desejável
6	Exigível	Exigível	Exigível	
7	Exigível	Exigível	Desejável	
8		Exigível	Desejável	
9		Exigível	Exigível	
10			Exigível	
11			Exigível	
12			Exigível	

**AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE ONCOLÓGICO
CIRÚRGICO ADULTO**

Assistência nutricional ao paciente oncológico cirúrgicoadulto (1) Avaliação e triagem nutricional (ATN) na pré-habilitação cirúrgica (PHC)

Consenso em ATN.1

A instituição tem um processo para avaliar e triar nutricionalmente os pacientes em programação de tratamento cirúrgico.

Os pacientes cirúrgicos são triados para receber cuidados hospitalares pelo serviço de nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de sua necessidade de cuidado pré-operatório de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na ATN.1

O processo de avaliação e triagem nutricional pré e pós-cirúrgicos são padronizados através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo de avaliação e triagem é normatizada por meio de Instrução de serviço e procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico

Justificativa de procedimento da ATN.1

A perda de peso e a desnutrição são os distúrbios nutricionais mais frequentemente observados em pacientes com câncer (de 40% a 80% dos casos), sendo que até 30% dos pacientes adultos apresentam perda superior a 10% do peso corporal (WONG; ENRIQUEZ; BARRERA, 2001). O déficit do estado nutricional está estreitamente relacionado com a diminuição da resposta ao tratamento específico e à qualidade de vida (KYLE et al., 2004; SILVA, 2006; MARÍN CARO; LAVIANO; PICHARD, 2007).

A desnutrição preexistente e a resposta ao trauma cirúrgico são os principais fatores negativos para a evolução pós-operatória do paciente oncológico. A desnutrição pré-operatória, aliada à doença maligna, ao trauma cirúrgico e à resposta metabólica pós-operatória, pode resultar em várias complicações. Entre essas, destacam-se as infecciosas, como a pneumonia e a sepse, e as não infecciosas, como as fístulas. Soma-se a isso a internação hospitalar prolongada, que aumenta os custos e o mal-estar dos pacientes.

Além disso, a agressividade, a localização do tumor, os órgãos envolvidos, as condições clínicas e imunológicas, o diagnóstico tardio e a magnitude da terapêutica contribuem para o agravamento nutricional com implicações prognósticas (SHILS et al., 2003).

Diante disso, pode-se afirmar que o estado nutricional do paciente adulto oncológico está diretamente relacionado com o sucesso da terapêutica cirúrgica a ser realizada. A assistência nutricional ao paciente oncológico deve ser individualizada, o que compreende a avaliação nutricional, o cálculo das necessidades nutricionais, a terapia

nutricional oral (TNO), enteral (TNE) ou parenteral (TNP), a alta e o seguimento ambulatorial.

Ações que devem ser medidas da ATN.1

1. Para início do tratamento nutricional, todos os pacientes com câncer são triados para identificar aqueles com risco e os que requerem uma avaliação nutricional mais detalhada da sua condição.
2. Essa avaliação detalhada inclui além da perda de peso ocorrida com o surgimento da doença, dados sobre ingestão alimentar, alterações clínicas e funcionais, assim como dados laboratoriais e bioquímicos.
3. A frequência da avaliação nutricional durante os períodos pré e pós-operatório é individualizada, considerando as particularidades de cada paciente.
4. No ambulatório, em ambos períodos (pré e pós-operatório), o paciente sem risco nutricional será re triado e avaliado em até 30 dias. Já o que apresenta risco nutricional será re triado em até 15 dias.
5. Naqueles pacientes internados para tratamento cirúrgico, a avaliação é realizada entre 24 horas e 48 horas da internação, com a realização de TRN-2002, ASG e ASG-PPP na admissão hospitalar.
6. Durante a internação, é avaliada a condição funcional, os parâmetros antropométricos e bioquímicos, os dados da ingestão alimentar, os exames físico e clínico, respeitando os prazos de acordo com o que foi consensuado (quadro 1).
7. O diagnóstico obtido pela triagem e pela avaliação nutricional é registrado no prontuário e, de preferência, sinalizado para a equipe. Todos os pacientes, com ou sem risco de desnutrição, desnutridos ou não, tem seu diagnóstico nutricional registrado na internação e, consecutivamente, a cada sete a dez dias.

Quadro 1 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre a triagem e avaliação nutricional para o paciente oncológico adulto nos períodos pré e pós-operatórios

Questão	Proposta
Quais os pacientes adultos oncológicos devem ser avaliados?	- Todos os atendidos no ambulatório. - Os internados devem ser triados e avaliados.
Quais indicadores de risco nutricional ou de desnutrição devem-se utilizar?	- TRN-2002 \geq 3. - ASG-PPP \geq 2 e ASG = B ou C. - Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais nas 2 últimas semanas. - Sintomas do TGI de impacto nutricional por mais de 3 dias consecutivos ou alternados na última semana.

	<ul style="list-style-type: none"> - Localização da doença: cabeça e pescoço, TGI e pulmão. - % Perda de peso (PP) significativo ou grave. - Possível cirurgia de grande porte.
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> - No momento da internação e ambulatorial: TRN-2002, ASG-PPP ou ASG. - Durante a internação e no ambulatório: anamnese nutricional e dinamometria.
Com que frequência deve-se triar e avaliar?	<p>No ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem risco nutricional: em até 30 dias. - Com risco nutricional: em até 15 dias. <p>Internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na admissão hospitalar ou em até 48 horas. - Durante a internação: semanalmente.
Quais métodos devem ser utilizados na retriagem e na reavaliação?	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais nas 2 últimas semanas. - Sintomas do TGI de impacto nutricional por mais de 3 dias consecutivos ou alternados na última semana. - % PP significativo ou grave. - Cirurgia de grande porte. - Anamnese nutricional. - Dinamometria.
Quais dados de triagem e avaliação nutricional devem ser registrados?	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os dados coletados devem ser registrados em prontuário.

Necessidade nutricionais do paciente Cirúrgico (NNC) na Pré habilitação cirúrgica (PHC)

Consenso em NNC.1

As necessidades nutricionais dos pacientes cirúrgicos são estimadas pelo serviço de nutrição e dietética em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré operatório de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na determinação da NNC.1

A instituição tem um processo descrito para estimar as necessidades nutricionais dos pacientes em programação de tratamento cirúrgico.

O processo para estimar a necessidade nutricional pré-cirúrgica é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para estimar as necessidades nutricionais dos paciente pré-cirúrgicos é normatizada por meio de instrução de serviço e procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da NNC.1

Na determinação das necessidades nutricionais do paciente cirúrgico oncológico, deve-se considerar que:

- Embora a cirurgia seja um tratamento com o objetivo de salvar a vida ou melhorar a expectativa de vida, ela é um trauma programado. Outro ponto importante é considerar, na avaliação, que esses pacientes geralmente já são desnutridos graves (MENDELSON; SCHATTNER, 2012; PINHO; TARTARI, 2011; ARGILÉS, 2005).
- O paciente cirúrgico no pós-operatório evolui com uma resposta metabólica a esse trauma, pode levar à piora do estado nutricional, contribuir para a ocorrência de complicações clínicas, infecciosas e aumentar o tempo de internação e a mortalidade (COLLIER; CHERRY-BUKOWIEC; MILLS, 2012)
- Até que esses processos metabólicos melhorem, o que varia de paciente para paciente, em função de porte da cirurgia, local do câncer, estado nutricional prévio etc., o paciente deve receber um tratamento nutricional adequado às diferentes fases dessa resposta (por exemplo, presença de sepse, insuficiência renal, hepática ou pulmonar, deiscência, fístulas, entre outras) (COLLIER; CHERRY-BUKOWIEC; MILLS, 2012; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011).
- Entretanto, independente da condição nutricional do paciente oncológico adulto que será submetido à cirurgia de grande porte, o tratamento nutricional inicia no pré-operatório, ou seja, muito antes dessas complicações acontecerem, pois a terapia nutricional tem como principal objetivo justamente reduzir essas complicações no pós-operatório (OSLAND et al., 2014; BRAGA et al., 2013; MCCLAVE et al., 2013; DROVER et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2011; AUGUST et al., 2009; BRAGA et al., 2002; GIANOTTI et al., 2002).
-

Ações que devem ser medidas da NNC.1.1 (Quadro 2)

- 1 O aporte calórico é estimado utilizando a regra de caloria por quilograma de peso atual (WOOLEY e FRANKENFIELDS, 2012). Essa quantidade de calorias varia de

acordo com a condição clínica de cada paciente nos períodos pré e pós-operatórios e decorre da resposta ao trauma cirúrgico.

- 2 Pacientes no pós-operatório com resposta inflamatória sistêmica, hiperglicemia, falência respiratória e/ou sepse, é prescrito dieta de 20 kcal/kg a 25 kcal/kg (WOOLEY e FRANKENFIELDS, 2012; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011).
- 3 Na fase de recuperação, a quantidade pode chegar até 35 kcal/kg.
- 4 Pacientes desnutridos graves a oferta de calorias é menor para evitar distúrbios metabólicos graves causados pela síndrome de realimentação. Essa quantidade deverá ser aumentada lentamente, à medida que o paciente for se adaptando à oferta de mais nutrientes (WOOLEY e FRANKENFIELDS, 2012; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011; NICE 2006; ASPEN 2002).
- 5 Para os pacientes com risco de síndrome de realimentação (história de jejum prolongado, perda de peso > 10% ou IMC menor que 18,5 kg/m²), inicia-se com dieta de 5 kcal/kg a 10 kcal/kg ao dia nos três primeiros dias, evoluindo lentamente, alcançando de 15 kcal/kg a 20 kcal/kg ao dia entre o quarto e décimo dias, e de 25 kcal/kg a 30 kcal/kg após a segunda semana, sempre com controle rigoroso de fósforo, potássio e magnésio (NICE 2006; BOATENG et al., 2010; SILK, JONES, HEATH, 2011).
- 6 A quantidade de proteína a ser prescrita é estimada por quilograma de peso corporal. E a quantidade prescrita está entre 1,5 g/kg a 2,0 g/kg de peso corporal para minimiza a perda nitrogenada com melhora do balanço nitrogenado (COLLIER, CHERRY-BUKOWIEC, MILLS, 2012).
- 7 É recomendada a oferta de 1,2 g/kg a 1,5 g/kg ao dia para os pacientes em estresse moderado e 2,0 g/kg ao dia para os pacientes em estresse grave segundo as Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional / Diten (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011).
- 8 As funções renal e hepática devem ser monitoradas diariamente, pois essas insuficiências orgânicas requerem modulações diárias na quantidade de proteína.
- 9 Os requerimentos hídricos para pacientes no pré e pós-operatório são semelhantes ao de indivíduos saudáveis, que é de 1,0 ml/kcal ou de 30 ml/kg a 35 ml/kg. Ajustes são necessários na presença de desidratação ou retenção hídrica (WAITZBERG, 2004; CUPPARI, 2005).

Quadro 2 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre as necessidades nutricionais para o paciente oncológico adulto nos períodos pré e pós-operatório

Questão	Resposta
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas e qual a quantidade calórica adequada?	Para ganho e manutenção do peso: de 30 kcal/kg a 35 kcal/kg ao dia.

	No pós-operatório ou na presença de sepse: de 20 kcal/kg a 25 kcal/kg ao dia.
Quais as recomendações proteicas?	Estresse moderado: de 1,2 g/kg a 1,5 g/kg ao dia. Estresse grave: de 1,5 g/kg a 2,0 g/kg ao dia. (Diten 2011; ASPEN 2012)
Quais as recomendações hídricas?	30 ml/kg ao dia ou de 1,5 l a 2,5 l ao dia

Terapia Nutricional(TN) na Pré habilitação cirúrgica do paciente oncológico (PHC)

Consenso em TN.1

Os pacientes cirúrgicos são avaliados para receber terapia nutricional como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré operatório de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na TN.1

A terapia nutricional no paciente adulto oncológico cirúrgico tem como principal objetivo a melhora clínica e nutricional com prevenção de complicações infecciosas e não infecciosas.

O processo para instituir a terapia nutricional pré-cirúrgica é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para instituir a terapia nutricional para os pacientes pré-cirúrgicos é normatizada por meio de instrução de serviço e procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da TN.1

Vários estudos clínicos controlados e randomizados, diretrizes, metanálises e revisões sistemáticas orientam para a prescrição de uma terapia nutricional preventiva para os pacientes que serão submetidos à cirurgia de grande porte (OSLAND et al., 2014; BRAGA et al., 2013; MCCLAVE et al., 2013; DROVER et al.; 2011; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011; AUGUST; HUHMANN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009; WAITZBERG et al., 2006; WEIMANN et al., 2006; BRAGA et al., 2005; GIANOTTI et al., 2002).

A dieta prepara o paciente para a intervenção cirúrgica, favorecendo, além de benefícios clínicos e redução da morbimortalidade, redução no tempo de internação e nos custos

(MCCLAVE et al., 2013; DROVER et al.; 2011; WAITZBERG et al., 2006; BRAGA, GIANOTTI, 2005; BRAGA et al., 2009; GIANOTTI et al., 2002).

A instituição tem um processo descrito para instituir a terapia nutricional nos pacientes em programação de tratamento cirúrgico.

Ações que devem ser medidas da TN.1

1. A terapia nutricional deve ser iniciada precocemente dentro das primeiras 24 horas. Para isso, o paciente deve estar estável hemodinamicamente e a dieta prescrita deve estar em concordância com o diagnóstico nutricional e as particularidades de cada caso, como a presença de algumas comorbidades associadas ao diagnóstico oncológico.
2. Paciente candidato à cirurgia eletiva, independente do estado nutricional, deve receber fórmula imunomoduladora contendo arginina, ômega 3, nucleotídeos e antioxidantes na quantidade de 500 a 1.000 ml de cinco a sete dias antes da operação (OSLAND et al., 2014 et al., AUGUST; HUHMANN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009; LASSEN et al., 2009).
3. A dieta via oral é modificada e adaptada às preferências e necessidades do paciente para manter a ingestão adequada de todos os nutrientes, minimizando a perda de peso e a piora clínica no pré e pós-operatório.
4. A terapia enteral está indicada quando a via oral for insuficiente, geralmente na presença de ingestão oral em torno de 60% das necessidades nutricionais (síndrome disabsortivas, insuficiência intestinal, disfagia, odinofagia e mucosites) ou quando o paciente não puder utilizar a via oral (nas cirurgias altas do trato digestório) (MEKHAIL et al., 2001).
5. Quando o paciente não tolerar toda a dieta enteral, ou seja, o volume necessário para a oferta plena de nutrientes e calorias, por um período superior a três dias, a terapia parenteral será prescrita como suplemento da via enteral.
6. A terapia parenteral também deve ser prescrita quando o trato digestório não puder ser utilizado (obstrução intestinal, isquemia intestinal, peritonite aguda, síndrome do intestino curto ou íleo prolongado).
7. Os pacientes cirúrgicos eletivos, com esvaziamento gástrico preservado e sem risco de broncoaspiração, devem ser submetidos à rotina de abreviação do tempo de jejum pré-operatório para 2 horas. Na noite anterior à cirurgia, o paciente deve receber 400 ml de fórmula líquida, contendo 12,5% de maltodextrina, e mais 200 ml, 2 horas antes do procedimento cirúrgico (MCCLAVE et al., 2013; DOCK-NASCIMENTO et al., 2012; AGUILAR-NASCIMENTO, DOCK-NASCIMENTO 2010; LASSEN et al., 2009; FARIA et al., 2009; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2006).
8. No pós-operatório, a dieta deve ser iniciada precocemente. Vários estudos mostraram que, tanto as dietas orais quanto a enteral precoce resultam em menos complicações, sem alteração na taxa de mortalidade ou deiscência de anastomoses,

eliminação de flatos e tempo de internação hospitalar. A reintrodução precoce da dieta dentro das primeiras 24 horas de pós-operatório deve ser encorajada com segurança (OSLAND et al., 2011; HUR et al., 2011; LEWIS; ANDERSEN; THOMAS, 2009; LASSEN et al., 2008; AGUILAR-NASCIMENTO; GÖELZER, 2002; LEWIS et al., 2009).

9. Os pacientes devem ser monitorados diariamente com visitas à beira do leito, com investigação da ingestão oral e da tolerância da terapia enteral, avaliação de sinais e sintomas e exames físico, funcional, clínico e laboratorial (vide Quadro 3).
10. Todos os dados, cálculos e intercorrências referentes à terapia nutricional instituída devem ser diariamente registrados no prontuário do paciente.
11. As terapias nutricionais oral, enteral ou parenteral devem ser suspensas na presença de instabilidade hemodinâmica.
12. Muitos pacientes precisam de uma orientação nutricional na alta. O profissional deve programar essa orientação para que pacientes e familiares possam dar continuidade ao tratamento até o retorno à ingestão da dieta via oral. Pacientes submetidos a cirurgias grandes do aparelho digestório podem necessitar de terapia nutricional por meses ou anos e, para esse sucesso, a família e o paciente devem ser orientados a um acompanhamento periódico com o nutricionista. A orientação de alta previne a piora no estado nutricional e as reinternações.

Quadro 3 – Quadro-resumo da frequência da monitoração da terapia nutricional em adultos

Parâmetros	1ª semana	Fase estável	Fase instável
Eletrólitos: Na ⁺ , K ⁺ e Cl ⁻	2 vezes por semana	Semanal	Diariamente
Eletrólitos: Ca ²⁺ total, fósforo inorgânico e Mg ²⁺	2 vezes por semana	Semanal	2 vezes por semana
Glicemia	Diariamente	Semanal	De 2 a 3 vezes por dia
Ureia	2 vezes por semana	Semanal	3 vezes por semana
Proteínas hepáticas	2 vezes por semana	Semanal	2 vezes por semana
Aminotransferases	2 vezes por semana	Semanal	2 vezes por semana
Bilirrubinas	Semanal	Semanal	Semanal

Fonte: adaptado de Waitzberg (2004).

Quadro 4 – Quadro-resumo da frequência da monitoração da terapia nutricional enteral em adultos

Parâmetros	1ª semana	Fase estável	Fase instável
Peso (se possível)	Semanal	Semanal	Semanal
Na ⁺ , K ⁺ , e Cl ⁻ ; Ca ²⁺ total, fósforo inorgânico e Mg ²⁺	Semanal	Semanal	Diariamente
Diurese (volume e aspecto) e balanço hídrico	Diariamente	Diariamente	Diariamente
Volume de Nutrição Enteral (NE) administrado em 24 h	Diariamente	Diariamente	Diariamente

Débito de ostomias e fistulas digestivas	Diariamente	Diariamente	Diariamente
Exame físico e anamênese nutricional <ul style="list-style-type: none"> Hidratação, distensão, dor abdominal (outra), sede, fome e anorexia, adequação da oferta calórica e hídrica, frequência das evacuações e característica, distúrbios gastrointestinais e complicações, adequação da alimentação oral, quando associada à NE 	Diariamente	Diariamente	Diariamente
Glicemia	Diariamente	Semanal	Diariamente
Ureia	2 vezes por semana	Semanal	2 vezes por semana
Proteínas hepáticas	2 vezes por semana	Semanal	2 vezes por semana
Aminotransferases	2 vezes por semana	Semanal	Semanal
Bilirrubinas	Semanal	Semanal	Semanal

Fonte: adaptado de Aspen (2002).

Quadro 5 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre a terapia nutricional para o paciente oncológico adulto nos períodos pré e pós-operatório

Questão	Resposta
Quais os critérios de indicação da via a ser utilizada?	<p>TNO: quando a ingestão oral for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, os suplementos nutricionais estão indicados</p> <p>TNE: quando a alimentação por via oral está contraindicada ou a ingestão alimentar por via oral for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias</p> <p>TNP: quando há impossibilidade total ou parcial de uso do TGI; como suplemento da TNE, quando essa for incapaz de fornecer as necessidades nutricionais dentro dos 3 primeiros dias</p>
Qual o tempo de jejum pré-operatório, qual a dieta e qual a quantidade indicada para abreviar o jejum de pacientes eletivos?	O tempo adequado para a abreviação do jejum pré-operatório é de 2 h. Na noite anterior à cirurgia, o paciente deve receber 400 ml de fórmula líquida contendo 12,5% de maltodextrina e 200 ml com a mesma concentração de dextrose, 2 h antes da cirurgia
Quais parâmetros devem ser utilizados para monitorar a resposta à terapia nutricional?	Ver Quadros 3 e 4
Quais dados da terapia nutricional devem ser registrados?	Todos os dietéticos e os coletados durante a monitoração devem ser registrados em prontuário

Quando suspender a terapia nutricional?	<p>TNO: na presença de instabilidade hemodinâmica de disfagia e odinofagia graves, que impeçam a ingestão oral adequada; também quando há obstrução. vômitos incoercíveis, broncoaspiração, recusa do paciente e intolerância ao suplemento</p> <p>- TNE: na presença de instabilidade hemodinâmica e/ou persistentes intercorrências, como diarreia grave, vômitos incoercíveis, íleo paralítico, sangramento do TGI e distensão abdominal</p> <p>- TNP: na presença de instabilidade hemodinâmica ou quando a via entérica oral ou enteral estiver suprindo 75% e 60% das necessidades nutricionais, respectivamente, por 3 dias consecutivos</p>
Como programar o desmame?	<p>Progressivamente:</p> <p>- TNO: quando a ingestão por via oral da alimentação convencional for > 70% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos</p> <p>- TNE: quando a ingestão oral for > 60% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos</p> <p>- TNP: quando possível a utilização parcial ou total do TGI</p>

Seguimento Ambulatorial

Consenso no SA.1

Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes. Os pacientes pré e após o tratamento cirúrgico são avaliados para continuidade do seu tratamento como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré e pós operatório de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta no SA.1

O acompanhamento nutricional ambulatorial na rede privada ou pública é importante para os pacientes candidatos a cirurgias de grande porte. Nessa situação, esses pacientes vão receber orientação para ingestão de fórmula imunomoduladora na quantidade de 250 ml, de duas a três vezes ao dia, por um período de cinco a sete dias antes do procedimento.

O paciente deve receber orientação da dieta oral, enteral ou parenteral que fará em regime domiciliar. Cabe ao profissional nutricionista avaliar as condições clínicas, nutricionais e socioeconômicas para traçar o melhor plano terapêutico. Durante essa abordagem, deve-se avaliar a presença de comorbidades associadas e sequelas causadas pelo procedimento cirúrgico. A intervenção ambulatorial tem relação direta com o aumento da sobrevida e a melhor reabilitação do paciente ao convívio social.

Justificativas de procedimentos no SA.1

Todos os pacientes operados, desnutridos ou com sequelas causadas pela cirurgia, com ou sem comorbidades, devem ser orientados para dar continuidade do tratamento ambulatorial na rede privada ou pública. No período pós-operatório, a orientação ambulatorial deve ser oferecida para dar continuidade ao tratamento nutricional

iniciado na internação, com vistas a evitar a reinternação precoce. O objetivo da orientação e do acompanhamento no pós-operatório é a recuperação nutricional ou a manutenção, quando a nutrição estiver adequada.

Ações que devem ser medidas no SA.1 (quadro 6)

1. Todos os pacientes que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades são acompanhados pelo serviço de nutrição da unidade hospitalar.
2. Devem ser utilizados os instrumentos consensuados para triagem e avaliação nutricional dos pacientes em ambiente ambulatorial (quadro 1).
3. Devem ser empregadas as fórmulas consensuadas para estimativa das necessidades nutricionais, que incluem determinação das calorias, proteínas e líquidos dos pacientes para acompanhamento ambulatorial (quadro 2).
4. Deve ser incorporado o aconselhamento nutricional adequado às necessidades dos pacientes ambulatoriais, no período pré e pós tratamento cirúrgico.
5. Deve ser associado a essa população no pré-operatório, a suplemento nutricional com fórmula hiperproteica enriquecida com imunonutrientes (arginina, ômega 3 e nucleotídeos), na quantidade de 500 ml a 1.000 ml por dia, de 5 a 7 dias pré-tratamento cirúrgico, podendo chegar a 14 dias para os pacientes desnutridos graves.

Quadro 6 – Quadro-resumo das condutas consensuadas para o seguimento ambulatorial do paciente oncológico adulto nos períodos pré e pós-operatório

Questão	Resposta
Quais pacientes devem ser acompanhados em ambulatório?	Todos os que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	Ver Quadro 1
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas, proteicas e hídricas?	Ver Quadro 2
Que conduta nutricional deve-se adotar durante o atendimento ambulatorial?	Aconselhamento nutricional adequado às necessidades associado a suplemento nutricional com fórmula hiperproteica enriquecida com imunonutrientes (arginina, ômega 3 e nucleotídeos), na quantidade de 500 ml a 1.000 ml por dia, de 5 a 7 dias pré-tratamento cirúrgico, podendo chegar a 14 dias para os pacientes desnutridos graves.

**AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE ONCOLÓGICO
SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ADULTO**

**Assistência nutricional ao paciente oncológico submetido a
QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ADULTO (2)**

1. Avaliação e triagem nutricional (ATN.2) do paciente submetido a Quimioterapia/Radioterapia (QT/RXT)

Consenso em ATN.2

A instituição tem um processo para avaliar e triar nutricionalmente os pacientes em programação de tratamento clínico (quimioterapia/radioterapia).

Os pacientes são triados para receber cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na ATN.2

O processo de avaliação e triagem nutricional Peri e pós tratamento clínico é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo de avaliação e triagem é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico

Justificativa de procedimentos da ATN.2

A desnutrição, que frequentemente está presente no paciente oncológico, é um fator preditor de morbimortalidade, assim, avaliar o estado nutricional do paciente oncológico em quimio e radioterapia é fundamental para a conduta terapêutica e para a qualidade de vida do paciente (OTTOSSON, et al., 2013).

Fatores como localização do tumor, perda de peso involuntária e disfunção do TGI em decorrência dos tratamentos quimio e radioterápico devem ser considerados no

momento da triagem de risco nutricional. Tumores de cabeça e pescoço, pulmão, esôfago, fígado, pâncreas, e também leucemia e sarcoma, são os que apresentam mais riscos de desnutrição (CORONHA; CAMILO; RAVASCO, 2011). Dependendo do tipo de tumor e da fase da doença, a perda de peso pode chegar a 30%, e, em mais de 80% dos pacientes, essa perda é grave, sendo, na maioria das vezes, o primeiro sinal de desnutrição em pacientes com câncer (BOZZETTI et al., 2009).

Há evidências claras de que a triagem nutricional com ferramentas de rastreio adequadas pode identificar precocemente o risco de desnutrição. Métodos específicos têm sido validados para pacientes com câncer e, entre as ferramentas mais utilizadas, estão a ASG-PPP, a ASG e a TRN-2002 (PLANAS et al., 2011).

Ainda que existam outros métodos, a ASG-PPP é considerada padrão ouro para avaliação nutricional do paciente oncológico (PINHO et al., 2011).

Bauer, Capra e Ferguson (2002) relataram que a ASG-PPP apresentou sensibilidade de 98% e especificidade de 82% para determinar a desnutrição em pacientes com câncer.

A TRN-2002 é uma ferramenta proposta para triagem da desnutrição em pacientes hospitalizados, sendo um método objetivo que se baseia em dados de ingestão alimentar, IMC e perda de peso. Pacientes com escore de TRN maior ou igual a três devem receber terapia nutricional pré-operatória para evitar piora na condição nutricional (KONDRUP et al., 2003).

A determinação da capacidade funcional, também conhecida como força de preensão palmar, realizada com um dinamômetro hidráulico, é um parâmetro que auxilia na avaliação do estado nutricional e da eficácia da terapia nutricional instituída ao paciente oncológico em tratamento clínico. É considerada importante para determinação da desnutrição, juntamente com outras ferramentas como a ASG e a ASG-PPP (WEBB et al., 1989; HUMPHREYS et al., 2002; ARORA; ROCHESTER, 1992).

Uma vez que cada método tem suas próprias vantagens e desvantagens, uma combinação de dados antropométricos, parâmetros laboratoriais, funcionais e um sistema de pontuação subjetiva são úteis na triagem da desnutrição dos pacientes oncológicos (FARAMARZI et al., 2013). A avaliação nutricional dos pacientes com câncer

deve começar desde o diagnóstico do tumor e ser repetida a cada visita, a fim de iniciar a intervenção nutricional precoce, antes que o estado geral esteja gravemente comprometido e as chances de melhorar ou de restaurar essa condição sejam prejudicadas (BOZZETTI et al., 2009).

Ações que devem ser medidas da ATN.2

1. Para início do tratamento nutricional, todos os pacientes com câncer são triados para identificar aqueles com risco e os que requerem uma avaliação nutricional mais detalhada da sua condição.
2. Essa avaliação detalhada inclui além da perda de peso ocorrida com o surgimento da doença, dados sobre ingestão alimentar, alterações clínicas e funcionais, assim como dados laboratoriais e bioquímicos.
3. A frequência da avaliação nutricional durante os períodos pré e pós-tratamento é individualizada, considerando as particularidades de cada paciente.
4. No ambulatório, em ambos períodos (Peri e pós tratamento), o paciente sem risco nutricional são re triado e avaliado em até 30 dias. Já o que apresenta risco nutricional, em até 15 dias.
5. Naqueles pacientes internados para tratamento cirúrgico, a avaliação é realizada entre 24 horas e 48 horas da internação, com a realização de TRN-2002, ASG e ASG-PPP na admissão hospitalar.
6. Durante a internação, é avaliada a condição funcional, os parâmetros antropométricos e bioquímicos, os dados da ingestão alimentar, os exames físico e clínico, respeitando os prazos de acordo com o que foi consensuado (quadro 7).
7. O diagnóstico obtido pela triagem e pela avaliação nutricional é registrado no prontuário e, de preferência, sinalizado para a equipe. Todos os pacientes, com ou sem risco de desnutrição, desnutridos ou não, tem seu diagnóstico nutricional registrado na internação e, consecutivamente, a cada sete dias.

Quadro 7 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre triagem e avaliação nutricional para o paciente oncológico adulto em tratamento clínico

Questão	Resposta
Quais pacientes adultos oncológicos devem ser avaliados?	- Todos em tratamento clínico, atendidos no ambulatório e internados, devem ser triados e avaliados
Quais indicadores de risco nutricional devem ser utilizados?	- TRN- 2002 \geq 3 - ASG-PPP \geq 2 e ASG = B - Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais ou reduzida nas 2 últimas semanas - Sintomas do TGI - Localização da doença: cabeça e pescoço, TGI e pulmão - % PP significativo ou grave
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	- No momento da internação e no ambulatório: TRN-2002, ASG-PPP ou ASG
Com que frequência deve-se triar e avaliar?	Paciente ambulatorial: - Sem risco nutricional: em até 30 dias - Com risco nutricional: em até 15 dias Paciente internado: - Na admissão hospitalar ou até 48 h - Durante a internação: semanalmente
Quais métodos devem-se utilizar na retriagem e na reavaliação?	- Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais nas 2 últimas semanas - Sintomas do TGI de impacto nutricional por mais de 3 dias consecutivos ou alternados na última semana - % PP significativo ou grave - Pacientes submetidos a cirurgia de grande porte - Anamnese nutricional - Dinamometria
Quais dados de triagem e avaliação nutricional devem ser registrados?	- Todos os dados coletados

2. Necessidade Nutricionais do paciente submetido a tratamento clínico (NN.2) (QT/RXT)

Consenso em NN.2

As necessidades nutricionais dos pacientes clínicos são estimadas pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na determinação da NN.2

A instituição tem um processo descrito para estimar as necessidades nutricionais dos pacientes em programação de tratamento clínico.

O processo para estimar essas necessidades nutricionais são padronizados através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para estimar as necessidades nutricionais dos paciente é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da NN.2

As necessidades nutricionais do paciente com câncer podem variar, dependendo do tipo e da localização do tumor, da atividade da doença, da presença de má-absorção intestinal e da necessidade de ganho de peso ou anabolismo.

Vários autores têm descrito um aumento do gasto energético em pacientes com câncer em quimio e radioterapia. No entanto, em estudos prévios,

observou-se variação do gasto energético nesses pacientes e também controvérsias em relação às diversas fórmulas empregadas para esse cálculo. Embora a calorimetria indireta seja considerada o método ideal, as equações para estimativa das necessidades nutricionais têm sido propostas por serem fáceis de usar e reproduzir na prática clínica (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011, MARTINS; CARDOSO, 2000; JUSTINO; ROCHA; WAITZBERG, 2004).

As necessidades diárias de proteínas para pacientes em radioterapia e/ou quimioterapia podem variar, dependendo da doença, da programação terapêutica, do estado nutricional prévio e das complicações presentes. No estresse prolongado e intenso, o catabolismo é de difícil controle, sendo que a depleção proteica grave nos estoques orgânicos pode prejudicar ou até mesmo interromper a quimioterapia e/ou a radioterapia, influenciando negativamente na morbidade e na mortalidade dos pacientes (MARTINS; CARDOSO, 2000; JUSTINO; ROCHA; WAITZBERG, 2004).

Pacientes oncológicos podem apresentar deficiências de micronutrientes em função do aumento das necessidades e de perdas associadas à diminuição da ingestão alimentar. Os micronutrientes devem ser ofertados em níveis adequados que contemplem de uma a duas vezes a ingestão dietética de referência (DRI, do inglês, dietary reference intake) (PINHO et al., 2011).

Ações que devem ser medidas da NN.2

- 1 O aporte Calórico é estimado utilizando a regra de caloria por quilograma de peso atual (WOOLEY e FRANKENFIELDS, 2012).
- 2 Essa quantidade de calorias varia de acordo com a condição clínica de cada paciente nos períodos pré e pós-tratamento.
- 3 Pacientes desnutridos graves a oferta de calorias é menor para evitar distúrbios metabólicos graves causados pela síndrome de realimentação.
- 4 Essa quantidade é aumentada lentamente, à medida que o paciente se adapta à oferta de mais nutrientes (WOOLEY e FRANKENFIELDS, 2012; AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011; NICE 2006; ASPEN 2002).
- 5 Para os pacientes com risco de síndrome de realimentação (história de jejum prolongado, perda de peso > 10% ou IMC menor que 18,5 kg/m²), inicia-se com

- dieta de 5 kcal/kg a 10 kcal/kg ao dia nos três primeiros dias, evoluindo lentamente, alcançando de 15 kcal/kg a 20 kcal/kg ao dia entre o quarto e décimo dias, e de 25 kcal/kg a 30 kcal/kg após a segunda semana, sempre com controle rigoroso de fósforo, potássio e magnésio (NICE 2006; BOATENG et al., 2010; SILK, JONES, HEATH, 2011).
- 6 A quantidade de proteína prescrita é estimada por quilograma de peso corporal. E a quantidade prescrita está entre 1,5 g/kg a 2,0 g/kg de peso corporal para minimiza a perda nitrogenada com melhora do balanço nitrogenado (COLLIER, CHERRY-BUKOWIEC, MILLS, 2012).
 - 7 É recomendado a oferta de 1,2 g/kg a 1,5 g/kg ao dia para os pacientes em estresse moderado e 2,0 g/kg ao dia para os pacientes em estresse grave segundo as Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional (Diten (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2011).
 - 8 As funções renais e hepática são monitoradas diariamente, pois essas insuficiências orgânicas requerem modulações diárias na quantidade de proteína.
 - 9 Os requerimentos hídricos para pacientes em quimio e radioterapia são semelhantes aos de indivíduos saudáveis, que é de 1,0 ml/kcal ou de 30 ml/kg a 35 ml/kg de peso. Ajustes são necessários na presença de desidratação e retenção hídrica (WAITZBERG et al., 2006; CUPPARI, 2007).

Quadro 8 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre as necessidades nutricionais para o paciente oncológico adulto em tratamento clínico

Questão	Resposta
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas?	<ul style="list-style-type: none"> - Calorias por quilograma de peso corporal atual - Obeso: de 20 cal/kg a 25 cal/kg - Manutenção de peso: de 25 cal/kg a 30 cal/kg - Ganho de peso: de 30 cal/kg a 35 cal/kg
Quais as recomendações proteicas?	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento oncológico sem complicações: de 1,0 a 1,2 g/kg/dia - Tratamento oncológico com estresse moderado: de 1,2 a 1,5 g/kg/dia - Tratamento oncológico com estresse grave e repleção proteica: de 1,5 a 2,0 g/kg/dia
Quais as recomendações hídricas?	- De 30 ml/kg a 35 ml/kg ao dia ou 1,0 ml/kcal

3. Terapia Nutricional (TN.2) na Peri e pós tratamento clínico do paciente oncológico (PTC)

Consenso em TN.2

Os pacientes em tratamento oncológico clínico são avaliados para receber terapia nutricional como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na TN.2

A terapia nutricional no paciente adulto oncológico clínico tem como principal objetivo a melhora clínica e nutricional com prevenção de complicações infecciosas e não infecciosas.

O processo para instituir a Terapia Nutricional Peri e pós tratamento clínico é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para instituir a Terapia Nutricional para os paciente em tratamento clínico é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da TN.2

A terapia nutricional para o paciente adulto oncológico em tratamento de quimio e radioterapia é de extrema importância para prevenir os efeitos deletérios ao estado nutricional que esses tratamentos podem ocasionar (MOTOORI et al., 2012). Está indiscutivelmente indicada para todos os pacientes em tratamento antineoplásico, desnutridos ou em risco nutricional, incapazes de ingerir e ou absorver os nutrientes adequados para a sua condição (AUGUST; HUHMAN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009; PINHO et al., 2011). A intervenção nutricional adequada está associada a maior taxa de sobrevida, melhora do estado nutricional, da ingestão alimentar, da capacidade funcional e da qualidade de vida. Esses pacientes se adaptam melhor aos programas de reabilitação, além de apresentarem menor taxa de reinternação (MUELLER et al., 2011).

Os aspectos relacionados à aceitação e à tolerância da TNE ou da TNO (ocorrências de náuseas, vômitos, distensão abdominal, cólicas, flatulência, plenitude, diarreia e constipação intestinal) e à infusão da TNP têm relevância durante o tratamento. O monitoramento deve ser realizado diariamente pelo nutricionista e/ou pela equipe multidisciplinar, e todos os dados dietéticos, clínicos, laboratoriais, sinais, sintomas, exames físico e funcional devem ser registrados no prontuário do paciente (KONDRUP et al., 2003; DAVIES, 2005).

Ações que devem ser medidas da TN.2

1. A terapia nutricional é iniciada precocemente dentro das primeiras 24 horas. Para isso, o paciente esta estável hemodinamicamente e a dieta prescrita esta em

concordância com o diagnóstico nutricional e as particularidades de cada caso, como a presença de algumas comorbidades associadas ao diagnóstico oncológico.

2. A escolha da via é determinada conforme o estado clínico e nutricional do paciente.
3. A TNO é a primeira opção, desde que o TGI esteja apto para receber nutrientes, além de ser a via mais fisiológica e de fácil acesso. A TNO é indicada sempre que o paciente apresenta uma ingestão alimentar pela via oral convencional < 70% das necessidades nutricionais (AUGUST; HUHMAN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009; PINHO et al., 2011).
4. A dieta via oral é modificada e adaptada às preferências e necessidades do paciente para manter a ingestão adequada de todos os nutrientes, minimizando a perda de peso e a piora clínica no pré e no pós-tratamento quimioterápico/radioterápico.
5. A TNE é o tratamento escolhido para pacientes que não podem manter suficiente ingestão oral, mas mantém a funcionalidade do TGI de forma total ou parcial (GEVAERD et al., 2008). Ela está indicada quando o paciente apresenta uma ingestão de menos de 60% das suas necessidades nutricionais pela via oral convencional.
6. A TNE via sonda é implementada precocemente nos casos de câncer de cabeça e pescoço ou câncer de esôfago obstrutivo. Já que esses tumores impedem diretamente a ingestão de alimentos, o que leva rapidamente à deterioração grave do estado nutricional.
7. A TNP é indicada quando o TGI não está apto para receber nutrientes de forma total ou parcial. Além disso, a TNP também é indicada como complemento da via enteral, ou seja, como associada à terapia enteral, nos casos em que a oferta de nutrientes por essa via seja < 60% das necessidades nutricionais por um período de tempo maior que dez dias (BOZZETTI et al., 2009).
8. Os pacientes são monitorados diariamente com visitas à beira do leito, com investigação da ingestão oral e da tolerância da terapia enteral, avaliação de sinais e sintomas e exames físico, funcional, clínico e laboratorial (vide Quadro 3).
9. Todos os dados, cálculos e intercorrências referentes à terapia nutricional instituída são diariamente registrados no prontuário do paciente.
10. Na presença de instabilidade hemodinâmica, a terapia nutricional, oral, enteral ou parenteral, é suspensa. Alguns transtornos do TGI, como vômitos incoercíveis,

distensão abdominal persistente com volume residual gástrico elevado e sangramento digestório, indicam a suspensão da terapia oral e/ou enteral até que esses problemas tenham sido resolvidos.

11. O desmame da terapia nutricional é progressivo, considerando-se a reabilitação alimentar convencional.
12. É observado se o paciente apresenta ingestão alimentar satisfatória por via oral (> 70% das necessidades nutricionais) e por via enteral (> 60% das necessidades nutricionais) por pelo menos três dias consecutivos, bem como se há possibilidade de utilização do TGI para o desmame da TNP (BRAGA et al., 2009; WEIMANN et al., 2006; BOZZETTI et al., 2009).

Quadro 9 – Quadro-resumo das condutas consensuadas sobre a terapia nutricional para o paciente oncológico adulto em tratamento clínico (QT/RXT)

Questão	Resposta
Quais os objetivos da terapia nutricional no paciente adulto?	<ul style="list-style-type: none">- Prevenir a desnutrição e recuperar o estado nutricional- Modular a resposta orgânica ao tratamento oncológico- Controlar os efeitos adversos do tratamento oncológico- Melhorar a resposta imunológica

	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir o tempo de internação hospitalar - Promover uma melhor qualidade de vida ao paciente
Quais critérios devem ser utilizados para indicar terapia nutricional?	- Risco nutricional ou desnutrição
Quando indicada, a terapia nutricional deve ser iniciada em que momento?	- Imediatamente após diagnóstico de risco nutricional ou de desnutrição, para pacientes ambulatoriais ou internados, desde que estejam em condições hemodinâmicas estáveis dentro das primeiras 24 horas
Quais os critérios de indicação da via a ser utilizada?	<ul style="list-style-type: none"> - TNO: quando a ingestão oral for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, os suplementos nutricionais estão indicados - TNE: quando a alimentação por via oral está contraindicada, ou a ingestão alimentar por via oral for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias - TNP: quando há impossibilidade total ou parcial de uso do TGI; como complemento da TNE, nos casos em que essa for incapaz de fornecer as necessidades nutricionais dentro dos 3 primeiros dias
Quais parâmetros devem ser utilizados para monitorar a resposta à terapia nutricional?	- Ver Quadro 3
Quais dados devem ser registrados da terapia nutricional?	- Todos os dietéticos e os coletados durante a monitoração da terapia nutricional
Quando suspender a terapia nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> - TNO: Na presença de odinofagia e disfagia grave que impeçam a ingestão oral adequada, vômitos incoercíveis, broncoaspiração, recusa do paciente e intolerância ao suplemento - TNE: Na presença de instabilidade hemodinâmica, e/ou persistentes intercorrências, como diarreia grave persistente, vômitos incoercíveis, íleo paralítico, sangramento do TGI e distensão abdominal - TNP: Na presença de instabilidade hemodinâmica ou quando a via entérica oral ou enteral estiver suprindo 75% e 60% das necessidades nutricionais, respectivamente, por 3 dias consecutivos
Como programar o desmame?	<p>Progressivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TNO: a ingestão via oral da alimentação convencional for > 70% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos - TNE : a ingestão oral for > 60% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos - TNP: for possível a utilização parcial ou total do TGI

4. Seguimento Ambulatorial

Consenso no SA.2

Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes. Os pacientes pré e após o tratamento clínico e se são avaliados para continuidade do seu tratamento como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré e pós-tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta no SA.2

A complexidade das alterações ocasionadas pelo câncer e a terapia antineoplásica resultam em comprometimento dos estados físico, psicológico e nutricional do paciente, de tal forma que evidencia-se a necessidade de um acompanhamento rigoroso após a internação, por um período de tempo que vai ser direcionado para cada paciente.

Justificativas de procedimentos no SA.2

A quimioterapia e a radioterapia causam efeitos adversos aos pacientes, entre eles, a toxicidade ao TGI, que provoca reações como náusea, vômito, mucosite, diarreia, constipação, alteração no paladar, xerostomia e alteração na absorção de nutrientes. Ambos os tratamentos podem acarretar em redução da ingestão alimentar, além da ocorrência de aversões a alimentos específicos (GARÓFOLO; PETRILLI, 2006; RAVASCO et al., 2005; SILVA, 2006).

Diante desse cenário, recomenda-se que o seguimento ambulatorial seja mensal ou quinzenal. Além disso, é importante que o acompanhamento nutricional ocorra até a reabilitação do paciente, promovendo sua autonomia e independência. Sendo assim, todo paciente com sequelas do tratamento com implicações nutricionais deve ser acompanhado no ambulatório de nutrição até sua reabilitação. O paciente adulto, sem evidência de doença ativa, com ou sem comorbidade e ausência de sequelas, deverá ser devidamente encaminhado para o acompanhamento em unidade da rede básica de saúde.

Ações que devem ser medidas no SA.2 (quadro 10)

1. Todos os pacientes que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades são acompanhados pelo serviço de nutrição da unidade hospitalar.
2. São utilizados os instrumentos consensuados para triagem e avaliação nutricional dos pacientes em ambiente ambulatorial (quadro 1).
3. São empregadas as fórmulas consensuadas para estimativa das necessidades nutricionais, que incluem determinação das calorias, proteínas e líquidos dos pacientes para acompanhamento ambulatorial (quadro 2).
4. São incorporado o aconselhamento nutricional adequado às necessidades dos pacientes ambulatoriais, no período pré e pós tratamento clínico.
5. O paciente recebe orientação da dieta oral, enteral ou parenteral que fará em regime domiciliar, com base na avaliação do profissional nutricionista das condições clínicas, nutricionais e socioeconômicas para traçar o melhor plano terapêutico. Durante essa abordagem, são avaliadas a presença de comorbidades associadas e sequelas causadas pelo procedimento clínico atineoplásico. Nessa intervenção ambulatorial é medida a relação direta com o aumento da sobrevida e a melhor reabilitação do paciente ao convívio social.

Quadro 10 – Quadro-resumo do seguimento ambulatorial para o paciente oncológico adulto em tratamento clínico

Questão	Resposta
Quais pacientes devem ser acompanhados em ambulatório?	- Todos os pacientes que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	- Ver Quadro 7
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas proteicas e hídricas?	- Ver Quadro 8

Qual conduta nutricional deve-se tomar durante o atendimento ambulatorial?	- Aconselhamento nutricional individualizado para que as necessidades dos pacientes sejam adaptadas às intolerâncias apresentadas, associado à TNO ou à TNE, quando indicado
--	--

**AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO
SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

**AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO
SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

1. Avaliação e triagem nutricional (ATN.3) do paciente submetido ao TCTH (transplante de células tronco hematopoiéticas)

Consenso em ATN.3

A instituição tem um processo para avaliar e triar nutricionalmente os pacientes em programação de ao TCTH.

Os pacientes são triados para receber cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na ATN.3

O processo de avaliação e triagem nutricional Peri e pós tratamento clínico do TCTH é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo de avaliação e triagem é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico

Justificativa de procedimentos da ATN.3

O sucesso do transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), a curto e longo prazos, é influenciado por diversos fatores, como diagnóstico e estágio da doença, tipo de transplante (autólogo, singênico ou alogênico), grau de histocompatibilidade do doador, regime preparatório (mieloablativo versus não mieloablativo), fonte de células (medula óssea, sangue periférico, sangue do cordão umbilical e placentário), idade, tratamento prévio e estado nutricional (THOMAS et al., 1999; DEEG et al., 1995; AUGUST; HUHMAN; AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) BOARD OF DIRECTORS, 2009).

Os pacientes candidatos a TCTH são considerados de risco nutricional ou já estão desnutridos em função da doença de base, do regime que será realizado e da toxicidade

do tratamento, principalmente sobre o TGI. Isso resulta em aumento da morbidade e da mortalidade (HORSLEY; BAUER; GALLAGHER, 2005; IESTRA et al., 2002).

A perda de peso não intencional é uma condição comum e frequente no doente com câncer nos diferentes tipos de transplante. Sabe-se que esses pacientes apresentam um alto risco para a desnutrição, tanto na fase pré quanto na pós-transplante, e que a alteração do estado nutricional pré-transplante é um fator prognóstico negativo para a evolução desses pacientes (LENSSSEN et al., 1990; DEEG et al., 1995; SOMMACAL et al., 2012).

Por esse motivo, a triagem e a avaliação do estado nutricional são os primeiros passos para o diagnóstico e o tratamento da desnutrição. A avaliação nutricional prévia também contribui para o sucesso pós-transplante, como a reconstituição imunológica e da medula óssea, reduzindo infecção e outras complicações, com consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes (DICKSON et al., 1999; LIU et al., 2012).

Ações que devem ser medidas da ATN.3

1. A Triagem e avaliação nutricional são realizadas no momento da internação e na admissão ambulatorial.
2. São utilizadas ferramentas validadas para triagem como TRN-2002, ASG-PPP e ASG.
3. São associados outros indicadores nutricionais, como a anamnese nutricional que contemple os dados clínicos e dietéticos e a análise de parâmetros bioquímicos (MORTON et al., 1998; IESTRA et al., 2002; WANG et al., 2013). E a avaliação da capacidade funcional também pode ser realizada como um dado complementar à avaliação nutricional por meio da dinamometria, para determinar a força de prensão palmar (HUMPHREYS et al., 2002).
4. Na presença de risco nutricional a frequência da avaliação nutricional, não excede a 15 dias para pacientes ambulatoriais e de 30 dias para aqueles que ainda não apresentam risco.
5. Para pacientes hospitalizados são avaliados precocemente, ou seja, na admissão hospitalar ou em até 48 horas após a internação, seguida da reavaliação em sete dias.

6. Caso o paciente permaneça internado por longos períodos, essa reavaliação é realizada semanalmente.
7. Os dados obtidos durante a triagem e a avaliação nutricional são registrados em prontuário para que todos da equipe multiprofissional tenham conhecimento sobre as informações pertinentes ao estado nutricional do paciente.

O Quadro 11 apresenta as condutas consensuadas sobre a triagem e a avaliação nutricional para os pacientes adultos oncológicos nas diferentes etapas do TCTH.

Quadro 11 – Quadro-resumo da triagem e da avaliação do estado nutricional do paciente oncológico adulto em transplante de células-tronco hematopoéticas

Questão	Resposta
Quais os pacientes adultos oncológicos que devem ser avaliados?	- Todos os atendidos no ambulatório e os internados devem ser triados e avaliados nutricionalmente, independente do tipo de TCTH
Quais indicadores de risco nutricional devem ser utilizados?	- TRN-2002 \geq 3 - ASG-PPP \geq 2 e ASG = B - Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais ou reduzida nas últimas semanas - Perda de peso não intencional - Sintomas do TGI, como esofagite, mucosite, diarreia, disgeusia, xerostomia - Transplante alogênico, principalmente regime de condicionamento mieloablativo
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	- TRN-2002 - ASG-PPP ou ASG - Anamnese alimentar - Dinamometria
Com que frequência os pacientes devem ser triados e avaliados?	- Até 48 h após a internação - Uma vez por semana durante todo o período de internação - Durante a consulta ambulatorial
Quais métodos devem ser utilizados na retriagem e na reavaliação?	- Ingestão alimentar < 75% das necessidades nutricionais nas 2 últimas semanas

	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomas do TGI de impacto nutricional por mais de 3 dias consecutivos ou alternados na última semana - % PP significativo ou grave - Anamnese nutricional - Dinamometria
Quais dados da triagem e da avaliação nutricional devem ser registrados?	- Todos os coletados na triagem e na avaliação nutricional devem ser registrados em prontuário

2. Necessidade Nutricionais do paciente Clínico (NN.2) do paciente submetido ao TCTH

Consenso em NN.3

As necessidades nutricionais dos pacientes clínicos são estimadas pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na determinação da NN.3

A instituição tem um processo descrito para estimar as necessidades nutricionais dos pacientes em programação de TCTH.

O processo para estimar essas necessidades nutricionais são padronizados através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

A descrição de todo processo para estimar as necessidades nutricionais dos paciente é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;

O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da NN.3

Durante o tratamento de TCTH, os pacientes apresentam várias complicações, principalmente do TGI, que impedem a ingestão e a absorção dos nutrientes e das calorias. Ao mesmo tempo, os pacientes necessitam de um maior aporte de nutrientes em função do aumento da demanda metabólica. A manutenção do estado nutricional, portanto, é de extrema importância durante todo o período do TCTH (ANDERS et al., 2000; DICKSON et al., 1999; DEEG et al., 1995; BENSINGER; BUCKNER, 1999).

Pacientes oncológicos podem apresentar deficiências de micronutrientes em função do aumento das necessidades e de perdas associadas à diminuição da ingestão alimentar. Os micronutrientes devem ser ofertados em níveis adequados que contemplem de uma a duas vezes a ingestão dietética de referência (DRI, do inglês, dietary reference intake) (PINHO et al., 2011).

Ações que devem ser medidas da NN.3

1. As necessidades de caloria e de nutrientes variam de paciente para paciente e com o tipo de transplante, entretanto, todos os pacientes necessitam de um aporte elevado de calorias 1,5 vezes o balanço energético basal, ou aproximadamente de 30 kcal/kg a 35 kcal/kg de peso corporal (MUSCARITOLI et al., 2002; MENDELSON; SCHATNER, 2012).
2. No período de pós-transplante imediato (de 30 a 50 dias), são consideradas as necessidades energéticas decorrente do aumento do requerimento em razão de condicionamento, febre, infecções, doença do enxerto-contra-hospedeiro (DECH) aguda e outras complicações metabólicas (LENSEN, P.; AKER, S.N, 1985).
3. No pré-tansplante, é considerado o requerimento de 1,5 g de proteína por Kg de peso por dia.
4. Com objetivo de melhorar a condição clínica e o balanço nitrogenado (MUSCARITOLI et al., 2002).O requerimento proteico considerado é de 1,5 g/kg de peso corporal durante os três primeiros meses pós-transplante.

5. O aporte de fluídos infundidos e perdidos é monitorado e documentado para evitar hiper-hidratação e desidratação.
6. É ofertado de 30 ml/kg a 35 ml/kg ao dia, considerando o resultado do balanço hídrico, as perdas e as retenções (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998; CUPPARRI, 2005).
7. No pós TCTH durante os episódios de neutropenia febril são seguidos protocolos nutricionais que visem segurança alimentar do paciente.
8. Existem protocolos e estratégias escritas no manuseio de complicações decorrentes do TCTH como mucosite grave, Doença enxerto versus hospedeiro, doença veno-oclusiva e outras.
9. Existe um plano de alta elaborado, prevendo orientações, considerando sequelas da doença e do tratamento.

O Quadro 12 apresenta o resumo das recomendações nutricionais para os pacientes oncológicos adultos submetidos ao TCTH.

Quadro 12 – Quadro-resumo das necessidades nutricionais do paciente oncológico adulto submetido a transplante de células-tronco hematopoéticas

Questão	Resposta
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas e qual a quantidade calórica adequada?	- Pré e pós-transplante: calorias por quilograma de peso corporal atual – de 30 kcal/kg a 35 kcal/kg ao dia
Quais as recomendações proteicas?	- Pré e pós-transplante: 1,5 g/kg de peso corporal atual
Quais as recomendações hídricas?	- Pré e pós-transplante: de 30 ml/kg a 35 ml/kg ao dia

3. Terapia Nutricional (TN) na Peri e pós tratamento TCTH

Consenso em TN.3

Os pacientes submetidos ao TCTH são avaliados para receber terapia nutricional como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na TN.3

A terapia nutricional no paciente adulto oncológico clínico tem como principal objetivo a melhora clínica e nutricional com prevenção de complicações infecciosas e não infecciosas.

O processo para instituir a Terapia Nutricional Peri e pós TCTH é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para instituir a Terapia Nutricional para os paciente em tratamento clínico é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da TN.3

Como todos os pacientes candidatos a TCTH são considerados de risco nutricional, o manejo nutricional é um grande desafio para a equipe multidisciplinar. Os pacientes frequentemente apresentam uma necessidade elevada de nutrientes e possuem alteração no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios. Apresentam dificuldade para ingestão oral e frequentemente necessitam de modificações da dieta oral e uso de suplementos orais e terapia nutricional para prevenir e tratar a desnutrição e reduzir a mortalidade (DICKSON et al., 1999; DEEG et al., 1995; BENSINGER; BUCKNER, 1999).

A terapia nutricional com quantidade adequada de fluidos, macronutrientes e micronutrientes e a via de oferta serão adaptadas à terapia associada e às complicações metabólicas e clínicas que estão presentes nos pacientes candidatos a TCTH (RINGO; CHEN, 2012). A terapia nutricional também visa a preparar o paciente para o tratamento mieloablativo ou semimieloablativo (THOMPSON; DUFFY 2008).

Assim, a terapia nutricional para o paciente candidato ao TCTH deve ser iniciada precocemente e tem como objetivos: reduzir as complicações metabólicas e clínicas, manter ou melhorar o estado nutricional e fornecer nutrientes e calorias adequados à recuperação hematopoética (ANDERS et al., 2000). A terapia nutricional indicada pode ser por via oral, enteral ou parenteral. A escolha da via deve ser orientada pela presença de sinais e sintomas e pela adequação da ingestão oral, podendo ser utilizada mais de uma via simultaneamente, com o objetivo de atender às necessidades nutricionais do paciente.

Inicialmente, a TNP era a primeira escolha para nutrir os pacientes em TCTH, em função da toxicidade causada ao trato digestório pelas elevadas doses de quimioterápicos utilizados para a ablação do sistema imune do paciente no período pré-transplante. Entretanto, vários estudos mostraram que a TNP estava associada à hiperglicemia, ao aumento do tempo de internação, à infecção, ao atraso no sucesso do enxerto, sem alterar positivamente a condição clínica do paciente (THOMPSON; DUFFY 2008; CETIN et al., 2002; MULDER et al., 1989; SHEEAN; BRAUNSCHWEIG; RICH, 2004; SHEEAN et al., 2006).

Inversamente, a TNE está associada ao melhor controle da glicemia (SHEEAN; BRAUNSCHWEIG; RICH, 2004; SHEEAN et al., 2006) e da mortalidade causada pela infecção durante os 100 primeiros dias do enxerto (HABSCHMIDT et al., 2012; SEGUY et al., 2006; THOMPSON; DUFFY, 2008). Alguns pacientes mostram desconforto importante com a TNE, como plenitude, dor abdominal, vômitos, piora da diarreia e da mucosite, assim como retirada inadvertida da sonda enteral, o que piora a condição nutricional com maior perda de peso (SEFCICK et al., 2001; HASTINGS; WHITE; YOUNG, 2006; SEGUY et al., 2006; LIPKIN; LENSSEN; DICKSON, 2005).

Nessa situação, a nutrição parenteral pode ser uma via de alimentação benéfica, principalmente para os pacientes denutridos graves em TCTH alogênico, com elevadas doses de terapia pré-transplante, que resultam em grave toxicidade intestinal, o que prejudica a indicação das terapias oral ou enteral (IESTRA et al., 1999).

Ações que devem ser medidas da TN.3

1. A terapia nutricional para o paciente candidato ao TCTH é iniciada precocemente e tem como objetivos: reduzir as complicações metabólicas e clínicas, manter ou melhorar o estado nutricional e fornecer nutrientes e calorias adequados à recuperação hematopoética (ANDERS et al., 2000).
2. A escolha da via é orientada pela presença de sinais e sintomas e pela adequação da ingestão oral, e pode quando indicado tem sido utilizada mais de uma via simultaneamente, com o objetivo de atender às necessidades nutricionais do paciente.
3. Os suplementos nutricionais são indicados na presença de esofagite, mucosite e xerostomia, que prejudicam a ingestão oral, e quando essa está < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias
4. Na presença de esofagite e mucosite que contraindiquem a ingestão oral, ou quando essa for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias tem sido indicado a TNE.
5. Tem sido indicado a TNP quando há impossibilidade total ou parcial de uso do TGI (quando a terapia nutricional causar mais desconforto que benefício ao paciente com presença de dor, plenitude, piora da diarreia e da mucosite, sangramento intestinal).
6. A TNP, tem sido associada à TNE, quando o paciente tolera pequenos volumes pela via enteral.
7. A TNP tem sido iniciada precocemente, logo após o transplante, principalmente para os pacientes desnutridos, em transplante alogênico, com ingestão oral insuficiente (60% a 70%), podendo mantê-la por de 15 a 20 dias (RAYNARD et al., 2003).
8. Essa terapia tem sido descontinuada com a melhora dos sintomas que proporcionem uma ingestão ou enteral em torno de 50% (BOZZETTI et al., 2009). A TNE apresenta melhores resultados quando utilizada para os TCTH não ablativos ou mieloablativos, com baixa toxicidade ao TGI.
9. A monitoração rigorosa e diária é feita, pois há risco de insuficiência de oferta de nutrientes e calorias e, desmame da TNE e ou da TNP também é realizado com cautela, para não causar mais prejuízos à condição nutricional, como desconforto, dor, piora da mucosite e da diarreia.

10. Têm sido contornados estes riscos com mudança e associação de vias de oferta de nutrição, garantindo todo o aporte que o paciente necessita, seja oral, seja enteral, seja parenteral.
11. A equipe está atenta aos sinais e sintomas apresentados que conduzem à escolha mais adequada da via de nutrição. E para a descontinuidade de cada terapia nutricional, é considerada a decisão em equipe multidisciplinar, principalmente de médico, nutricionista e enfermeiro, bem como a decisão do paciente, quando esse pode opinar de forma consciente.
12. Todos os dados são notificados no prontuário do paciente.

O Quadro 13 apresenta as condutas consensuadas sobre terapia nutricional para os pacientes oncológicos adultos submetidos ao TCTH.

Quadro 13 – Quadro-resumo da terapia nutricional do paciente oncológico adulto submetido a transplante de células-tronco hematopoéticas

Questão	Proposta
Quais os objetivos da terapia nutricional no paciente adulto?	<ul style="list-style-type: none"> - Manter ou recuperar o estado nutricional - Prevenir complicações infecciosas e não infecciosas - Proporcionar conforto ao paciente com transtornos do TGI - Reduzir perdas intestinais - Manter o TGI funcional - Evitar ou minimizar as deficiências nutricionais decorrentes da terapia oncológica

	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um plano nutricional individualizado que atenda às exigências nutricionais durante todas as fases do tratamento - Encorajar e estimular a ingestão oral mediante a adequação da dieta aos sintomas causados pelo tratamento, respeitando hábitos e tolerância do paciente
Quais critérios devem ser utilizados para indicar terapia nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os pacientes que serão submetidos ao TCTH são considerados em risco nutricional em função da doença de base e da toxicidade do tratamento pré-transplante, por isso a terapia nutricional está indicada por via oral, enteral e ou parenteral quando: - Em tratamento ablativo ou semiablativo pré-transplante com elevadas doses de quimioterápicos que resultam em neutropenia - Diagnóstico nutricional de desnutrição - Ingestão < 70% das recomendações em razão da presença de esofagite, mucosite, náuseas, vômitos, xerostomia - Presença de diarreia
Quando indicada, a terapia nutricional deve ser iniciada em que momento?	<ul style="list-style-type: none"> - Imediatamente após diagnóstico de risco nutricional ou de desnutrição, para pacientes ambulatoriais ou internados, desde que estejam em condições hemodinâmicas estáveis dentro das primeiras 24 h
Quais critérios de indicação da via a ser utilizada?	<ul style="list-style-type: none"> - TNO: os suplementos nutricionais estão indicados na presença de esofagite, mucosite e xerostomia, que prejudicam a ingestão oral, e quando essa for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias - TNE: na presença de esofagite e mucosite que contraindiquem a ingestão oral, ou quando essa for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias - TNP: quando há impossibilidade total ou parcial de uso do TGI (quando a terapia nutricional causar mais desconforto que benefício ao paciente com presença de dor, plenitude, piora da diarreia e da mucosite, sangramento intestinal). A TNP, em alguns casos, pode estar associada à TNE, ou seja, nessa situação, o paciente tolera pequenos volumes pela via enteral
Quais parâmetros devem ser utilizados para monitorar a resposta à terapia nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Quadro 3
Quais dados da terapia nutricional devem ser registrados ?	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os dados dietéticos e os coletados durante a monitoração
Quando suspender a terapia nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> - TNO: na presença de instabilidade hemodinâmica e de esofagite ou mucosite grave que impeçam a ingestão oral adequada, obstrução, vômitos incoercíveis, risco de broncoaspiração, recusa do paciente e intolerância ao suplemento - TNE: na presença de instabilidade hemodinâmica e/ou piora da dor, distensão abdominal, mucosite, diarreia, vômitos incoercíveis, íleo paralítico e sangramento intestinal

	<ul style="list-style-type: none"> - TNP: na presença de instabilidade hemodinâmica ou quando as vias oral ou enteral estiverem suprimindo 75% e 60% das necessidades nutricionais, respectivamente
Como programar o desmame?	<p>Progressivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TNO: quando a ingestão via oral da alimentação convencional for > 70% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos - TNE: quando a ingestão oral for > 60% das necessidades nutricionais por 3 dias consecutivos - TNP: quando possível a utilização parcial ou total do TGI

4. Seguimento Ambulatorial

Consenso no SA.3

Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes. Os pacientes pré e após o tratamento clínico e se são avaliados para continuidade do seu tratamento como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré e pós-tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta no SA.3

A complexidade das alterações ocasionadas pelo câncer e a terapia antineoplásica resultam em comprometimento dos estados físico, psicológico e nutricional do paciente, de tal forma que evidencia-se a necessidade de um acompanhamento rigoroso após a internação, por um período de tempo que vai ser direcionado para cada paciente.

Justificativas de procedimentos no SA.3

O seguimento ambulatorial é considerado parte integrante dos cuidados com os pacientes submetidos ao TCTH. Essa fase do tratamento tem por objetivo, minimizar os prejuízos da condição nutricional secundária em função da toxicidade gastrointestinal (DICLEHAN et al., 2006).

O período de seis meses que segue após o TCTH ou os 100 primeiros dias pós-transplante (D+100) são decisivos no sucesso do tratamento, pois é quando ocorre maior risco de infecções oportunistas com aumento da morbidade e da mortalidade, em especial para aqueles pacientes submetidos a transplante alogênico (HABSCHMIDT et al., 2012; SEGUY et al., 2006; THOMPSON; DUFFY 2008; RINGO; CHEN, 2012). O transplante autólogo, em razão da origem das células-tronco ser do próprio paciente e pelo fato de não usar drogas imunossupressoras, confere um menor tempo de risco, que pode variar de três a seis meses. Os cuidados para o transplantado singênico devem ser o mesmo, já que as células são originadas de um doador gêmeo homocigoto, ou seja, são células idênticas (MUSCARITOLI et al., 2002).

Nesse contexto, alguns pacientes podem apresentar complicações no pós-TCTH, como desnutrição grave, diabetes, dislipidemia, decorrentes dos efeitos tardios do regime realizado com quimioterápicos, imunossupressores e corticoides (GARÓFOLO, 2006). Assim, os pacientes devem ser orientados a receber uma terapia nutricional preventiva pré-transplante e, no pós-transplante, um acompanhamento periódico para correção das perdas e complicações que se seguem ao tratamento autólogo, singênico ou alogênico.

O Quadro 14 apresenta as condutas consensuadas para o seguimento ambulatorial de pacientes adultos submetidos ao TCTH.

Ações que devem ser medidas no SA.3 (quadro 14)

1. Todos os pacientes que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades são acompanhados pelo serviço de nutrição da unidade hospitalar. São utilizados os instrumentos consensuados para triagem e avaliação nutricional dos pacientes em ambiente ambulatorial (quadro 1).
2. São empregadas as fórmulas consensuadas para estimativa das necessidades nutricionais, que incluem determinação das calorias, proteínas e líquidos dos pacientes para acompanhamento ambulatorial (quadro 2).
3. São incorporado o aconselhamento nutricional adequado às necessidades dos pacientes ambulatoriais, no período pré e pós TCTH.

4. O paciente recebe orientação da dieta oral, enteral ou parenteral que fará em regime domiciliar, com base na avaliação do profissional nutricionista das condições clínicas, nutricionais e socioeconômicas para traçar o melhor plano terapêutico.
5. Durante essa abordagem, são avaliadas a presença de comorbidades associadas e sequelas causadas pelo procedimento clínico atineoplásico. Nessa intervenção ambulatorial é medida a relação direta com o aumento da sobrevida e a melhor reabilitação do paciente ao convívio social.

Quadro 14 – Quadro-resumo do seguimento ambulatorial do paciente oncológico adulto submetido a transplante de células-tronco hematopoéticas

Questão	Resposta
Quais pacientes devem ser acompanhados em ambulatório?	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os pacientes candidatos ao TCTH alogênico são caracterizados como de risco nutricional, por isso devem ser acompanhados em ambulatório - Atenção especial deve ser dada aos pacientes com transtornos do trato digestório, aos idosos e aos previamente desnutridos - Para os em transplante autólogo e singênico, avaliar cada caso isoladamente, acompanhando, no ambulatório, aqueles desnutridos ou com alteração do TGI
Quais instrumentos devem ser utilizados para triagem e avaliação nutricional?	- Ver Quadro 11
Qual método deve ser utilizado para estimativa das necessidades calóricas proteicas e hídricas?	- Ver Quadro 12
Que condutas nutricionais devem ser adotadas durante o atendimento ambulatorial?	Pré-transplante:

	<ul style="list-style-type: none">- Aconselhamento nutricional preventivo com orientação de uso de suplemento nutricional hipercalórico e hiperproteico para preparar o paciente para o regime a ser realizado para o TCTH <p>Pós-transplante:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aconselhamento nutricional direcionado aos sinais e sintomas presentes, adaptado à tolerância do paciente, com prescrição de fórmula hipercalórica e hiperproteica, visando também à recuperação nutricional- Os pacientes em atendimento ambulatorial submetidos a transplante autólogo ou singênico devem ser orientados quanto aos cuidados na manipulação dos alimentos e utensílios durante 3 meses pós-TCTH, e, aos submetidos ao transplante mieloablativo ou semimieloablativo alogênico, essa recomendação deve ser seguida por um ano ou mais se o paciente permanecer em terapia imunossupressora
--	--

AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE IDOSO ONCOLÓGICO

AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE TRATAM O PACIENTE IDOSO ONCOLÓGICO

1. Avaliação e triagem nutricional (ATN.4) do paciente idoso Oncológico

Consenso em ATN.4

A instituição tem um processo para avaliar e triar nutricionalmente os pacientes idosos oncológicos.

Os pacientes são triados para receber cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na ATN.4

O processo de avaliação e triagem nutricional Peri e pós tratamento do paciente idoso oncológico é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo de avaliação e triagem é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico

Justificativa de procedimentos da ATN.4

A desnutrição é uma condição frequente nos pacientes idosos com câncer. Aumenta a sua vulnerabilidade para a doença, podendo ocorrer redução da massa muscular e tecido adiposo, e colocá-los assim em maior risco de síndrome de realimentação, caquexia ou sarcopenia. (DEL FABBRO et al. 2012, BARRIOS et al. 2014, PREVOSTA et al, 2014, FEARON et al. 2011, SANTOS et al. 2015).

A fragilidade é outro fator que vem comprometendo não somente a qualidade de vida de pessoas idosas, como também a saúde em geral. Uma das maiores causas de fragilidade é a anorexia no envelhecimento, resultando na redução da ingestão, levando a desnutrição energética e proteica. Uma triagem nutricional adequada para identificar o risco nutricional ou desnutrição estabelecida é essencial e melhores resultados podem ser alcançados com a combinação do Questionário de avaliação de apetite (SNAQ) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) (ROLLAND et al. 2012..

O termo sarcopenia vem do grego “ pobreza de carne” (ROSENBERG, 1997), é caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa muscular associada a perda da força e/ou função muscular geralmente associada com o avançar da idade e a sua prevalência está relacionada com o envelhecimento, podendo levar a efeitos negativos sobre a função e evolução clínica (MORLEY et al. 2011, MUSSOI, 2014; BARBOSA-SILVA et al. 2015). No entanto, a sarcopenia tem caráter reversível, pois está relacionada a musculatura esquelética, tendo grande capacidade de reabilitação, restaurando a capacidade física do idoso.

Sabe-se que a atividade física exerce um papel fundamental na manutenção ou lentificação da perda da massa muscular, sendo o sedentarismo um fator que predispõem a sarcopenia em idosos (JANSSEN, 2004). Há cada vez mais evidências da melhora da fragilidade com exercícios aeróbicos e de resistência (SINGH et al. 2012).

Um dos desafios de tratar os idosos oncológicos é o risco de maior toxicidade dos tratamentos. HURRIA e colaboradores 2011 confirmam a necessidade da utilização de outros métodos de avaliação para identificar melhor o paciente idoso com maior risco. Nesse estudo eles identificaram um maior grau de toxicidade com a idade avançada e a redução da dose de quimioterápicos as vezes se faz necessário para uma maior tolerância do tratamento, evitando hospitalizações. O mesmo estudo refere que a avaliação de desempenho rotineiramente utilizada Karnofsky performance status (KPS) não identifica os idosos com risco nutricional aumentado para toxicidade de quimioterapia, pois a população de pacientes idosos pode ser bastante heterogênea, sendo importante a utilização de outros métodos de avaliação.

A avaliação nutricional, primeiro passo da assistência nutricional, é um processo sistemático e dinâmico de coleta, verificação e interpretação de dados, que tem como objetivo identificar e solucionar os problemas relacionados com a nutrição e subsidiar o diagnóstico nutricional (DITEN, 2011). O diagnóstico correto possibilita que sejam tomadas as medidas adequadas de intervenção, na tentativa de amenizar a gravidade do quadro, auxiliar na evolução do tratamento, no alívio dos sintomas e na redução da morbimortalidade (DUVAL et al.,2010; NAJAS 2011) .

Ações que devem ser medidas da ATN.4

1. A Triagem e avaliação nutricional são realizadas no momento da internação e na admissão ambulatorial.
2. São utilizadas ferramentas validadas para triagem do idoso oncológico como ASG-PPP e ASG e MAN.
3. São associados outros indicadores nutricionais, como a anamnese nutricional que contemple os dados clínicos e dietéticos e a análise de parâmetros bioquímicos (MORTON et al., 1998; IESTRA et al., 2002; WANG et al., 2013). E a avaliação da capacidade funcional também pode ser realizada como um dado complementar à

avaliação nutricional por meio da dinamometria, para determinar a força de preensão palmar (HUMPHREYS et al., 2002).

4. Na presença de risco nutricional a frequência da avaliação nutricional, não excede a 15 dias para pacientes ambulatoriais e de 30 dias para aqueles que ainda não apresentam risco.
5. Para pacientes hospitalizados são avaliados precocemente, ou seja, na admissão hospitalar ou em até 48 horas após a internação, seguida da reavaliação em sete dias.
6. Caso o paciente permaneça internado por longos períodos, essa reavaliação é realizada semanalmente.
7. Os dados obtidos durante a triagem e a avaliação nutricional são registrados em prontuário para que todos da equipe multiprofissional tenham conhecimento sobre as informações pertinentes ao estado nutricional do paciente.

O Quadro 15 apresenta as condutas consensuadas sobre a triagem e a avaliação nutricional para os pacientes idosos oncológicos.

Quadro 15 - Quadro-resumo sobre avaliação nutricional no paciente idoso oncológico.

Questões	Proposta
Quais instrumentos eu devo utilizar para a AN?	<p>Admissão: ASG-PPP ou MAN nas primeira 24/48 horas</p> <p>Durante a Internação</p> <p>Anamnese nutricional pormenorizada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados clínicos, , • Exame físico • História alimentar • Exames laboratoriais • Parâmetros antropométricos <ul style="list-style-type: none"> - IMC e CP - CB, CMB e PCT - % PP

	<ul style="list-style-type: none"> • Estimativas quando não for possível usar medições <p>Ambulatório</p> <p>ASG-PPP ou mini-avaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR)</p> <p>Anamnese nutricional pormenorizada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados clínicos, , • Exame físico • História alimentar • Exames laboratoriais • Parâmetros antropométricos <ul style="list-style-type: none"> - IMC e CP - CB, CMB e PCT - % PP <ul style="list-style-type: none"> • Estimativas quando não for possível usar medições
<p>Quais são os indicadores RN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MAN versão reduzida 8 a 11 ou ASGPPP B ou C - Ingestão alimentar menor que 60% das necessidades por um período maior que 5 dias - % PP atual significativa ou grave - Albumina $\leq 3,5$ mg/dl - Colesterol sérico total <160 mg/dl -PCR ≥ 10 mg/dl <p>Presença de sintomas do TGI</p> <p>Diagnóstico de fragilidade</p> <p>Tumor de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, abdominais e pulmão</p> <p>Radioterapia e cirurgias (cabeça e pescoço, tórax e abdômen) e protocolos de QT com potencial efeito para náuseas, diarreia e mucosite</p>
<p>Quais os pacientes idosos que devem ser avaliados?</p>	<p>Todos os pacientes internados ou ambulatoriais</p>

Com que frequência eu devo avaliar?	<p>Admissão até 48 horas</p> <p>Durante a Internação</p> <p>Anamnese alimentar e exames físico e clínico: diariamente</p> <p>Pacientes sem RN</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAN ou ASG-PPP: na internação • Antropometria: em até 7 dias <p>Pacientes com RN ou desnutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antropometria: em até 48 horas da internação <p>Ambulatório</p> <p>Pacientes sem RN reavaliar mensalmente</p> <p>Pacientes com RN ou desnutridos avaliar quinzenalmente</p>
Que dados da AN devo registrar?	Todos os dados da AN em formulário próprio do serviço (em prontuário) e no sistema informatizado

2. Necessidade Nutricionais do paciente Clínico (NN.4) dos pacientes idosos oncológicos de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Consenso em NN.4

As necessidades nutricionais dos pacientes clínicos são estimadas pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento dos pacientes oncológicos idosos de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na determinação da NN.4

A instituição tem um processo descrito para estimar as necessidades nutricionais dos pacientes oncológicos idosos de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

O processo para estimar essas necessidades nutricionais são padronizados através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

A descrição de todo processo para estimar as necessidades nutricionais dos paciente é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;

O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da NN.4

Os idosos tendem a estar em saúde nutricional marginal (Shils ME, Olson JA, Ross AC, 2003). Com o envelhecimento, mudanças fisiológicas, metabólicas e capacidade funcional resultam na alteração das necessidades nutricionais (JENSEN GL, MCGEE M, BINKLEY J, 2001).

A desnutrição é uma das possíveis complicações nos pacientes idosos com câncer e pode comprometer o seu tratamento. Os pacientes passam por mudanças metabólicas que interferem nas suas necessidades de macro e micronutrientes (SANTARPIA L, CONTALDO F, PASANISI F, 2011). Estas condições também aumentam os custos financeiros para o sistema de saúde devido aos cuidados extras que são necessários.

Os métodos disponíveis para determinar as necessidades energéticas impõem condições que dificultam as suas aplicações nas práticas hospitalar e ambulatorial, limitando seu uso a estudos clínicos (CUPPARI, 2005). Os métodos práticos podem ser utilizados, embora careçam de validação com base em evidências, eles têm sido utilizados frequentemente na prática clínica para estimar as necessidades energéticas de pacientes oncológicos (CHARNEY 2010, HURST 2006). Desta forma, devem ser considerados nas recomendações das necessidades calóricas dos pacientes oncológicos idosos a presença de desnutrição, obesidade, estresse leve, moderado, grave e sepse.

A necessidade proteica está aumentada em idosos, em parte, devido à redução da resposta anabólica, como também para compensar inflamações e condições catabólicas associadas a doenças agudas e crônicas. As referências de consumo de proteínas têm tradicionalmente sugerido quantidades similares para todos os adultos, sem considerar idade ou sexo: 0,8 g/kg/dia. Este tipo de recomendação não considera mudanças no metabolismo, imunidade, níveis hormonais ou progressiva fragilidade relacionados à idade. Novas evidências mostram que uma maior ingestão diária de proteínas é benéfica para manter a saúde, promover recuperação e manter a funcionalidade em idosos, devendo também ser considerados os objetivos terapêuticos relacionados a doença, tratamento e condições nutricionais atuais (BAUER J. et al, 2013).

Devido à propensão a desenvolver desidratação, o balanço hídrico no paciente idoso é extremamente importante, além da baixa ingestão os pacientes em tratamento oncológico aumentam as perdas de fluidos devido a toxicidades relacionadas ao tratamento como náuseas, vômitos e diarreia. A desidratação favorece o surgimento do estado confusional agudo como também de infecções urinárias. (INNOUE 2003). A DRI (Dietary Reference Intakes, 2004) baseou-se no consumo médio de água total dos norte-americanos para calcular a ingestão adequada (AI, *adequate intake*) de água, pois uma hidratação normal pode ser mantida numa larga margem de sua ingestão, sendo 3,7 litros para homens e 2,7 litros para mulheres por dia, para a faixa etária de 19-70 anos. A necessidade de 30-40 ml/kg/dia é adequada para paciente com estado de hidratação normal, assumindo-se função renal e cardíaca normais. Fatores como diarreia, vômitos e febre podem afetar as necessidades hídricas (KREYMANN K et al, 2002).

As deficiências de micronutrientes podem ocorrer não só na presença do câncer, mas devido aos efeitos do tratamento como alterações na ingestão, absorção, anorexia, desidratação, vômitos e diarreia. As recomendações devem ser feitas conforme a DRI/RDA durante o tratamento e após término do mesmo (DRI, 2000).

Ações que devem ser medidas da NN.4

1. As necessidades de caloria e de nutrientes variam de paciente para paciente e com o tipo de stress que o paciente apresenta. Quando sem estresse são feitas recomendações para manutenção do peso de 25 – 30 kcal/kg/dia (Manutenção).

2. Quando ocorre estresse leve são feitas recomendações de 30 – 35 kcal/kg/dia objetivando ganho de peso e, repleção nutricional.
3. Quando ocorre estresse Moderado são feitas recomendações de ≥ 35 kcal/kg/dia objetivando controle do Hipermetabolismo.
4. As recomendações proteicas para manutenção do peso quando o paciente não se encontra em condições de estresse, tem sido prescrita: 1,0 a 1,2 g/kg/dia.
5. As recomendações proteicas quando o paciente se encontra em condições de estresse leve por ocasião de doença aguda ou crônica, tem sido prescrita 1,2 a 1,5 g/kg/dia.
6. As recomendações proteicas quando o paciente não se encontra em condições de estresse moderado/grave, por ocasião de doença ou lesão grave e desnutrição grave, tem sido prescrita 1,5 - 2,0 g/kg/dia.
7. O aporte de fluídos infundidos e perdidos é monitorado e documentado para evitar hiper-hidratação e desidratação.
8. É ofertado de 30 ml/kg a 40 ml/kg ao dia, considerando o resultado do balanço hídrico, as perdas e as retenções (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998; CUPPARRI, 2005).
9. Existe um plano de alta elaborado, prevendo orientações, considerando sequelas da doença e do tratamento.

O Quadro 16 apresenta o resumo das recomendações nutricionais para os pacientes oncológicos adultos submetidos ao TCTH.

Quadro 16 - Quadro-resumo sobre as necessidades nutricionais no paciente idoso oncológico.

Questões	Proposta
Qual método deve ser utilizado para a estimativa das necessidades calóricas?	Sem estresse: 25 – 30 kcal/kg/dia (Manutenção) Estresse leve: 30 – 35 kcal/kg/dia (Ganho de peso, repleção nutricional) Estresse moderado/grave: ≥ 35 kcal/kg/dia (Hipermetabólico) Sepse: 25 – 30 kcal/kg/dia Obesidade: 21 – 25 kcal/kg/dia
Quais as recomendações proteicas?	Sem estresse: 1,0 a 1,2 g/kg/dia (Manutenção) Estresse leve: 1,2 a 1,5 g/kg/dia (Doença aguda ou crônica) Estresse moderado/grave: 1,5 - 2,0 g/kg/dia (Doença ou lesão grave e desnutrição grave)

Quais as recomendações hídricas?	30 a 40 mL/kg/dia
Quais as recomendações de vitaminas e minerais?	As recomendações devem ser feitas conforme a DRI/RDA durante o tratamento e após término do mesmo.

3. Terapia Nutricional (TN) no paciente idoso oncológico.

Consenso em TN.4

Os pacientes idosos oncológicos são avaliados para receber terapia nutricional como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado Peri e pós tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta na TN.4

A terapia nutricional no paciente idoso oncológico tem como principal objetivo a melhora clínica e nutricional com prevenção de complicações infecciosas e não infecciosas.

O processo para instituir a Terapia Nutricional para o paciente idoso oncológico é padronizado através de políticas e procedimentos escritos. Os profissionais responsáveis pelo processo conhecem e seguem os procedimentos padronizados.

As políticas e procedimentos contemplam:

- A descrição de todo processo para instituir a Terapia Nutricional para os paciente em tratamento clínico é normatizada por meio de Instrução de Serviço e Procedimentos operacionais padrões;
- O registro de todo processo é feito em prontuário médico.

Justificativas de procedimentos na determinação da TN.4

A princípio, a Terapia Nutricional em geriatria não difere dos pacientes adultos oncológicos conforme Guidelines da ESPEN (VOLKERT e colaboradores, 2006). Pacientes idosos com câncer tem maior risco de desenvolver desnutrição comparado a pacientes não oncológicos, aumentando esse risco com o avançar da idade (SORBYE, 2011). No trabalho realizado por ELIA e colaboradores, (2006), citado em ISENRING E ELIA, 2014, evidenciam que pacientes idosos com câncer quando em acompanhamento nutricional apresentam um melhor resultado clínico, quando submetidos a tratamento cirúrgicos e a tratamento de radioterapia, com redução de infecções e no tempo de internação hospitalar. Nesta população ocorre a perda fisiológica de massa corporal magra e outros fatores que podem comprometer a ingestão de líquidos e nutrientes, ressaltando a importância de considerar o suporte nutricional preventivo, conforme Guidelines da ESPEN (ARENDS e colaboradores, 2006). A escolha da terapia nutricional será decorrente da localização do tumor, do tratamento oncológico recebido (se curativo ou paliativo) e do estado nutricional (CARO e colaboradores, 2008).

A terapia nutricional oral pode ser muitas vezes difícil e de resposta lenta neste grupo de pacientes, porém a alimentação oral assistida e o uso de suplementos são capazes de apoiar a reabilitação física e psicológica da maioria dos doentes idosos, devendo ser considerada antes da alternativa de alimentação por sonda conforme Guidelines da ESPEN (VOLKERT e colaboradores, 2006).

O uso de suplementos nutricionais orais (SNO) pode contribuir para impedir a perda de peso durante a fase aguda da doença, no momento da hospitalização, combinado ao uso de alimentos de alta densidade calórico/proteica, quando a ingestão normal é insuficiente. Em alguns casos, até mesmo o ganho ponderal pode ser conseguido seguindo esta estratégia (ARENDS e colaboradores, 2006; KORETZ e colaboradores, 2007).

É importante a identificação e monitoração do estado nutricional do idoso, pois alterações do estado nutricional podem estar diretamente relacionadas a morbi-mortalidade, podendo atingir no plano físico, psicológico e social (PROJETO DIRETRIZES, 2011).

Ações que devem ser medidas da TN.4

1. A terapia nutricional para o paciente idoso oncológico é iniciada precocemente e tem como objetivos: Prover quantidades suficientes de calorias, proteínas e micronutrientes; Manter ou melhorar o estado nutricional; Manter ou melhorar função, atividade e capacidade de reabilitação; Manter ou melhorar qualidade de vida; Redução da morbidade e mortalidade.

2. A escolha da via é orientada pela presença de sinais e sintomas e pela adequação da ingestão oral, e pode quando indicado tem sido utilizada mais de uma via simultaneamente, com o objetivo de atender às necessidades nutricionais do paciente.

Os suplementos nutricionais são indicados na presença de esofagite, mucosite e xerostomia, que prejudicam a ingestão oral, e quando essa está < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias. E na presença desses sinais mais graves que contraindiquem a ingestão oral, ou quando essa for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias tem sido indicado a TNE.

3. A via enteral tem sido preferida sempre que possível. Tem-se priorizar substratos de modulação imunológica (arginina, ácidos graxos ômega 3, nucleotídeos) por 5 a 7 dias em todos os pacientes que serão submetidos a cirurgias abdominais de grande porte, independente de seu estado nutricional (VOLKERT e colaboradores, 2006; BRAGA e colaboradores, 2009).

4. O acompanhamento e cuidados nutricionais nos indivíduos idosos tem sido direcionados de acordo com a gravidade da desnutrição e distúrbios da deglutição, envolvendo as seguintes abordagens (BRUGEL e colaboradores, 2014):

- Visitas do nutricionista;

- Dieta hipercalórica e hiperproteica;
 - Suplementação Nutricional;
 - Nutrição Enteral;
 - Monitorização do tratamento prescrito;
5. Tem sido indicado a TNP quando há impossibilidade total ou parcial de uso do TGI (quando a terapia nutricional causar mais desconforto que benefício ao paciente com presença de dor, plenitude, piora da diarreia e da mucosite, sangramento intestinal).
 6. A TNP, tem sido associada à TNE, quando o paciente tolera pequenos volumes pela via enteral.
 7. A TNP tem sido iniciada precocemente, logo após identificado a ingestão oral insuficiente (60% a 70%), podendo mantê-la por de 15 a 20 dias (RAYNARD et al., 2003).
 8. Essa terapia tem sido descontinuada com a melhora dos sintomas que proporcionem uma ingestão ou enteral em torno de 50% (BOZZETTI et al., 2009).
 9. A monitoração rigorosa e diária é feita, pois há risco de insuficiência de oferta de nutrientes e calorias e, desmame da TNE e ou da TNP também é realizado com cautela, para não causar mais prejuízos à condição nutricional.
 10. Têm sido contornados estes riscos com mudança e associação de vias de oferta de nutrição, garantindo todo o aporte que o paciente necessita, seja oral, seja enteral, seja parenteral.
 11. A equipe está atenta aos sinais e sintomas apresentados que conduzem à escolha mais adequada da via de nutrição. E para a descontinuidade de cada terapia nutricional, é considerada a decisão em equipe multidisciplinar, principalmente de médico, nutricionista e enfermeiro, bem como a decisão do paciente, quando esse pode opinar de forma consciente.
 12. E todos os dados são notificados no prontuário do paciente.

O Quadro 17 apresenta as condutas consensuadas sobre terapia nutricional para os pacientes idosos oncológicos.

Quadro 17 – Quadro-resumo sobre a terapia nutricional para paciente idoso oncológico

Questão	Proposta
Quais os objetivos da TN no paciente idoso?	-Prevenir ou reverter o declínio do EN -Evitar a progressão para um quadro de caquexia

	<p>-Prevenir perda de massa magra e evitar progressão para um quadro de sarcopenia</p> <p>-Auxiliar no manejo dos sintomas relacionados ao tratamento</p> <p>-Melhorar o balanço nitrogenado</p> <p>-Melhorar a resposta imune</p> <p>-Reduzir o tempo de internação hospitalar, diminuindo complicações e garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente</p>
Que critérios devem ser utilizados para indicar TN?	Todos os pacientes com RN e/ou presença de desnutrição.
Quando indicada, a TN deve ser iniciada em que momento?	<p>-A TN deve ser iniciada imediatamente após diagnóstico de RN ou de desnutrição, para pacientes ambulatoriais ou internados, desde que estejam hemodinamicamente estáveis, por um período mínimo de sete dias.</p> <p>-Avaliar sintomas gastrointestinais (náuseas/vômitos) para início da TN</p>
Quais os critérios de indicação da via a ser utilizada?	<p>Verificar: se TGI está total ou parcialmente funcional e a Localização do tumor.</p> <p>- TN via oral: os complementos orais devem ser a primeira opção, quando a ingestão alimentar for < 75% das recomendações em até cinco dias, sem expectativa de melhora da ingestão;</p> <p>- TNE via sonda: na impossibilidade de utilização da via oral, ingestão alimentar insuficiente (ingestão oral < 60% das recomendações) em até cinco dias consecutivos, sem expectativa de melhora da ingestão; Devendo:</p> <p>- Verificar indicação do uso em domicílio para garantir a independência do idoso e menores riscos devido a hospitalização.</p> <p>- TN parenteral: Somente deverá ser indicada quando o trato gastrointestinal não estiver funcional;</p>

	<p>Devendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar condições sociais e envolver a equipe multiprofissional para a educação do acompanhante e /ou cuidador.
Que parâmetros devem ser utilizados para monitorar a resposta a TN?	Conforme os parâmetros consensuados por ASPEN 2002; 2009.(VER ANEXO 2)
Que dados devem ser registrados da TN?	Todos os dados coletados da monitorização nutricional citados no ANEXO 2, devem ser registrados em formulários específico do Serviço de Nutrição e EMTN e anexados ao prontuário.
Quando suspender a TN?	<p>TNE via oral:</p> <p>Quando há inviabilidade da via (graves manifestações de odinofagia, disfagia, obstrução, vômitos, incoercíveis, risco de aspiração), recusa do paciente e intolerância.</p> <p>TNE via sonda:</p> <p>Na presença de peritonite difusa, obstrução intestinal, diarreia, vômitos incoercíveis, íleo paralítico, isquemia gastrintestinal e/ou instabilidade hemodinâmica (DITEN, 2011).</p> <p>TNP: instabilidade hemodinâmica.</p>
Como programar o desmame?	<p>TNE via oral:</p> <p>Deverá ser descontinuada quando a ingestão total de alimentos suprir as necessidades nutricionais, ou seja, quando for maior que 75% do GET por cinco dias consecutivos (DITEN, 2011).</p> <p>TNE via sonda:</p> <p>Quando a ingestão oral permanecer $\geq 60\%$ do GET por 3 dias consecutivos, e a deglutição for efetiva e segura (ESPEN, 2006).</p> <p>TNP: quando for possível a utilização do TGI.</p>
Fonte: (Caro <i>et al.</i> , 2008, Adaptado: CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, vol 2, 2011).	

4. Seguimento Ambulatorial

Consenso no SA.4

Existe uma política que orienta a referência ou alta dos pacientes idosos oncológicos. Os pacientes idosos oncológicos e se são avaliados para continuidade do seu tratamento como parte integrante dos cuidados hospitalares pelo Serviço de Nutrição em regime para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado pré e pós-tratamento de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica.

Conduta no SA.4

A complexidade das alterações ocasionadas pelo câncer e a terapia antineoplásica resultam em comprometimento dos estados físico, psicológico e nutricional do paciente, de tal forma que evidencia-se a necessidade de um acompanhamento rigoroso após a internação, por um período de tempo que vai ser direcionado para cada paciente.

Justificativas de procedimentos no SA.4

A expectativa de vida dos brasileiros, com mais de 60 anos, vem aumentando nas últimas duas décadas (BRUSTOLIN, 2015). Os idosos representam 10,8% da população do país (IBGE, 2010). Acompanhando o envelhecimento da população, uma transição epidemiológica também se faz presente. De acordo com os Indicadores Sócio Demográficos e de Saúde no Brasil (2009), 75,5% dos idosos mencionaram algum tipo de doença crônica, dentre elas, o câncer, que além de uma doença assustadora, aumenta o risco de morbimortalidade (IBGE, 2009).

O envelhecimento é uma etapa da vida considerada estigmatizada e está associada a perdas, dentre elas, da saúde. Portanto, o atendimento especializado aos idosos é essencial (ROCHA et al, 2014).

O diagnóstico nutricional de desnutrição e/ou risco nutricional no paciente idoso é comum e no paciente idoso oncológico, de acordo com o Inquérito Luso-Brasileiro de Nutrição Oncológica do Idoso, 2015, chegou a 73,0%, com maior prevalência entre homens (INCA, 2015).

Em pesquisa recente publicada pela Universidade de Nova Iorque, evidenciou-se que o acompanhamento nutricional como parte inerente ao tratamento do paciente oncológico, previne a degradação do estado nutricional e diminui a morbi-mortalidade pela doença (PLATEK et al, 2015).

Em se tratando dos impactos causados pelo tratamento oncológico, a terapêutica ambulatorial tem sido uma aliada importante para amenizar o sofrimento destes pacientes. O atendimento ambulatorial apresenta vantagens tanto para o profissional nutricionista, na medida em que estabelece condutas nutricionais uniformes, quanto para o paciente, pois é realizado de forma simples, rápida, objetiva, direcionada e individualizada. Portanto, o acompanhamento nutricional ambulatorial minimiza os riscos nutricionais e melhora a qualidade de vida do paciente (LEVIN, 2010; DA SILVA et al, 2014; HEFLIN, 2016; HURRIA, 2016).

O paciente idoso oncológico pode ser dividido em três grupos: 1) paciente idoso com a doença, em tratamento clínico (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia); 2) paciente idoso pré/pós cirúrgico, de doença oncológica e; 3) paciente idoso com a doença, em cuidados paliativos.

Os grupos apresentam riscos nutricionais e necessitam de cuidados dietoterápicos específicos. Orientações nutricionais deverão ser realizadas, bem como avaliação subjetiva, avaliação antropométrica, exames físicos e bioquímicos. O registro em prontuário é obrigatório, bem como a programação de alta ambulatorial do SND ao final do seguimento, com encaminhamento para a Rede Básica de Saúde (ASBRAN, 2014).

Ações que devem ser medidas no SA.4 (quadro 18)

1. Todos os pacientes que apresentem risco nutricional e desnutrição ou sequelas do tratamento, com ou sem comorbidades são acompanhados pelo serviço de nutrição da unidade hospitalar. São utilizados os instrumentos consensuados para triagem e avaliação nutricional dos pacientes em ambiente ambulatorial (quadro 1).
2. São empregadas as fórmulas consensuadas para estimativa das necessidades nutricionais, que incluem determinação das calorias, proteínas e líquidos dos pacientes para acompanhamento ambulatorial (quadro 2).
3. São incorporado o aconselhamento nutricional adequado às necessidades dos pacientes idoso oncológico ambulatoriais.
4. O paciente idosos oncológicos recebe orientação da dieta oral, enteral ou parenteral que fará em regime domiciliar, com base na avaliação do profissional nutricionista das condições clínicas, nutricionais e socioeconômicas para traçar o melhor plano terapêutico.

5. Durante essa abordagem, são avaliadas a presença de comorbidades associadas e sequelas causadas pelo procedimento clínico atineoplásico. Nessa intervenção ambulatorial é medida a relação direta com o aumento da sobrevida e a melhor reabilitação do paciente ao convívio social.

Quadro 18 – Quadro-resumo do seguimento ambulatorial do paciente oncológico idoso:

Questão	Proposta
Quais pacientes devem ser acompanhados no ambulatório do SND?	<p>Todos os pacientes idosos em tratamento oncológicos, com uma ou mais das seguintes variáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico nutricional de desnutrição ou risco nutricional • Sequelas decorrente do tratamento e implicações nutricionais • Presença de comorbidades • Encaminhados por membros da equipe multiprofissional
Quais instrumentos devem ser utilizados para a triagem ou avaliação do estado nutricional?	<ul style="list-style-type: none"> • Ver proposta em quadro-resumo no tema Avaliação Nutricional
Quais condutas devem ser tomadas durante o atendimento?	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento nutricional individualizado, observando as necessidades do paciente, respeitando suas preferências, intolerâncias e costumes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução de TNO ou TNE, se indicação.
Qual a periodicidade de acompanhamento do paciente?	Recomenda-se periodicidade mensal ou quinzenal, com alta ambulatorial após reabilitação e encaminhamento para Rede Básica de Saúde.
Os pacientes idosos sem evidência de doença, com ou sem comorbidades e sem sequelas do tratamento deve ser acompanhado pelo ambulatório do SND?	Não. Esse paciente deverá ser encaminhado para a Rede Básica de Saúde
<i>Adaptado: Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, 2015; ASBRAN, 2014; REMOR 2011</i>	

Sócios Fundadores da SBNO

Nivaldo Barroso de Pinho

Renata Brum Martucci

Viviane Dias Rodrigues

Ana Maria Calabria Cardoso

Maria Lúcia Varjão da Costa

Carin Weirich Gallon

Erika Simone Coelho Carvalho

Izabella Fontenelle de Menezes Freitas

Lilianne Carvalho Santos Roriz

Luciane Beitler da Cruz

Nádia Dias Gruezo

Luciana Zuolo Coppini do Peso

Maria Amélia Marques Dantas

A SBNO

A Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) é entidade civil, de direito privado, de duração indeterminada, de cunho científico e social, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos; com sede, secretaria executiva permanente e foro jurídico no Rio de Janeiro, aberta a participação de pessoas interessadas na área de Nutrição Oncológica, e tem por finalidade:

- a) Reunir pessoas de diferentes formações, interessadas em fomentar a discussão e difusão da Nutrição Oncológica;
- b) Estimular a produção de conhecimento em Nutrição Oncológica;
- c) Promover e assessorar planos, projetos, pesquisas e atividades inerentes a Nutrição Oncológica;
- d) Patrocinar e receber patrocínio em eventos de Nutrição Oncológica, conforme regulamentos próprios,
- e) Apoiar e participar de movimentos e atividades que visem à valorização da Nutrição Oncológica.
- f) Estimular e divulgar as atividades de seus membros;
- g) Promover o progresso da Nutrição Oncológica no Brasil;
- h) Organizar, defender e propor medidas que garantam o mais elevado nível da nutrição oncológica no país, seja em função dos pacientes oncológicos e da população em geral, seja em razão dos profissionais que desempenham funções específicas ou relacionadas com a área de Nutrição Oncológica;
- i) Propor orientações técnicas que venham contribuir para a prestação dos melhores serviços em nutrição oncológica aos pacientes no país, através da elaboração de Consensos, Diretrizes, Notas Técnicas e outros.
- j) Promover intercâmbio com entidades nacionais e estrangeiras que tenham relação técnico científica e ética relacionadas com a Nutrição Oncológica;
- k) Promover estudos de alto nível na área da Nutrição Oncológica e da Nutrição Clínica em geral e prestar colaboração e estímulo aos trabalhos dessa natureza e de igual nível;

- l) Representar os seus membros em Associações similares de caráter Estadual, Nacional e Internacional;
- m) Criar prêmios, bolsas de estudo e emitir títulos de especialista em nutrição oncológica, certificados por cursos, mesas redondas, congressos ou jornadas por ela promovidos;
- n) Publicar livros, artigos ou revistas de caráter científico e de interesse da SBNO;
- o) Realizar a cada dois anos o Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica.
- p) Manter um Instituto de Ensino e Pesquisa de Aperfeiçoamento Profissional em Nutrição Oncológica e Nutrição Clínica.

Visão

Ser reconhecida em todo território nacional e internacionalmente como referência em nutrição oncológica e na organização e promoção de eventos científicos, na área de saúde com foco de nutrição em oncologia. Garantindo o apoio, o assessoramento, a coordenação técnica científica e administrativa, definindo diretrizes e estratégias com empreendedorismo.

Valores

Ética, transparência, Efetividade, Competência, honestidade, responsabilidade e comprometimento.

Diferencial

A partir da estratégia da sua Instituição, propomos e operacionalizamos ações de relacionamento, visando aproximar os colaboradores, clientes e públicos de interesse em nutrição oncológica e conseqüentemente favorecer o incremento aos resultados que promovam as melhores práticas