

POLITICA NACIONAL EM NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA

Comissão Especial - Combate ao Câncer/Decom_Politica em Nutrição Oncológica
ce.combateaocancer@camara.leg.br

O mundo tem buscado produtos nutricionais que suplementem a alimentação ou proporcionem melhora na qualidade de vida da população. Para indivíduos enfermos, é mandatório que a nutrição especializada como novas tecnologias em saúde devem ser incorporadas, mas nem sempre estão acessíveis a toda a população. O paciente oncológico devido a jornada da doença e do tratamento que provocam inúmeras adversidades com evidente impacto nutricional tem sido o mais estudado e, portanto, um dos que mais se beneficiam da terapia nutricional especializada.

1. A jornada do paciente com câncer

a. Prevenção e Diagnóstico da desnutrição do Paciente Oncológico;

A desnutrição associada ao câncer é um problema global de saúde pública e está associada a uma redução na qualidade de vida, tolerância ao tratamento e eficácia terapêutica. Além disso, a desnutrição aumenta o risco de complicações e os custos hospitalares, constituindo um importante fator de risco para a progressão da doença e mortalidade (BAUER J et al.; 2002; GUERRA RS et al 2016). Entre os principais fatores envolvidos no desenvolvimento da desnutrição em pacientes com câncer estão o apetite reduzido, anormalidades metabólicas e sintomas relacionados ao tratamento antineoplásico e oncológico (SOMMARIVA S et al 2016; SPOTTEN L et al, 2016).

A desnutrição é frequente entre os pacientes com câncer. Cerca de 60% são desnutridos e esse percentual aumenta para 81% para aqueles que estão em cuidados paliativos. Aproximadamente 70% apresentam alguma dificuldade para se alimentar. Mais da metade dos pacientes necessitam de aconselhamento nutricional e controle dos sintomas que interferem na ingestão alimentar e cerca de 30% necessitam de suplemento nutricional (MARIN et al., 2008)

Vários estudos mostraram que a desnutrição varia entre 40 a 80% (Waitzberg, 2001; IBNO (INCA),2013;), sendo que 20% desses pacientes morrem em decorrência da desnutrição e não da doença maligna (Ottery, 1994).

A perda de peso depende principalmente da localização e estadiamento da doença. Bozzetti (2014) mostrou que a perda ponderal ocorre em até 9% dos pacientes com câncer urológico, 15% nos ginecológicos, 33% para câncer colorretal, 46% pulmão, 67% para as neoplasias de cabeça e pescoço, 57 a 80% para as de esôfago ou gastrointestinal e até 85% para pacientes com câncer pancreático.

Alguns estudos investigaram a prevalência da desnutrição e sua correlação com a presença de efeitos colaterais em pacientes oncológicos em tratamento adjuvante ou neo-adjuvante.

Um estudo multicêntrico envolvendo 65 hospitais e 561 pacientes submetidos a tratamento adjuvante, mostrou que 90,7% apresentavam perda de peso. Esse mesmo estudo constatou que 96% apresentavam intercorrências tais como anorexia (71%), transtornos gastrointestinais (32%), disgeusia (40,5%) e disfagia, entre outros (SAN ORTIZ et al., 2008).

Sendo assim necessário como parte integrante da prevenção da desnutrição o diagnóstico e intervenção precoce dos Sinais (perda de peso e redução na ingestão) e Sintomas de Impacto Nutricional (anorexia, náusea, vômitos, diarreia, mucosite e outros) em pacientes oncológicos muito presente principalmente em pacientes com tumor de cabeça e Pescoço (De Pinho et al.,2018).

Esse estudo multicêntrico Brasileiro (45 hospitais), após análise multivariada, observou-se que em relação à localização do câncer, o câncer de pulmão teve uma associação mais forte com a desnutrição (OR 4,59, intervalo de confiança de 95% (IC) 3,18-6,63, p < 0,001), seguido pelo câncer digestivo alto (OR 4,51, IC 95% 3,31-6,1, p < 0,001) e câncer de cabeça e pescoço (OR 3,70, IC 95% 2,66-5,15, p < 0,001) (De Pinho et al.;2018).

b. Tratamento

Conforme orientações do Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica (PINHO, 2021):

Para os pacientes com ingestão oral insuficiente pré tratamento (60% a 70% das necessidades nutricionais), a Terapia Nutricional Oral (TNO) deve ser iniciada imediatamente com o objetivo de evitar o déficit nutricional, garantindo a cobertura de 100% das necessidades (BALDWIN, SPIRO, AHERN et al., 2012; WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019).

A TN enteral (TNE) está indicada para o paciente oncológico nas diferentes fases do tratamento quando a via oral for insuficiente, menor que 60% das necessidades nutricionais (síndrome disabsortivas, insuficiência intestinal, disfagia, odinofagia e mucosite). A TNE também está indicada quando o paciente não puder utilizar a via oral como por exemplo nas cirurgias altas do trato digestório e cabeça e pescoço (RAVASCO et al., 2005; CORRY et al., 2008; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019).

Quando a TNE for exclusiva, e o paciente não puder ou não conseguir ingerir nada pela via oral, a dieta imunomoduladora poderá ser ofertada na quantidade de 500 a 1000ml/dia. Nessa situação a fórmula imunomoduladora deve estar associada a outra fórmula enteral hiperproteica para atender às necessidades nutricionais e proteicas do paciente (WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019).

Quando a TNE for insuficiente devido a intolerâncias apresentadas pelo paciente oncológico, a TN parenteral (TNP) deverá ser iniciada como suplemento da via enteral. A TNP poderá ser iniciada nos primeiros 3 a 4 dias de insucesso da TNE (BRAGA, LJUNGQVIST, SOETERS et al., 2009; HEIDEGGER, BERGER, GRAF et al., 2013; CHOW, BRUERA, CHIU et al., 2016; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; DE PINHO, 2021).

Quando o trato digestório não puder ser utilizado, a TNP deverá ser prescrita de forma exclusiva. A TNP tem melhor evidência quando iniciada no pré-operatório dos pacientes oncológicos desnutridos que não podem utilizar a via digestória e deve ser continuada no pós-operatório (BRAGA, LJUNGQVIST, SOETERS et al., 2009; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019).

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 a 3 horas. Na noite anterior à operação, o paciente deve receber 400 ml de fórmula líquida, contendo 12,5% de dextrose, e 200ml 2 horas antes da indução anestésica. (AGUILAR-NASCIMENTO, BICUDO-SALOMÃO, CAPOROSSI et al., 2006, LASSEN, SOOP, NYGREN et al., 2009; WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017).

A TN para o paciente adulto oncológico, tem como meta principal, a melhora clínica e nutricional no peri-tratamento oncológico (ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017). A correção da ingestão calórica e proteica dos pacientes oncológicos deve ser iniciada o mais precoce possível, no momento do diagnóstico da doença, com o objetivo de reduzir a perda de peso e a prevalência de sinais e sintomas de impacto nutricional (DE PINHO, et al. 2018).

Para o paciente cirúrgico essa TN deve preferencialmente iniciar no pré-operatório com o objetivo de preparar o paciente para o trauma cirúrgico (WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017; ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017).

A fórmula hiperproteica e imunomoduladora deve ser ofertada, por via oral ou enteral, para o paciente em risco nutricional ou desnutrido, candidato a operação de médio e grande porte. A formulação imunomoduladora contendo arginina, ômega 3, nucleotídeos deve ser ofertada por pelo menos cinco a sete dias antes da operação e na quantidade mínima de 500 ml a 1.000 ml/dia (AUGUST; HUHMANN, 2009; LASSEN, SOOP, NYGREN et al., 2009; OSLAND, HOSSAIN, KHAN et al., 2014; ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017; WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017).

Para os pacientes desnutridos, ou submetidos a cirurgias altas abdominais ou de cabeça e pescoço, essa fórmula deve ser continuada no pós-operatório, também por cinco a sete dias (GIANOTTI, BRAGA, NESPOLI et al., 2002; DROVER, DHALIWAL, WEITZEL et al., 2011; BRAGA, WISCHMEYER, DROVER et al., 2013; HAMZA, DARWISH, O'REILLY et al., 2015;

ROWAN, JOHNSON, FRATANGELO et al., 2016; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017).

A dieta via oral deve ser modificada e adaptada às preferências e as necessidades individuais do paciente oncológicos clínicos e cirúrgicos. Essa conduta individualizada aliada ao aconselhamento nutricional visa garantir uma ingestão adequada de todos os nutrientes, minimizando a perda de peso corporal e a piora clínica no pré e no pós-tratamento oncológico clínico e cirúrgico (ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017; RAVASCO, 2015).

c. Reabilitação;

Durante a terapia antitumoral os pacientes apresentam vários sinais e sintomas que levam a diminuição da ingestão diária de nutrientes e calorias que corroboram para a piora do estado nutricional. o déficit do estado nutricional está estreitamente relacionado com diminuição da resposta ao tratamento oncológico e da qualidade de vida, com maiores riscos de complicações pós operatórias como aumento da morbimortalidade, tempo de internação e dos custos hospitalares (Marin caro et al, 2008).

A terapia nutricional domiciliar deve ser oferecido a pacientes oncológico clínico e cirúrgico, com risco nutricional ou desnutridos que não podem atender às suas necessidades de nutrientes com a ingestão alimentar normal, que têm um trato gastrointestinal em funcionamento, que podem receber terapia fora de um ambiente de cuidados intensivos e que concordam e são capazes de administrar a terapia nutricional domiciliar com o objetivo de melhorar o peso corporal, funcionalidade ou qualidade de vida (BISCHOFF, AUSTIN, BOEYKENS et al., 2020).

d. Acompanhamento e monitoramento do paciente;

Pacientes com câncer apresentam alto risco de desnutrição (August DA et al., 2009) e, portanto, a avaliação do estado nutricional desses pacientes no diagnóstico e durante o tratamento é de extrema importância. Avaliação Global Subjetiva Produzida pelo Paciente (ASGPPP) é considerada como uma ferramenta adequada para a avaliação nutricional de pacientes com câncer (DUBHASHI SP et al, 2015; CHANTRAGAWEE C et al., 2016; PINHO et al .,2021).

A ASGPPP é uma adaptação da Avaliação Global Subjetiva (ASG) e foi validada para avaliar o estado nutricional de pacientes com câncer (9). É um instrumento não invasivo e completo para avaliar histórico de peso, ingestão de alimentos, sintomas de impacto nutricional, atividades e funções, estresse metabólico e composição corporal simultaneamente, e tem sido utilizado como método de referência para avaliação nutricional de pacientes com câncer em diversos estudos. (GUERRA RS, FONSECA I, SOUSA AS, JESUS A, PICHEL F, AMARAL TF. et al.,2016; FARAMARZI E et al., 2013; BOLÉO-TOMÉ C, et al., 2012; SEALY MJ, et al., 2016).

No Brasil, em um estudo multicêntrico, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), uma instituição governamental de saúde brasileira, realizou um estudo multicêntrico, o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica (IBNO), com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores de risco independentes para desnutrição em pacientes hospitalizados. pacientes com câncer no Brasil utilizando a ASGPP. O IBNO é o maior estudo sobre estado nutricional realizado no Brasil entre pacientes com câncer hospitalizados (INCA, 2013, DE PINHO et al., 2018).

Este inquérito recomenda que os pacientes devem ser monitorados durante todas as fases da doença e tratamento, desde a abertura de prontuário e efetiva alta de tratamento.

Muitos pacientes precisam de uma orientação nutricional na alta. Essa orientação deve ser iniciada assim que o paciente estiver lucido e orientado. Para essa orientação, cuidadores e familiares devem estar presentes para uma melhor compreensão da orientação de alta.

Pacientes submetidos a cirurgias de médio e grande porte do aparelho digestório, podem necessitar de TNO ou TNE ou TNP, por semanas, meses ou anos em domicílio.

Para o sucesso da TN domiciliar a equipe deve fornecer uma orientação por escrito. Essa orientação deve conter todos os detalhes inclusive tipo de fórmula, quantidade, horários e o contato telefônico da equipe. Também é importante a monitorização do paciente no domicílio. Isso pode ser feito com visitas ao domicílio ou por telefone. Um adequado e monitorado plano de alta hospitalar previne a piora do estado nutricional, complicações, desnutrição e reinternações (JACK, CHETTY, ANTHONY et al., 2009; KASSIN, OWEN, PEREZ et al., 2012; BOWREY, BAKER, HALLIDAY et al., 2015; GAVAZZI, COLATRUGLIO, VALORIANI et al., 2016; ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017; AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017; MENNUNI, MASSIMO GULIZIA, ALUNNI et al., 2017; SRIRAM, SULO, VANDERBOSCH

et al., 2017; WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017; VAN AANHOLT, MATSUBA, DIAS et al., 2018; HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019; PINHO, 2021).

e. Gestão e Controle.

Certificação da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológicos

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.

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 conteúdo 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.

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 publicados em 2021.

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. <https://www.sbno.com.br/certificacao/>

2. Incorporação de novas tecnologias;

O Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica é o maior estudo multicêntrico do Brasil que avaliou o estado nutricional de pacientes brasileiros com câncer. Neste estudo, a prevalência e os fatores de risco independentes para desnutrição foram avaliados em 4.783 pacientes com câncer internados em 45 hospitais públicos e privados nas cinco regiões do Brasil, utilizando o ASG-PP. Quase metade dos pacientes (45,3%) apresentava desnutrição moderada/suspeita ou desnutrição grave (estágio B + C), e 45,8% dos pacientes apresentavam necessidade crítica de intervenção nutricional e/ou manejo dos sintomas (escore PG SGA ≥ 9). Os fatores que apresentaram maiores riscos para desnutrição foram: problemas de deglutição; perda de apetite e vômitos; a presença de mais de 3 sintomas de impacto nutricional; local do câncer (pulmão, do aparelho digestivo superior ou da cabeça e pescoço) e idade ≥ 65 anos (DE PINHO et al., 2018). Este dados reforçam a necessidade de avaliação do estado nutricional precoce para intervenção nutricional oportuna, antes do início do tratamento.

Devem ser incorporadas as práticas assistenciais para todos pacientes oncológicos ambulatoriais:

- a. Seguimento ambulatorial realizado por nutricionistas especializados em nutrição oncológica pré, per e pós tratamento em todas unidades de saúde oncológicas, públicos e privados para todos pacientes com câncer. Realizando:
 - I. Triagem e Avaliação Nutricional
 - II. Aconselhamento Nutricional com ajuste da consistência e conteúdo da dieta oral para tratamento de sinais e sintomas de impacto nutricional (perda de peso, anorexia, mucosite, xerostomia, disfagia, odinofagia, trismo e outros).
- b. Terapia Nutricional Oral e Enteral para pacientes ambulatoriais em risco nutricional ou desnutridos pré, per e pós tratamento, em quantidade suficiente para atender as necessidades nutricionais.
- c. Imunonutrição pré operatória para pacientes ambulatoriais ou internados, candidatos a cirurgias curativas eletivas de 5 a 7 dias antes da cirurgia, com volumes entre 500 a 1000 ml por dia. Quando o paciente apresentar desnutrição prévia a TN imunomoduladora deve ser continuada por mais 5 a 7 dias.

3. Procedimentos de pagamento e atualização de valores;

- a. Não deve ser restrito o número de consultas ambulatoriais ao paciente oncológico em unidades de saúde pública e privado. Os pacientes em risco nutricional ou desnutridos podem ser reavaliados de 15 em 15 dias e, devem ser seguidos com uma frequência mínima de 30 dias.
- b. Os valores pagos pela saúde suplementar devem ser revisados e as consultas de primeira vez não devem ter valor inferior a R\$ 60,0 e as de seguimentos devem ter o valor mínimo de R\$ 50,00.
- c. A Bioimpedância, triagem de sarcopenia e de fragilidade, bem como a Calorimetria realizados por nutricionista deve ser incentivado e o pagamento previsto pela saúde suplementar, cujos os valores deverá ser de R\$ 100,0 por procedimento. A realização de cada um dos procedimentos poderá ter a frequência anual de 2 procedimentos por ano.

4. Unidades de atendimentos — Cacons e Unacons;

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Portaria Nº 868, de 16 de maio de 2013) determina o cuidado integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será feito em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Unacons e Cacons devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos deverão observar as exigências da Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019 para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente.

Desta forma é de extrema importância que estes centros de tratamento do paciente oncológico tenham alinhado a assistência nutricional ao paciente oncológica, tendo como base o Consenso Brasileiro de nutrição Oncológica publicado em 2021 e disponível no site da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (www.sbno.com.br).

O referido documento de CONSENSO traz orientações das melhores práticas assistenciais ao paciente adulto, idoso e pediátrico, submetidos as diferentes formas de tratamento clínico e cirúrgico.

Deve ser considerado a avaliação pela SBNO e auto avaliação de conformidade do atendimento nutricional aos pacientes tratados nas instituições considerando o documento de CONSENSO.

Estas instituições deverão ser certificadas pela SBNO quanto a qualidade da assistência nutricional prestada ao paciente oncológico.

5. Medicamentos, controle e dispensação aos pacientes;

- a. Produtos para Terapia Nutricional Oral e Enteral

Suplementos Orais

- Suplemento alimentar, nutricionalmente completo, líquido, polimérico, hipercalórico, normoprotéico (com fração protéica de alto valor), normolipídico, sem sacarose, lactose e glúten, com fibras solúveis, vitaminas, minerais, com flavorizante, que permita concentração a partir 1,5 Kcal/ml, acondicionado em embalagem individual tipo “Tetra Brik” com até 250ml, para diarreia, anorexia e imunossupressão.
- Suplemento alimentar nutricionalmente completo, líquido, polimérico, hipercalórico, hiperprotéico (com mais de 16% das calorias totais – com fração protéica de alto valor biológico), com sacarose, sem lactose e

glúten, com vitaminas e minerais, com flavorizante com densidade calórica de 2,0 Kcal/ml, acondicionado em embalagem individual tipo “Tetra Brik”, com até 250ml, para paciente anorético e desnutrido

- Suplemento alimentar líquido, polimérico, normocalórico, normoproteico, isento de lipídios, com sacarose, sem lactose e glúten, com vitaminas e minerais, contendo flavorizante e baixo teor de resíduos, para preparo de cólon e tratamento de fistula quilosa, em embalagem individual tipo “Tetra Brik”, com até 250 ml de volume e para uso em pacientes adultos.
- Módulo de fibra em pó - contendo fibra solúvel até 60% e insolúvel até 40%, sem sacarose, glúten, sem flavorizante, acondicionado em embalagem com até 400g.
- Módulo de fibra em pó, constituído de pelo menos 80% de fibra solúvel, sem sacarose e glúten, sem flavorizante, acondicionado em embalagem em até 400g.
- Módulo de proteína em pó, de alto valor biológico, constituído com pelo menos 90% de caseinato de cálcio
- Módulo de espessante instantâneo, p/maior consistência nos alimentos líquidos dos pacientes com disfagia p/ alimentos sólidos, acondicionados em latas de 200 a 250g.
- Suplemento alimentar, nutricionalmente completo, líquido, polimérico, hiperproteico (teor de proteína acima de 25% das calorias totais), hipercalórico, com sacarose e lactose, sem glúten enriquecido com arginina, zinco selênio, vitaminas A, C e E, adicionado de mix de carotenóides, com flavorizante, acondicionado em embalagem individual, com volume de até 200 ml. para uso em pacientes adultos.

Dieta Enteral

- Alimento para dieta enteral ou oral, nutricionalmente completo, pó, polimérico, normocalórico, (fração protéica de alto valor biológico, a partir de 17% das calorias totais), sem sacarose, lactose e glúten, com vitaminas, minerais, com flavorizante e que permita concentração até 1.5kcal/ml, acondicionado em embalagem de até 800g para uso em pacientes adultos
- Alimento para dieta enteral ou oral, nutricionalmente completo, pó, polimérico, normocalórico, com até 16% de proteína das calorias totais, normolipídico, sem sacarose, lactose e glúten, com fibras solúveis e insolúveis, vitaminas, minerais, com flavorizante, que permita concentração até 1.3 Kcal/ml - p/ regularização do trânsito intestinal, acondicionado em embalagem de até 800g, para uso em pacientes adultos.
- Alimento para dieta enteral ou oral, nutricionalmente completo, pó, polimérico, normocalórico, normoprotéico (com até 16% das calorias totais), normolipídico, sem sacarose, lactose, glúten e fibra, com vitaminas, minerais, com ou sem flavorizante e que permitam concentração até 1.3 Kcal/ml, acondicionado em embalagem de até 800g, para uso em pacientes adultos.
- Alimento para dieta enteral ou oral suplementar , pó, polimérico, normocalórico (1.0kcal/ml), hiperprotéico (igual ou maior a 20% das calorias totais), com fibra solúvel, sem sacarose, glúten. Sem flavorizante. Acondicionado em lata com até 400g. Para uso em pacientes adultos.

b. Produtos para Imunonutrição pré operatória

- Alimento para dieta enteral, nutricionalmente completo, líquido, polimérico, normocalórico, hiperprotéico (igual Ou maior a 22% das calorias totais), normolipídico, sem sacarose, lactose e glúten, enriquecida com imunonutrientes (L- arginina, ácido graxo W-3 e nucleotídeos), sem fibras, com flavorizante , em embalagem individual tipo “Tetra Brik”, com até 250ml- para uso em pacientes adultos.

6. Fontes de financiamento;

A estimativa anual para 2020-2023, segundo o INCA para os cânceres de cavidade oral para o sexo masculino será de 11.180 novos casos, compreendendo 5 % dos novos casos de câncer, sendo o 5º mais prevalente. As estimativas para o câncer de laringe são de 6.470 novos casos sendo o 9º mais prevalente.

Segundo o IBNO a prevalência de desnutrição e de risco nutricional nesta população com câncer de Cabeça e Pescoço no momento da internação para tratamento é de 63,69%.

Os gastos com a terapia nutricional, conforme abaixo descritos durante a jornada do paciente clínico e cirúrgico perfazer despesas que devem ser incorporadas ao tratamento oncológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço.

A instituição de terapia nutricional por 30 dias pré tratamento compreendendo 25% das necessidades nutricionais e pós tratamento de 80% das necessidades por um período de até 90 dias, irá perfazer o custo total menor que R\$ 6.500,00 por paciente.

O custo da terapia nutricional proposto compreende a distribuição de suplementos por 30 dias antes do tratamento clínico e cirúrgico e continuidade da terapia por mais 90 dias peri-tratamento clínico e cirúrgico.

- a. **Paciente clínico**- Custo total na jornada do paciente com câncer de cabeça e pescoço = R\$ 6.179,83.
 - Suplemento pré tratamento clínico por 30 dias compreendendo 25% das necessidades calóricas e dieta enteral por 90 dias peri tratamento compreendendo 80% das necessidade calóricas:
 - Média de custo do suplemento pré tratamento = R\$ 626,00; Média do custo da dieta enteral peri tratamento = R\$ 5.553,83. Custo total da terapêutica clínica na jornada do paciente com câncer de cabeça e pescoço = R\$ 6.179,83.
- b. **Paciente cirúrgico**- Custo total na jornada do paciente com câncer de cabeça e pescoço = R\$ 6.400,93.
 - Suplemento pré tratamento cirúrgico por 30 dias compreendendo 25% das necessidades calóricas + imunonutrição por 5 dias e dieta enteral por 90 dias pós tratamento cirúrgico compreendendo 80% das necessidade calóricas + imunonutrição por 5 dias:
 - Média de custo do suplemento pré tratamento cirúrgico = R\$ 626,00; Média do custo da imuninutrição pré operatória= R\$ 110,55; Média do custo da dieta enteral pós tratamento cirúrgico = R\$ 5.553,83 + Média do custo da imuninutrição pós operatória= R\$ 110,55 . Custo total da terapêutica cirúrgica na jornada do paciente com câncer de cabeça e pescoço = R\$ 6.400,93.

7. Atendimento humanizado.

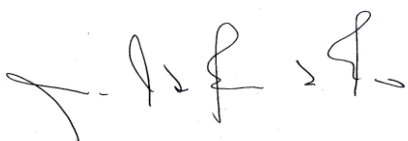
A humanização do atendimento acontece quando há a democratização das relações que o envolvem, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. (Deslandes SF. 2004).

Os profissionais que administram o tratamento oncológico devem lembrar que o sofrimento do paciente oncológico provocado pela dor e os efeitos do tratamento têm vários aspectos e são compartilhados pelo paciente e por sua família com a equipe de saúde.

O acolhimento que integra o cuidado humanizado não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.(Schimith MD. 2004).

É extremamente importante que os profissionais recebam treinamento permanente por grupos multiprofissionais especializados para que possam mudar a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do paciente oncológico.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2025.



Nivaldo Barroso de Pinho

Referências Bibliográficas

- AGUILAR-NASCIMENTO, J.E; BICUDO-SALOMÃO, A; CAPOROSSI, C; SILVA, R.M; CARDOSO, E.A; SANTOS, T.P. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bra Cir.* 2006; 33, p.181-88.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J.E; SALOMÃO, A.B; WAITZBERG, D.L; DOCK-NASCIMENTO, D.B; CORREA, M.I.T.D; CAMPOS, A.C.L, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Col Bra Cir.* 2017; 44, p.633-48.
- ARENDS, J; BARACOS, V; BERTZ, H; BOZZETTI, F; CALDER, P.C; DEUTZ, N.E.P, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nut.* 2017; 36, p.1187-96. b.
- ARENDS, J.; BACHMANN, P.; BARACOS, V.; BARTHELEMY, N.; BERTZ, H.; BOZZETTI, F. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition.* 2017; 36 (1), p. 11–48.
- August DA, Huhmann MB and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. (2009) A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *J Parenter Enteral Nutr.* 33:472–500.
- Bauer J, Capra S, Ferguson M.(2002) Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 56:779–85.
- BALDWIN, C.; SPIRO, A.; AHERN, R.; EMERY, P. W. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Nati Cancer Inst.*2012; 104, p.371-85.
- BISCHOFF S C; AUSTIN P; BOEYKENS K; CHOURDAKIS M; CUERDA C; JONKERS-SCHUITEMA C., et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition.* 2020; 39, p.5-22. Nutrition journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>
- Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, Camilo M, Ravasco P. (2012) Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. *Br J Nutr* 108(2): 343–8.
- BOZZETTI, F.; SANTARPIA, L.; PIRONI, L.; THUL, P.; KLEK, S.; GAVAZZI, C. et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multicentre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann Oncol.*2014; 25,p.487-93.
- BOWREY, D. J; BAKER, M.; HALLIDAY, V.; THOMAS, A. L.; PULIKOTTIL-JACOB, R.; SMITH,,K. et al. A randomised controlled trial of six weeks of home enteral nutrition versus standard care after oesophagectomy or total gastrectomy for cancer: Report on a pilot and feasibility study. *Trials.*2015; 16, p.531.
- BRAGA, M.; LJUNGQVIST, O.; SOETERS, P.; FEARON, K.; WEIMANN, A.; BOZZETTI, F. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery. *Clin Nutr.* 2009; 28(4), p. 378-86.
- BRAGA, M.; WISCHMEYER, P. E.; DROVER, J.; HEYLAND, D. K. Clinical Evidence for Pharmaconutrition in Major Elective Surgery. *J Parenter Enteral Nut;* 2013; 37, p.66S-72S.
- Chantragawee C, Achariyapota V. Utilization of a scored patient-generated subjective global assessment in detecting a malnourished status in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(9):4401–4.

CHOW, R.; BRUERA, E.; CHIU, L.; CHOW, S.; CHIU, N.; LAM, H. et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.*2016; 5, p.30-41.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva.* 2004;9(1):7-14.

De Pinho N, Martucci R, Rodrigues V, D'Almeida C A, Thuler L C S, Saunders C, Jager-Wittenaar H, Peres W A F (2018) Malnutrition associated with nutrition impact symptoms and localization of the disease: Results of a multicentric research on oncological nutrition. *Clinical Nutrition.* 38:1274-9.

De PINHO N, Martucci R, Rodrigues V, D'Almeida C A, Thuler L C S, Saunders C, Jager-Wittenaar H, Peres W A F. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. *Cancer* (2019).

De Pinho N. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica ; organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. — Rio de Janeiro : Edite, 2021. Em https://www.sbno.com.br/wp-content/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf.

DROVER, J. W.; DHALIWAL, R.; WEITZEL, L.; WISCHMEYER, P. E.; OCHOA, J .B.; HEYLAND, D.K. Perioperative use of arginine-supplemented diets: A systematic review of the evidence. *J Am Coll Sur.*2011; 212, p.385-99.

Dubhashi SP, Kayal A. (2015) Preoperative nutritional assessment in elderly cancer patients undergoing elective surgery: MNA or PG-SGA? *Indian J Surg.* 77 Suppl 2:232–5.

Faramarzi E, Mahdavi R, Mohammad-Zadeh M, Nasirimotlagh B. (2013) Validation of nutritional risk index method against patient generated subjective global assessment in screening malnutrition in colorectal cancer patients. *Chin J Cancer Res* 25:544–8.

GAVAZZI, C.; COLATRUGLIO, S.; VALORIANI, F.; MAZZAFERRO, V.; SABBATINI, A.; BIFFI, R., et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: A multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer.*2016; 64, p.107-12.

GIANOTTI, L.; BRAGA, M.; NESPOLI, L.; RADAELLI, G.; BENEDUCE, A.; DI CARLO, V. A. randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. *Gastroenterol.*2002; 122, p. 1763-70.

Guerra RS, Sousa AS, Fonseca I, Pichel F, Resto MT, Ferreira S, Amaral TF. (2016) Análise comparativa do rastreamento de desnutrição e ferramentas diagnósticas como preditores de custos de internação. *J Hum Nutr Diet* 29(2):165-73.

Guerra RS, Fonseca I, Sousa AS, Jesus A, Pichel F, Amaral TF. (2016) ESPEN diagnostic criteria for malnutrition – a validation study in hospitalized patients. *Clin Nutr.* S0261–5614(16)30221-7.

HORIE, L. M; BARRURE, A.P.N; CASTRO, M.G; LIVIEIRA, A.M.B; CARVALHO, A.M.B; PEREIRA, A, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J.* 2019; 34, p.2-32.

HAMZA, N.; DARWISH, A.; O'REILLY, D. A.; DENTON, J.; SHEEN, A. J.; CHANG, D. et al. Perioperative enteral immunonutrition modulates systemic and mucosal immunity and the inflammatory response in patients with periampullary cancer scheduled for pancreaticoduodenectomy: A randomized clinical trial. *Pancreas.*2015; 44, p.41-52.

HEIDEGGER, C. P.; BERGER, M. M.; GRAF, S.; ZINGG, W.; DARMON, P.; COSTANZA, M. C. et al. Optimisation of energy provision with supplemental parenteral nutrition in critically ill patients: a randomised controlled clinical trial. *Lancet.*2013; 2, p.385-93.

Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). (2013) Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica, Rio de Janeiro.

JACK, B.W.; CHETTY, V. K.; ANTHONY, D.; GREENWALD, J. L.; SANCHEZ, G..M.; JOHNSON, A..E. et al. Reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Ann Internal Med.* 2009; 150, p.178-87.

KASSIN, M. T.; OWEN, R. M.; PEREZ, S. D.; LEEDS, I; COX, J. C.; SCHNIER, K., et al. Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *J Am Coll Sur.*2012; 215, p.322-30.

LASSEN, K.; SOOP, M.; NYGREN, J.; COX, P. B. W.; HENDRY, P. O.; SPIES, C., et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Group recommendations. *Arch Sur.*2009; 144, p.961-9.

MARÍN CARO, M.M; GÓMEZ CANDELA, C; CASTILLO RABANEDA, R; LOURENÇO NOGUEIRA, T; GARCÍA HUERTA, M; LORIA KOHEN, V. et al. Nutritional risk evaluation and establishment of nutritional support in oncology patients according to the protocol of the Spanish Nutrition and Cancer Group. *Nutr Hosp.*2008; 23, p.458-68.

MENNUNI, M.; MASSIMO GULIZIA, M.; ALUNNI, G.; FRANCESCO AMICO, A.; MARIA BOVENZI, F.; CAPORALE, R. et al. Position Paper: Hospital discharge planning: Recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.*2017; 19, p.D244-D255.

OSLAND, E.; HOSSAIN, M. B.; KHAN, S.; MEMON, M. A. Effect of timing of pharmaconutrition (immunonutrition) administration on outcomes of elective surgery for gastrointestinal malignancies: A systematic review and meta-analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.*2014; 38, p.53-69.

Ottery FD. (1996) Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 12 Suppl 1:15–9.

RAVASCO, P; MONTEIRO-GRILLO, I; VIDAL, P.M; CAMILO, M.E. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology.* 2005^a; 23(7), p. 1431-38.

RAVASCO, P; MONTEIRO-GRILLO, I; VIDAL, P.M; CAMILO, M.E. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head & Neck.* 2005^b; 27(8), p. 659-68.

RAVASCO, P. Nutritional approaches in cancer: Relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition.*2015; 31, p.603-4.

ROWAN, N. R.; JOHNSON, J. T.; FRATANGELO, C. E.; SMITH, B. K.; KEMERER, P. A.; FERRIS, R. L. Utility of a perioperative nutritional intervention on postoperative outcomes in high-risk head & neck cancer patients. *Oral Oncol.*2016; 54, p.42-6.

Sommariva S, Pongiglione B, Tarricone R. (2016) Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: a systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 99:13–36.

Spotten L, Corish C, Lorton C, Dhuibhir P, O'Donoghue N, O'Connor B, Cunningham M E Beltagi N, Gillham C, Walsh D. (2016) Subjective taste and smell changes in treatment-naïve people with solid tumours. *Support Care Cancer* 4 :3201–8.

Sealy MJ, Nijholt W, Stuiver MM, van der Berg MM, Roodenburg JL, van der Schans CP, Ottery FD, Jager-Wittenaar H.(2016) Content validity across methods of malnutrition assessment in patients with cancer is limited. *J Clin Epidemiol.* 76:125-36.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Inquerito_Brasileiro_Nutricao_Oncologica.pdf. Accessed 10 July 2017.

SANZ ORTIZ, J; MORENO NOGUEIRA, J.A; GARCIA DE LORENZO, MATEOS, A. Protein energy malnutrition (PEM) in cancer patients. *Clin Transl Oncol.* 2008; 10, p. 579-82.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Pública.* 2004 nov/dez; 20(6):1487-94.

SRIRAM, K.; SULO, S.; VANDERBOSCH, G.; PARTRIDGE, J.; FELDSTEIN, J.; HEGAZI, R. A. et al. A comprehensive nutrition-focused quality improvement program reduces 30-day readmissions and length of stay in hospitalized patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr.2017; 41, p.384-91.

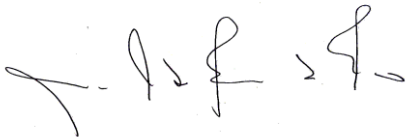
VAN AANHOLT, D. P. J.; MATSUBA, C. S. T.; DIAS, M. C. G.; SILVA, M. L. T.; CAMPOS, A. C. L.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. Braspen J. 2018; 33, p.37-46.

WAITZBERG, D. L.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; DIAS, M. C. G.; PINHO, N.; MOURA, R; CORREIA, M. I. T. D. Desnutrición y terapia nutricional en hospitales y en domicilios en Brasil. Estrategias para aliviarlo: posicionamiento, Nutr Hosp.2017; 34, p.969-75.

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. (2001) Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. 17(7-8):573-80

WEIMANN, A.; BRAGA, M.; CARLI, F.; HIGASHIGUCHI, T.; HÜBNER, M.; KLEK, S. et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr.2017; 36, p.623-50.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2025.



Nivaldo Barroso de Pinho

Presidente da SBNO