

# Avaliação da adesão de pacientes com câncer a terapia nutricional enteral domiciliar

*Evaluation of cancer patient adherence to home enteral nutrition therapy*

DOI: 10.37111/braspenj.2023.38.4.05

Natália Alcântara Fernandes<sup>1</sup>  
Letícia Nascimento Carniatto<sup>2</sup>  
Fabiane Michele dos Santos<sup>3</sup>  
Thais Manfrinato Miola<sup>4</sup>

## Unitermos:

Alimentação enteral. Terapia nutricional. Adesão terapêutica.

## Keywords:

Enteral feeding. Nutritional therapy. Therapeutic adherence.

## Endereço para correspondência:

Thais Manfrinato Miola  
AC Camargo Cancer Center - Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo, SP, Brasil – CEP: 01509-900  
E-mail: thais.miola@accamargo.org.br

## Submissão :

19 de novembro de 2023

## Aceite:

22 de dezembro de 2023

## RESUMO

**Introdução:** Em situações de desnutrição ou risco nutricional, a terapia nutricional pode ser mantida após a alta e deslocada ao domicílio, como a terapia nutricional enteral domiciliar (TNE). Porém, há desafios que interferem na administração desta aos pacientes. Assim, este estudo objetiva avaliar a adesão de pacientes com câncer à TNE e identificar fatores que a influenciam. **Método:** Estudo de coorte, prospectivo e descritivo, conduzido em pacientes com câncer e em TNE. Foi aplicado um questionário, contemplando informações sobre peso, altura e a terapia nutricional, como tipo de fórmula, tempo de uso e infusão, manipulação, sintomas e outros. **Resultados:** O estudo foi composto por 76 pacientes, sendo 63,2% do sexo masculino. O diagnóstico mais comum foi de tumores de cabeça e pescoço (73,7%). Observou-se predominância no uso de dieta hipercalórica e normoproteica (71,1%). Dos entrevistados, 39,5% mantiveram acompanhamento ambulatorial a cada 15 dias e 76,3% dos pacientes não apresentaram qualquer tipo de dificuldade na adesão. A adesão à TNE não foi diferente nas diversas classes de estado nutricional ( $p=0,258$ ) ou em casos onde os pacientes sofreram mudança de peso ( $p=0,325$ ). Houve diferença estatisticamente significativa na adesão da TNE em vários tipos de fracionamentos da dieta ( $p=0,001$ ). A adesão da TNE não foi diferente nas variedades de tempo de uso da dieta, infusão ou quantidade infundida ( $p=0,994$ ;  $p=0,200$  e  $p=0,766$ ). Entretanto, a adesão ao TNE mudou em diferentes volumes totais da dieta, e ofertas calóricas e proteicas ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ , respectivamente). **Conclusão:** Pacientes com diagnóstico de câncer que fazem uso de TNE aderiram, em sua maioria, à terapêutica. Não houve diferença estatística do estado nutricional entre pacientes que aderiram ou não à TNE.

## ABSTRACT

**Introduction:** In cases of malnutrition or nutritional risk, nutritional therapy can be continued after discharge and used at home, known then as home enteral nutrition (HEN). However, there are challenges that may interfere with its administration to patients. Therefore, this study aims to evaluate adherence of cancer patients to HEN and identify factors that may influence it. **Methods:** Prospective and descriptive cohort study, conducted on cancer patients undergoing HEN. A questionnaire was applied, covering information about weight, height, and the nutritional therapy used, such as type of formula, time of use and infusion, handling, symptoms, and others. **Results:** The study consisted of 76 patients, 63.2% of which were male and most (73.7%) were diagnosed with head and neck tumors. There was a predominance of use of a high-calorie normoprotein formulas (71.1%). Of those interviewed, 39.5% maintained outpatient follow-up every 15 days and 76.3% of patients did not experience any type of difficulty in adherence. There was no difference in the association between nutritional status and weight loss ( $p=0.258$  and  $p=0.325$ , respectively). Regarding complementary feeding to enteral nutrition and diet fractionation, there was significance in relation to adherence ( $p=0.001$ ). Regarding adherence to the HEN and the characteristics related to the infusion of the diet, it was observed that both for those who adhered or not, there was no difference in the time of use of the diet, infusion and amount infused ( $p=0.994$ ;  $p=0.200$  and  $p=0.766$ ). However, when dealing with the total volume of the diet, caloric and protein supply, the mean and median amount used by patients who adhered to HEN showed significance ( $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ). **Conclusion:** Patients diagnosed with cancer who use HEN mostly adhered to the therapy. Regarding nutritional status, there was no statistical difference between patients who adhered to HEN or not.

1. Residente em Nutrição Oncológica, AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.
2. Nutricionista clínica, Mestre em Ciências, AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.
3. Nutricionista clínica, Especialista em Nutrição Oncológica, AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.
4. Supervisora de Nutrição Clínica, Doutora em Ciências, AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O direito humano à alimentação adequada é o direito de cada cidadão de ter acesso físico e econômico à alimentação adequada, ou aos meios para obter estes alimentos<sup>1</sup>. Tal direito deve ser reconhecido em situações que possam gerar ameaça ao estado nutricional dos pacientes, incluindo aqueles que necessitam de condições especiais de saúde. Isso resulta na manutenção e qualidade de vida nas esferas do bem-estar social, psicológico, físico e econômico<sup>2</sup>.

A perda de peso e a desnutrição são os distúrbios nutricionais mais associados e frequentes em pacientes com câncer, devido ao difícil acesso a alimentação adequada<sup>3</sup> e também as condições clínicas de cada paciente<sup>4,5</sup>. São esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025<sup>6</sup>, e destes, 20% a 80% correspondem a pacientes em desnutrição energético-proteica, dependendo da idade, estágio da doença e localização do tumor<sup>7</sup>.

Para prevenir efeitos negativos do estado nutricional, o direito à alimentação deve ser garantido a toda população. Em pacientes oncológicos, deve haver aconselhamento nutricional associado a intervenção e terapia nutricional<sup>8</sup>. A terapia nutricional nos pacientes com câncer está associada a maior taxa de sobrevida, melhora do estado nutricional, capacidade funcional, qualidade de vida e outros. Essas intervenções podem ser feitas por diferentes vias de acesso, dependendo do estado nutricional, clínico e funcional do paciente<sup>9</sup>.

Nessas situações de desnutrição e/ou risco nutricional, a terapia nutricional deve ser mantida após a alta hospitalar, no ambiente domiciliar. A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é reconhecida como uma terapêutica essencial para recuperação e/ou manutenção do estado nutricional, possibilitando o exercício do direito humano da alimentação adequada, além de promover a reintegração do indivíduo à sociedade e ao núcleo familiar<sup>10</sup>.

No entanto, há desafios que interferem na administração da alimentação via sonda a estes pacientes, como aspectos econômicos e sociais. Isso dificulta a aquisição das fórmulas, a adaptação dos familiares e cuidadores no novo cotidiano, o estigma e os desafios sociais que estes pacientes podem vir a enfrentar<sup>2</sup>. Além disso, outras dificuldades têm sido pontuadas pelas equipes de atenção domiciliar, como a compreensão das orientações pelos familiares e cuidadores, falta de padronização nas orientações de alta, orientação adequada e clara sobre o preparo/manipulação e o tempo de administração da dieta enteral<sup>11</sup>.

Sendo assim, pacientes com câncer submetidos a TNED devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar, na presença de um nutricionista especializado, para aconselhamento adequado de modo a avaliar o estado nutricional, planejar um atendimento individualizado e avaliar tolerância, aporte calórico-proteico e a ingestão adequada de nutrientes

e líquidos, com o objetivo de prevenir ou corrigir deficiências nutricionais e minimizar a perda de peso<sup>12,13</sup>. Portanto, tal assistência requer uma orientação elaborada, coerente e acessível ao paciente<sup>14</sup>.

Assim, é essencial discutir e avaliar a adesão da TNED de pacientes com câncer e os fatores que influenciam na sua aderência e manutenção ou recuperação do estado nutricional. Diante do exposto, este estudo objetiva avaliar a adesão de pacientes com câncer a terapia nutricional enteral no âmbito domiciliar, além de identificar quais fatores influenciam na adesão à TNED e associá-los ao estado nutricional.

## MÉTODO

Esse foi um estudo de coorte, prospectivo e descritivo, conduzido a partir do recrutamento por amostragem de pacientes adultos e idosos, com o diagnóstico de neoplasias em diferentes sítios primários, com indicação de TNED e que foram orientados quanto aos cuidados e formas de administração desta terapia após a alta hospitalar. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 3315/22.

Foram incluídos participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 19 anos, diagnóstico de neoplasia maligna, independente do sítio primário, em uso de TNED por no mínimo 1 semana e pacientes que foram orientados por nutricionistas de um centro de câncer em São Paulo, Brasil. Em contrapartida, foram excluídos aqueles que não concordaram com a pesquisa e pacientes que mantiveram acompanhamento nutricional em serviço externo.

Os pacientes foram contatados de forma presencial ou por meio de ligações telefônicas. Por meio do contato, 76 pacientes atendiam aos critérios de elegibilidade e responderam ao questionário que contemplava que contemplava informações sobre a TNED e estado nutricional. O estado nutricional foi avaliado através dos dados de peso, altura e cálculo do IMC, levando em consideração, foi realizado o cálculo do índice de massa corpórea (IMC), levando em consideração os pontos de corte segundo a *World Health Organization*<sup>15</sup> e a Organização Pan-Americana da Saúde<sup>16</sup> para adultos e idosos, respectivamente. As informações sobre a terapia nutricional foram: tipo de fórmula utilizada, tempo de uso TNED, tempo de infusão da dieta, manipulação e/ou preparação da dieta, sintomas gastrointestinais associados, fracionamento, aquisição e compra e dúvidas sobre orientação prévia do nutricionista. Com base nas respostas do questionário, observou-se a necessidade calórica e proteica dos pacientes e, para avaliar a adesão a TNED, consideramos os pacientes que atingiram meta calórica e meta proteica  $\geq 80\%$ .

Para a análise descritiva das variáveis contínuas, foram apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e

relativa (%), para as variáveis qualitativas, e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas. Para os testes de associação, foi considerado adequada adesão a TNED dos pacientes que atingiram a meta calórica e proteica. Para avaliar a associação entre adesão e as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. Para comparar a adesão em relação à distribuição de variáveis quantitativas, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises estatísticas foram realizadas por meio do software IBM SPSS versão 29.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 76 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (63,2%), com idade média de 62,9 anos e com o diagnóstico oncológico de tumores de cabeça e pescoço (73,7%). As entrevistas ocorreram majoritariamente durante as consultas ambulatoriais (60,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características da amostra de pacientes.

| Variável                      | Categoria               | N (%)     |
|-------------------------------|-------------------------|-----------|
| <b>Gênero</b>                 | Feminino                | 28 (36,8) |
|                               | Masculino               | 48 (63,2) |
| <b>Idade</b>                  | Min-Máx                 | 20-89     |
|                               | Média/Mediana           | 63/65,5   |
| <b>Escolaridade</b>           | Fundamental completo    | 9 (11,9)  |
|                               | Médio completo          | 27 (35,5) |
|                               | Superior completo       | 30 (39,5) |
|                               | Sem escolaridade        | 3 (3,9)   |
|                               | Outros*                 | 7 (9,2)   |
| <b>Diagnóstico Oncológico</b> | Cabeça e Pescoço        | 56 (73,7) |
|                               | Aparelho Digestivo Alto | 11 (14,5) |
|                               | Outros                  | 9 (11,8)  |
| <b>Forma de contato</b>       | Consulta ambulatorial   | 46 (60,5) |
|                               | Internação              | 25 (32,9) |
|                               | Via telefônica          | 5 (6,6)   |

Min: mínimo; Max: máximo; N: número da amostra; \*: pacientes com ensino fundamental incompleto e/ou escolaridade ignorada.

Ao verificar as características da TNED, observou-se predominância no uso de dieta hipercalórica e normoproteica (71,1%) e administração por sistema gravitacional (92,1%). Dos pacientes entrevistados, 39,5% mantiveram

acompanhamento ambulatorial a cada 15 dias. Por outro lado, 17,1% não mantiveram seguimento com a equipe de nutrição (Tabela 2). Ao serem questionados sobre a presença de sintomas do trato gastrointestinal, dificuldades na aquisição da fórmula enteral, intercorrências relacionadas à infusão da dieta enteral e compreensão das orientações recebidas, apenas 23,7% dos pacientes relataram algum tipo de dificuldade na adesão à TNED (Tabela 2).

**Tabela 2** – Características e fatores relacionados à TNED.

| Variável  | Categoria                   | N (%)     |
|---|-----------------------------|-----------|
| Dieta orientada   | Hipercalórica/Hiperproteica | 20 (26,3) |
|   | Hipercalórica/Normoproteica | 54 (71,1) |
|   | Normocalórica/Normoproteica | 2 (2,6)   |
| Tipo de administração                                     | Bomba de infusão            | 6 (7,9)   |
|   | Gravitacional               | 70 (92,1) |
| Frequência de retorno ambulatorial                        | 1x/semana                   | 6 (7,9)   |
|   | 1x/a cada 15 dias           | 30 (39,5) |
|   | 1x/mês                      | 14 (18,4) |
|   | Nunca                       | 13 (17,1) |
|   | Outro                       | 13 (17,1) |
| Via de alimentação complementar                           | Não                         | 46 (60,5) |
|   | Sim                         | 30 (39,5) |
| Responsável pela manipulação da dieta                     | O próprio                   | 24 (31,6) |
|   | Familiar                    | 48 (63,2) |
|   | Cuidador                    | 3 (3,9)   |
|   | Homecare                    | 1 (1,3)   |
| Sintoma gastrointestinal após a infusão                   | Não                         | 57 (75)   |
|   | Sim                         | 19 (25)   |
| Dificuldade na compra e/ou aquisição das fórmulas         | Não                         | 64 (84,2) |
|   | Sim                         | 12 (15,8) |
| Intercorrência associada ao uso da SNE                    | Não                         | 53 (69,7) |
|   | Sim                         | 23 (30,3) |
| Dificuldade em entender as orientações pela nutricionista | Não                         | 71 (93,4) |
|   | Sim                         | 5 (6,6)   |
| Houve dificuldade na adesão                               | Não                         | 58 (76,3) |
|   | Sim                         | 18 (23,7) |
| Aderiu a terapia  | Não                         | 13 (17,1) |
|   | Sim                         | 63 (82,9) |

SNE: sonda nasoenteral; N: número da amostra.

Foi observado que 46,2% dos pacientes do sexo feminino e 53,8% do sexo masculino não aderiram à terapia nutricional. Não houve diferença de gênero para a adesão à TNED ( $p=0,532$ ). Também não houve diferença estatística do estado nutricional e a mudança de peso em relação à adesão à TNED ( $p=0,258$  e  $p=0,325$ , respectivamente). No entanto, nota-se que 61,5% dos pacientes que não aderiram à TNED apresentaram perda de peso. Por outro lado, há diferenças no uso de alimentação complementar a nutrição enteral em relação à adesão à TNED ( $p=0,001$ ), uma vez que 84,6% dos pacientes que não aderiram à TN utilizavam a via de alimentação complementar. O fracionamento da dieta também apresentou significância estatística em relação

à adesão à TNED ( $p=0,003$ ), onde o menor fracionamento (3x/dia) da dieta esteve associado a não adesão à TNED, enquanto o maior fracionamento (5x/dia) esteve associado à adesão à TNED (Tabela 3). Na amostra, 84,1% dos pacientes que aderiram à TNED possuíam uma oferta calórica  $\geq 26$  kcal/kg peso/dia, ao passo que, dentre os pacientes que não aderiram à terapia, 61,5% possuíam uma oferta calórica  $\leq 25$  kcal/kg peso/dia, demonstrando uma diferença notável ( $p=0,002$ ). Em relação as necessidades proteicas, 88,8% da amostra que aderiu à TNED possuía oferta proteica  $\geq 1,1$  g/kg peso/dia. Nos pacientes que não aderiram à terapia, 53,8% possuía oferta proteica  $\leq 1,1$  g/kg peso/dia, novamente sendo significativamente diferente ( $p=0,006$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Associação entre a adesão à TNED com estado nutricional e características da dieta atual.

| Variável                        | Categoria                  | Adesão à TNED<br>N (%) |           | p-valor |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------|---------|
|                                 |                            | Não                    | Sim       |         |
| IMC na orientação               | Baixo peso                 | 4 (30,8)               | 31 (49,2) | 0,258   |
|                                 | Eutrofia                   | 6 (46,2)               | 21 (33,3) |         |
|                                 | Sobrepeso                  | 3 (23,1)               | 6 (9,5)   |         |
|                                 | Obesidade                  | 0 (-)                  | 5 (7,6)   |         |
| Diferença de peso               | Aumento                    | 1 (7,7)                | 15 (23,8) | 0,325   |
|                                 | Diminuição                 | 8 (61,5)               | 25 (39,7) |         |
|                                 | Manteve                    | 4 (30,8)               | 23 (36,5) |         |
| Densidade calórica e proteica   | Hiperclórica/Hiperproteica | 5 (38,5)               | 16 (25,4) | 0,583   |
|                                 | Hiperclórica/Normoclórica  | 8 (61,5)               | 46 (73)   |         |
|                                 | Normoclórica/Normoproteica | 0 (-)                  | 1 (1,6)   |         |
| Via de alimentação complementar | Não                        | 2 (15,4)               | 44 (69,8) | 0,001   |
|                                 | Sim                        | 11 (84,6)              | 19 (30,2) |         |
| Oferta calórica atual           | <20kcal/kg                 | 2 (15,4)               | 1 (1,6)   | 0,002   |
|                                 | 20-25kcal/kg               | 6 (46,2)               | 9 (14,3)  |         |
|                                 | 26-30kcal/kg               | 3 (23,1)               | 14 (22,2) |         |
|                                 | 31-35kcal/kg               | 2 (15,4)               | 20 (31,7) |         |
|                                 | >36kcal/kg                 | 0 (-)                  | 19 (30,2) |         |
| Oferta proteica atual           | <1g/kg                     | 7 (53,8)               | 7 (11,1)  | 0,006   |
|                                 | 1,1-1,5g/kg                | 5 (38,5)               | 35 (55,6) |         |
|                                 | 1,6-2,0g/kg                | 1 (7,7)                | 19 (30,2) |         |
|                                 | >2,1g/kg                   | 0(-)                   | 2 (3,2)   |         |
| Fracionamento                   | 2x/d                       | 1 (8,3)                | 1 (1,6)   | 0,003   |
|                                 | 3x/d                       | 6 (50)                 | 5 (8,2)   |         |
|                                 | 4x/d                       | 3 (25)                 | 19 (31,1) |         |
|                                 | 5x/d                       | 2 (16,7)               | 31 (50,8) |         |
|                                 | 6x/d                       | 0 (-)                  | 5 (8,2)   |         |

IMC: índice de massa muscular; N: número da amostra.; g: gramas; kg: quilo; TNED: terapia nutricional enteral domiciliar.

**Tabela 4** – Associação entre a adesão à TNED e fatores relacionados a infusão da dieta enteral.

| Variável                               | Adesão à TNED | Categoria     |        | p-valor |
|--|---------------|---------------|--------|---------|
|  |               | Média/Mediana | DP     |         |
| Período de uso de dieta enteral (dias) | Não           | 310,1/60      | 687,0  | 0,994   |
|  | Sim           | 376,6/60      | 797,3  |         |
| Quantidade ml/horário                  | Não           | 272,50/250    | 58,79  | 0,200   |
|  | Sim           | 286,22/300    | 37,42  |         |
| Volume total                           | Não           | 929,6/920     | 250,1  | <0,001  |
|  | Sim           | 1292/1250     | 277,2  |         |
| Calorias/dia atual                     | Não           | 1436/1479     | 305,8  | <0,001  |
|  | Sim           | 1949/1820     | 397,8  |         |
| Proteínas/dia atual                    | Não           | 58,48/57      | 13,74  | <0,001  |
|  | Sim           | 110,36/78,75  | 217,35 |         |
| Tempo para infundir a dieta (minutos)  | Não           | 45,83/42,5    | 20,76  | 0,766   |
|  | Sim           | 50,40/40      | 25,25  |         |

DP: desvio padrão; TNED: terapia nutricional enteral domiciliar; mL: mililitros.

A adesão da terapêutica não foi diferente entre pacientes que tinham diferentes períodos de uso de dieta, quantidade ou tempo para infundir a dieta ( $p=0,994$ ,  $p=0,200$  e  $p=0,766$ , respectivamente). Por outro lado, diferente volume total da dieta, oferta calórica e oferta proteica ocasionavam diferença na adesão da TNED ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ , respectivamente) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A prevalência da desnutrição é frequente em pacientes com câncer. Para aqueles com o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, a desnutrição é ainda mais frequente, uma vez que o processo de desenvolvimento da doença e seus efeitos adversos impactam negativamente na ingestão, e consequentemente, no estado nutricional desses pacientes<sup>17</sup>. No presente estudo, a maior parte dos pacientes foram diagnosticados com tumores de cabeça e pescoço (73,7%) e apresentavam IMC de baixo peso (46,1%).

Os pacientes com risco nutricional e/ou comprometimento do estado nutricional possuem indicação de intervenção nutricional<sup>18</sup>, sendo que a indicação da via enteral exclusiva ou complementar à nutrição oral pode ser instituída em ambiente hospitalar e/ou domiciliar<sup>19</sup>. A adesão pode ser definida como um cenário onde o comportamento do paciente corresponde às orientações que foram fornecidas pelo profissional de saúde, de modo a ter uma participação ativa no tratamento, a fim de produzir um resultado terapêutico desejado<sup>20,21</sup>. Estudos apontam que, para a adesão dos pacientes à terapia nutricional, é necessário que haja uma estrutura familiar adequada, treinamento e assistência do cuidador e, portanto, se torna necessário a assistência

de equipes treinadas e capacitadas no manejo desse tipo de atenção domiciliar<sup>22-24</sup>.

Por outro lado, verifica-se que tanto os pacientes quanto seus cuidadores podem apresentar dificuldades no manejo da sonda enteral domiciliar, o que, por sua vez, pode acarretar complicações, como sintomas gastrointestinais e perda e/ou obstrução da sonda nasoenteral<sup>25</sup>. Isso dificulta a adesão dos pacientes a esta terapêutica. Porém, no presente estudo, 76,3% da amostra não mostrou quaisquer dificuldades no manejo e/ou cuidado, o que levou a boa adesão à terapia. Recomenda-se a terapia nutricional enteral como via alternativa para os pacientes que apresentam uma ingestão alimentar que não atinge 60% das suas necessidades nutricionais pela via oral convencional por 3 dias<sup>7</sup>. A utilização de via alternativa pode complementar a via oral ou fornecer aporte pleno das necessidades energéticas e proteicas<sup>7</sup>. No presente estudo, 39,5% dos pacientes possuíam via de alimentação complementar, e dentre eles, 84,6% não aderiram à TNED.

Ao se tratar das necessidades nutricionais, pacientes adultos e idosos com o diagnóstico de câncer apresentam aumento tanto das necessidades calóricas quanto proteicas. Para as necessidades calóricas, recomenda-se que pacientes em tratamento antineoplásico e/ou com desnutrição e caquexia sejam ofertados de 25 a 30 kcal/kg peso/dia e 30 a 35 kcal/kg peso/dia, respectivamente. Para as necessidades proteicas, considera-se necessário 1,2 a 2,0 g/kg peso/dia de proteína<sup>26</sup>. Ao relacionar a adesão dos pacientes à TNED e os tipos de fórmulas, observa-se que a maioria dos pacientes foram orientados quanto ao uso de fórmulas hipercalóricas e normoproteicas e, desses, a maior parte fazia uso das fórmulas

os quais foram orientados. Tal fato pode ser justificado pois a maioria dos pacientes recebeu a nutrição enteral através da rede pública de saúde, que normalmente fornece fórmulas hipercalóricas e normoproteicas. As fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas, muitas vezes, são necessárias e contribuem para maior aporte nutricional. Porém, essas fórmulas também apresentam valor de mercado maior, dificultando o acesso e aquisição desse tipo de fórmula.

O estudo apresentou limitações quanto ao tamanho e as características da amostra. Por ter uma amostra reduzida, os dados podem ser insuficientes para garantir uma representação justa com os resultados estatísticos. Além disso, o público selecionado, em sua maioria, foram pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, o que pode ter gerado um viés de seleção, uma vez que a maioria dos pacientes que fazem uso da TNED são pacientes cirúrgicos com este diagnóstico.

## CONCLUSÃO

Pacientes com diagnóstico de câncer que fazem uso de TNED aderiram, em sua maioria, à esta terapêutica. Em relação ao estado nutricional, não houve diferença estatística entre pacientes que aderiram ou não à TNED. Assim, é importante que pacientes que fazem o uso da TNED realizem um acompanhamento nutricional adequado, possibilitando o monitoramento do estado nutricional e ajustes necessários da terapia nutricional.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil: indicadores e monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília: Consea, 2010.
2. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, Schieferdecker MEM. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *Demetra*. 2014;9(3):757-69.
3. Gomes DF, Gandolfo AS, Oliveira AC, Potenza ANS, Micelli CLO, Almeida CB, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição 233 hospitalar. *BRASPEN J*. 2019;34(1):3-23.
4. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003;22(3):235-9.
5. Qiu Y, You J, Wang K, Cao Y, Hu Y, Zhang H, et al. Effect of whole-course nutrition management on patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy: a randomized control trial. *Nutrition*. 2020;69:110558.
6. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado 1 ago 2023]. Disponível em: [www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf](http://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf).
7. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO. Rio de Janeiro: Edite; 2021.
8. Costa JA, Ricardo NF, Fontinele RRC, Barros GM, Damasceno DLL, Pereira ARS, et al. Benefits of enteral nutrition therapy in cancer patients. *Res Soc Dev*. 2021;10(17):e234101724196.
9. Mueller C, Compher C, Ellen DM, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2011;35(1):16-24.
10. Menezes CSF, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3198.
11. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Instituto Nacional de Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2009.
13. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause: alimentação, nutrição e dietoterapia. Barueri: Guanabara Koogan; 2010.
14. Pootz SC, Boff DG, Canuto R, Brollo J, Silva ACP. Aconselhamento nutricional em pacientes com câncer de cabeça, pescoço e esôfago em tratamento (químico)radioterápico. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(1):e-13531.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
16. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: informe preliminar. In: XXXVI reunión del comité asesor de investigaciones en salud; 9-11 jun 2001; Kingston: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
17. Trujillo EB, Dixon SW, Claghorn K, Levin RM, Mills JB, Spees CK. Closing the gap in nutrition care at outpatient cancer centers: ongoing initiatives of the oncology nutrition dietetic practice group. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(4):749-60.
18. Aquino RC, Philippi ST. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):637-43.
19. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 503 de 27 de maio de 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
20. Vasconcelos MIL. Nutrição enteral. In: Lilian Cuppari. Nutrição clínica no adulto. São Paulo: Manole; 2014.
21. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):487-94.
22. Madigan SM, Fleming P, McCann S, Wright ME, MacAuley D. General practitioners involvement in enteral tube feeding at home: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8(29):1-7.
23. Best C, Hitchings H. Enteral tube feeding--from hospital to home. *Br J Nurs*. 2010;19(3):174-9.
24. Bjuresäter K, Larsson M, Athlin E. Struggling in an inescapable life situation: being a close relative of a person dependent on home enteral tube feeding. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):1051-9.
25. Coppini LZ, Waitzberg DL. Complicações em nutrição enteral. In: DL Waitzberg. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2009.
26. Horie LM, Barré APN, Castro MG, Alencastro MG, Alves JTM, Bello PPD, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J*. 2019;34(Supl 1):2-32.

**Local de realização do estudo:** Fundação Antônio Prudente, AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver.