



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL - PPGSAN
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

ADRIANA MOREIRA VILLAS BÔAS DOS SANTOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE VÍDEOS EDUCATIVOS PARA
ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM CÂNCER EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
DOMICILIAR

RIO DE JANEIRO
2025

ADRIANA MOREIRA VILLAS BÔAS DOS SANTOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE VÍDEOS EDUCATIVOS PARA
ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM CÂNCER EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
DOMICILIAR

Dissertação apresentada como requisito à
obtenção de título de Mestrado
Profissional do Programa de Pós-
Graduação em Segurança Alimentar e
Nutricional (PPGSAN) da Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO).

Orientadora: Profa. Dra. Thaís da Silva Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves

RIO DE JANEIRO
2025

ADRIANA MOREIRA VILLAS BÔAS DOS SANTOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE VÍDEOS EDUCATIVOS PARA
ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM CÂNCER EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
DOMICILIAR.

Dissertação apresentada como requisito à
obtenção de título de Mestrado Profissional
do Programa de Pós-Graduação em
Segurança Alimentar e Nutricional
(PPGSAN) da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovada em: 29/10/2025.

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **THAIS SALEMA NOGUEIRA DE SOUZA**
Data: 22/01/2026 11:38:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Thaís Salema Nogueira de Souza (PPGSAN/UNIRIO)

Documento assinado digitalmente
 **DANUBIA DA CUNHA ANTUNES SARAIVA**
Data: 22/01/2026 10:06:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Danúbia Antunes Saraiva (INCA)

Documento assinado digitalmente
 **THAIS DA SILVA FERREIRA**
Data: 22/01/2026 09:36:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Thaís da Silva Ferreira (Orientadora - PPGSAN/UNIRIO)

FICHA CATALOGRÁFICA

S237 SANTOS, ADRIANA MOREIRA VILLAS BOAS DOS
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE VÍDEOS EDUCATIVOS
PARA ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM CÂNCER EM TERAPIA
NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR / ADRIANA MOREIRA VILLAS
BOAS DOS SANTOS. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
117

Orientador: THAIS DA SILVA FERREIRA.
Coorientador: FABRICIA JUNQUEIRA DAS NEVES.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Segurança
Alimentar e Nutricional, 2025.

1. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR. 2. VÍDEO
EDUCATIVO EM SAÚDE. 3. VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO. I. FERREIRA,
THAIS DA SILVA, orient. II. NEVES, FABRICIA JUNQUEIRA DAS
, coorient. III. Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho, com profunda dedicação e orgulho, a todas as pessoas que sempre acreditaram e apoiaram a minha jornada. À minha mãe, às minhas filhas Maria Luíza e Fernanda — meus maiores motivos e fontes de inspiração, pelo amor, incentivo e paciência incondicionais. Aos amigos, pelo apoio e encorajamento constantes, e aos meus orientadores, pela valiosa orientação e estímulo essenciais à realização deste sonho. A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta etapa tão importante da minha vida, deixo minha mais sincera gratidão. Obrigada por todos os momentos de amor, aconchego, conforto e compreensão ao longo dessa caminhada. Sou eternamente grata por cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua infinita graça e amor. Por nunca me deixar perder a esperança, por me mostrar que sempre há caminhos possíveis e por me dar força para seguir em frente e alcançar esta vitória.

À minha mãe, **Elza Maria**, exemplo de amor, coragem e dedicação. Ao meu pai **Carlos Alberto**, que neste momento de conquista transbordaria de orgulho e felicidade. Às minhas filhas, **Maria Luíza e Fernanda**, razão do meu maior amor e da minha perseverança. Ao meu marido, **Rui Victor**, e ao meu irmão **Carlos Eduardo**, obrigada por todo carinho, paciência, apoio e compreensão ao longo desses anos. Cada um de vocês foi essencial nesta caminhada.

À minha orientadora, **Thaís Ferreira**, pela generosidade, disponibilidade e carinho em cada etapa deste trabalho. Você é uma inspiração como nutricionista, professora e pesquisadora. Sou imensamente grata por toda dedicação, por cada leitura atenta, por cada palavra de incentivo e pela paciência de acompanhar de perto cada vírgula desta pesquisa.

À minha coorientadora, **Fabírcia Junqueira**, pela leveza, pela escuta e por tornar essa jornada mais tranquila e acolhedora. Sua presença fez toda diferença.

Às minhas queridas amigas **Patrícia Feijó e Viviane Dias**, que me incentivaram a seguir este sonho e estiveram comigo em cada passo. Obrigada pelo amor, pela amizade verdadeira, pelos sorrisos e pelos inúmeros “cafezinhos” que aqueceram o coração nos momentos difíceis. Amo vocês!

À aluna de iniciação científica **Luiza Borges**, pelo apoio, disponibilidade e carinho com que colaborou neste trabalho.

Aos **nutricionistas** que gentilmente participaram da pesquisa, oferecendo seu tempo e experiência para contribuir com o painel de especialistas — minha sincera gratidão.

À **banca de defesa**, pela disponibilidade, atenção e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este estudo.

E, por fim, a todos que, de alguma forma, estiveram ao meu lado, acreditando em mim e me ajudando a chegar até aqui — o meu mais profundo e carinhoso agradecimento.

“Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele, e o mais ele fará.” - Salmo 37:5

RESUMO

Introdução: A desnutrição energético-proteica pode interferir no prognóstico de pessoas com câncer e, quando indicada a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED), desafios diversos são enfrentados para sua adequada efetivação. Torna-se, portanto, fundamental compreender os fatores associados à efetivação da TNED e a proposição de materiais educativos adicionais às orientações nutricionais verbais e escritas. **Objetivo:** Desenvolver e validar vídeos educativos para orientação de pessoas com câncer em TNED e validar seu conteúdo. **Métodos:** Estudo metodológico e descritivo de desenvolvimento de vídeos educativos para orientar adultos e idosos, com câncer do trato gastrointestinal e de cabeça e pescoço em TNED atendidos no ambulatório de nutrição do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer, em quatro etapas: 1) estudo observacional para investigar a adesão à TNED; 2) revisão integrativa da literatura científica; 3) produção de três vídeos animados abordando preparo, infusão e hidratação da dieta enteral; 4) validação do conteúdo dos vídeos educativo por meio do consenso entre especialistas (técnica Delphi). **Resultados:** No estudo observacional para diagnóstico situacional, 50 participantes majoritariamente idosos (76%) e do sexo masculino (76%), observou-se que 92% tinham perda de peso ($20,8 \pm 10,1$ kg), sendo 86% com perda grave. Presença de comorbidades (72%) e baixa escolaridade (88%) foram elevadas. As principais dificuldades identificadas para adesão à TNED foram medo de preparar (66%), resistência ao uso (60%) e falhas na execução, como omissão de etapas, hidratação inadequada e sobras de dieta. Morar fora do município da instituição de origem associou-se à maior resistência à TNED (OR=1,339; $p=0,042$). Receber a primeira orientação no ambulatório aumentou a chance de erro na utilização dos utensílios (OR=2,123; $p=0,003$) e de não omitir etapas da dieta (OR=1,386; $p=0,036$). A revisão de literatura resultou na seleção de artigos e legislação pertinente ao tema, para juntamente com os dados do diagnóstico situacional, embasar o conteúdo dos vídeos. Sua elaboração por designer gráfico se deu em etapas de pré-produção, produção e pós-produção, nas quais foram definidos formato de animação, personagens, cenários e roteiro. A partir do roteiro foram produzidos *storyboards* e em seguida os vídeos, com softwares específicos. Após 2 rodadas de avaliação realizada por 26 especialistas, com grande expertise na temática, o conteúdo dos três vídeos foi validado com concordância final variando de 95 a 100% entre os aspectos avaliados. Foram produzidos relatório técnico para a instituição de origem e artigo científico para divulgação dos resultados do estudo. **Conclusões:** O estudo evidenciou baixa adesão à TNED entre pessoas com câncer, mesmo mediante ao fornecimento de insumos e orientações nutricionais, reforçando a demanda por estratégias adicionais de educação. A série de vídeos desenvolvida e validada representa uma ferramenta inovadora, acessível e cientificamente embasada, com potencial para melhorar a compreensão, segurança e adesão de pacientes e cuidadores. Esses materiais podem ser incorporados às práticas assistenciais do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e de outras instituições, servindo de modelo para o desenvolvimento de novas tecnologias educativas.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Vídeo Educativo, Terapia nutricional, Câncer, Estudo de validação.

ABSTRACT

Introduction: Protein-energy malnutrition can negatively affect the prognosis of individuals with cancer. When home enteral nutritional therapy (HENT) is indicated, various challenges may hinder its proper implementation. Understanding the factors associated with HENT adherence and proposing educational materials to complement verbal and written nutritional guidance becomes essential. **Objective:** To develop and validate educational videos to guide people with cancer in HENT and validate their content. **Methods:** This is a methodological and descriptive study focused on the development of educational videos aimed at adults and older adults with gastrointestinal or head and neck cancers undergoing HENT at the nutrition outpatient clinic of the Cancer Hospital I of the Brazilian National Cancer Institute (INCA). The study was conducted in four stages: (1) an observational study to assess adherence to HENT; (2) an integrative review of the scientific literature; (3) production of three animated videos addressing the preparation, infusion, and hydration of enteral diets; and (4) content validation of the videos through expert consensus using the Delphi technique. **Results:** In the observational study (n=50), the majority of participants were older adults (76%) and male (76%). Weight loss was reported by 92% (20.8±10.1 kg), with 86% classified as severe. A high prevalence of comorbidities (72%) and low education levels (88%) was observed. The main barriers to HENT adherence included fear of preparation (66%), resistance to use (60%), and execution errors such as omission of steps, inadequate hydration, and leftover diet. Living outside the city where the cancer center is located was associated with greater resistance to HENT (OR=1.339; p=0.042). Receiving initial guidance at the outpatient clinic increased the likelihood of utensil misuse (OR=2.123; p=0.003) and of not omitting steps during diet administration (OR=1.386; p=0.036). The literature review supported the videos content development, alongside data from the situational diagnosis. The videos were created by a graphic designer through pre-production, production, and post-production stages, defining animation format, characters, settings, and scripts. Storyboards and videos were produced using specialized software. After two Delphi rounds with 26 experts in the field, the content of all three videos was validated with agreement levels ranging from 95% to 100%. The results will be disseminated through a technical report and a scientific article. **Conclusions:** The study revealed low adherence to HENT among cancer patients, despite access to supplies and nutritional counseling, highlighting the need for additional educational strategies. The validated video series represents an innovative, accessible, and evidence-based tool with the potential to improve understanding, safety, and adherence among patients and caregivers. These materials may be incorporated into care practices at Instituto Nacional de Câncer (INCA) and other institutions, serving as a model for the development of new educational technologies.

Keywords: Health Education, Educational Video, Nutritional Therapy, Cancer, Validation Study.

LISTA DE QUADROS DA DISSERTAÇÃO

Quadro 1 – Classificação do índice de massa corporal de adultos	40
Quadro 2 – Classificação do índice de massa corporal de idosos	40
Quadro 3 – Classificação do percentual de perda de peso em relação ao peso habitual.....	41
Quadro 4 – Critérios fenotípicos e etiológicos para diagnóstico de desnutrição energética proteica.....	41
Quadro 5 – Estratégia PICO para definição dos termos de busca para revisão da literatura	43

LISTA DE QUADROS DO PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO

Quadro 1 – Classificação do índice de massa corporal de adultos	53
Quadro 2 – Classificação do índice de massa corporal de idosos	53
Quadro 3 – Classificação do percentual de perda de peso em relação ao peso habitual.	54
Quadro 4 – Critérios fenotípicos e etiológicos para diagnóstico de desnutrição energética proteica.....	54

LISTA DE TABELAS DO PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	56
Tabela 2 – Dados de moradia dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	57
Tabela 3 – Dados clínicos na primeira consulta de Nutrição dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	58
Tabela 4 – Classificação do IMC e da perda ponderal, contexto da primeira orientação para TNED e via para TNED na primeira consulta dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	58
Tabela 5– Conhecimentos prévios, expectativas e rede de apoio relatados na consulta 1 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	59
Tabela 6 – Comparação de perda ponderal, massa muscular reduzida, desnutrição e adequação do VET, proteína e etapas de nutrição enteral prescritas nas consultas 1 e 2 dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	60
Tabela 7 – Inconsistências na efetivação da terapia nutricional enteral domiciliar em relação às orientações nutricionais fornecidas relatadas nas consultas 1 e 2 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	61
Tabela 8 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a ocorrência de desnutrição energética proteica na consulta 1	63
Tabela 9 - Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a existência de saldo de dieta enteral em casa	63
Tabela 10 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a utilização de colher medida para medir o pó da dieta enteral	64
Tabela 11 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a omissão de alguma etapa de dieta enteral	64
Tabela 12 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a associação de alimentação oral por conta própria	65
Tabela 13 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a substituição de etapa de dieta enteral por alimentação oral	65

Tabela 14 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a substituição de etapa de dieta enteral industrializada por artesanal	65
Tabela 15 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a existência de resistência/recusa em relação à dieta enteral	66

LISTA DE FIGURAS DO PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO

Figura 1 – Percentual de ocorrência de complicações durante a terapia nutricional enteral domiciliar relatadas nas consultas 1 e 2 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.....	62
Figura 2 – Risco de insegurança alimentar dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional	68

LISTA DE QUADROS DO PRODUTO TÉCNICO: VÍDEOS EDUCATIVOS

Quadro 1 – Links para acesso aos vídeos educativos produzidos para orientação de pessoas com câncer em TNED.....	78
--	----

LISTA DE ABREVIACÕES

Abreviação	Significado
%PP	Percentual de perda de peso
AD	Atenção domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BPC	Benefício de prestação continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
C1	Consulta 1
C2	Consulta 2
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNE	Cateter naso entérico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cabeça e pescoço
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DHAA	Direito Humano À Alimentação Adequada
DP	Desvio padrão
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
GI	Gastrointestinal
GLIM	Iniciativa de liderança global sobre desnutrição
GTT	Gastrostomia
HCI	Unidade I
HCI/INCA	Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer
IL	Interleucina
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INSAN	Insegurança alimentar e nutricional
IVC	Índice de validação de conteúdo
JTT	Jejunostomia
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
NE	Nutrição enteral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PPGSAN	Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional
PICO	<i>Patient Intervention Comparison Outcome</i>
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
QCRI	<i>Qatar Computing Research Institute</i>
RAS	Rede de atenção à saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAI	Semana de Integração Acadêmica
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SPSS	IBM SPSS Statistics for Windows
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGI	Trato gastrointestinal
TN	Terapia nutricional
TNE	Terapia nutricional enteral
TNED	Terapia nutricional enteral domiciliar
TNF- α	Fator de necrose tumoral-alfa
TNO	Terapia nutricional oral
TRIA	Triagem de Insegurança Alimentar
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO TRABALHO	15
2 INTRODUÇÃO	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 CÂNCER: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO	21
3.2 IMPACTO DO CÂNCER NO ESTADO NUTRICIONAL	22
3.3 TERAPIA NUTRICIONAL NO TRATAMENTO DO CÂNCER	23
3.4 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	28
3.5 RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PESSOAS COM CÂNCER	32
4 JUSTIFICATIVA	36
5 OBJETIVO GERAL	37
5.1 OBJETIVO GERAL	37
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
6 MATERIAIS E MÉTODOS	38
6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	38
6.2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	43
6.3 ELABORAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS	43
6.4 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	45
7 RESULTADOS	48
7.1 PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO	49
APRESENTAÇÃO	49
OBJETIVO	51
METODOLOGIA	51
RESULTADOS	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	72
7.2 PRODUTO ACADÊMICO: ARTIGO CIENTÍFICO	78
7.3 PRODUTO TÉCNICO: VÍDEOS EDUCATIVOS	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
9 REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	80
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES	85
APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS	89
APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE PAINEL ESPECIALISTAS	93
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS	94
APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ROTEIROS DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELA CHEFIA E SUBCHEFIA DE NUTRIÇÃO DO INCA	
APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELOS ESPECIALISTAS NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	97
APÊNDICE 7 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELOS ESPECIALISTAS NA RODADA 2 DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	97
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	98

ANEXO 2 – QUADRO CONTRIBUIÇÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS E DECISÕES DA EQUIPE DE PESQUISA NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS VÍDEOS PRODUZIDOS	99
ANEXO 3 - CARTA DA CHEFIA DO SETOR DE NUTRIÇÃO SOLICITANDO RELATÓRIO TÉCNICO DO ESTUDO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	113
ANEXO 4 - NORMAS DA REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM.....	114
ANEXO 5 – QUADRO DOCUMENTOS NORMATIVOS E ORIENTADORES ENCONTRADOS RELACIONADOS À SEGURANÇA ALIMENTAR, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL ENCONTRADOS E ATENÇÃO DOMICILIAR.....	116

1 APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Sou nutricionista do ambulatório de Nutrição do Unidade I (HCI) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), uma instituição federal de referência nacional em oncologia, localizada no Rio de Janeiro. O HCI integra a rede hospitalar do INCA e presta atendimento especializado a pacientes com diferentes tipos de câncer, em todas as fases do tratamento. No contexto do cuidado integral ao paciente oncológico, a assistência nutricional se destaca como uma dimensão essencial, dada a alta prevalência de desnutrição nessa população e o impacto direto da doença no estado nutricional e deste sobre o prognóstico clínico.

O ambulatório de Nutrição do HCI é responsável pelo acompanhamento nutricional de pacientes adultos e idosos provenientes de mais de dez clínicas que atuam na unidade, incluindo oncologia clínica, cirurgia oncológica, cuidados paliativos, transplante de medula óssea, entre outras. São realizados cerca de 500 atendimentos mensais, divididos entre dois ambulatórios. O fluxo de atendimento inclui pacientes em pré, per e pós-tratamento oncológico, em fase de controle da doença ou com sequelas do tratamento. Os atendimentos podem ser agendados mediante parecer técnico ou por livre demanda, e frequentemente são complementados por atendimentos de urgência, especialmente para pacientes que necessitam de implantação ou ajustes em vias alternativas de nutrição.

Durante as consultas, o nutricionista realiza avaliação nutricional completa, que inclui anamnese, histórico clínico, avaliação dietética, bioquímico e antropométrica, além da verificação da fase do tratamento. O estado nutricional é classificado de acordo com os critérios adotados pela instituição com base no Consenso de Nutrição Oncológica (Ministério da Saúde, 2015). A partir dessa avaliação, são definidas condutas nutricionais individualizadas, compostas por planejamento nutricional individual e orientações nutricionais pertinentes. Quando identificada necessidade, com base no consenso referido anteriormente, é realizada prescrição de terapia nutricional (TN) oral (TNO) ou enteral (TNE).

A orientação para instituição da TNE é realizada pessoalmente por nutricionista durante a consulta de Nutrição, no momento da alta hospitalar ou em outra situação em que se fizer necessária. Materiais impressos (folhetos, cartilhas e guias), produtos e materiais para infusão (frascos/latas de dieta, seringas e equipos) são utilizados de forma ilustrativa para apoiar a orientação verbal para administração da dieta enteral em domicílio. As dietas enterais, quando indicadas, são dispensadas gratuitamente pela farmácia do hospital, acompanhadas de kits com materiais para infusão, conforme protocolo institucional.

A partir da experiência profissional acumulada, observou-se empiricamente nas consultas de retorno um padrão recorrente de relatos por parte de pacientes e acompanhantes de “sobra” das dietas enterais industrializadas no domicílio e/ou de saldo de dieta na farmácia após o período previsto para sua utilização. Essa observação levou à hipótese de que as dietas enterais estariam sendo administradas em quantidades inferiores às prescritas, gerando déficit no aporte calórico-proteico. Por conseguinte, o consumo insuficiente de energia e nutrientes poderia estar contribuindo para o quadro de desnutrição energético proteica, bastante prevalente entre pacientes oncológicos, o que pode acontecer num cenário de insegurança alimentar e nutricional (INSAN), considerando o perfil socioeconômico da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, até o momento, essa hipótese não havia sido investigada de forma científica e sistematizada.

Nesse sentido, o presente trabalho nasce da necessidade de transformar uma inquietação da prática clínica em objeto de investigação acadêmica e produção técnico-científica. Este estudo se destinou, portanto, a investigar a hipótese proposta, compreender os fatores associados à provável baixa adesão à prescrição e orientação nutricionais e produzir material educativo que possa contribuir para o preenchimento de possíveis lacunas no processo, oferecendo suporte adicional a pacientes e cuidadores no domicílio.

Acredita-se que os produtos deste trabalho poderão contribuir ainda para qualificar as práticas profissionais no campo da Nutrição Oncológica, fortalecer a atuação dos serviços públicos de saúde e colaborar para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, especialmente em contextos de vulnerabilidade social associados ao câncer.

2 INTRODUÇÃO

De acordo com o INCA no triênio 2023-2025, as estimativas para o Brasil apontam que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer (483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma) (INCA, 2022). Dentro deste contexto, a desnutrição é um aspecto de extrema importância a ser considerado no tratamento oncológico, visto que pode interferir diretamente no prognóstico da doença. Geralmente, os tumores que mais causam desnutrição são aqueles localizados no trato gastrointestinal (TGI) (principalmente, estômago, pâncreas e esôfago), nas regiões de cabeça e pescoço (CP) e no pulmão, configurando um agravamento adicional à saúde do paciente oncológico (Brito *et al.*, 2012).

Nas pessoas com câncer, as principais causas da desnutrição estão relacionadas à doença, tais como o tipo, a localização e o estadiamento do tumor. Outras causas de distúrbios nutricionais como a desnutrição nesta população estão associadas aos efeitos sistêmicos correlacionados à redução da ingestão alimentar devido à anorexia, obstruções do TGI, constipação intestinal, náusea, xerostomia, disfagia, odinofagia, alterações do paladar e saciedade precoce, além de sintomas gerais, como dor e mal-estar. São observadas também causas não relacionadas à redução da ingestão alimentar, como o aumento do gasto energético e proteico decorrente de fatores produzidos pelo próprio tumor e do estado pró-inflamatório característico da doença, e o tipo de tratamento instituído (Brito *et al.*, 2012; Da Silva Couto, *et al.*, 2023).

Além do impacto direto sobre a resposta ao tratamento e a qualidade de vida, o estado nutricional influencia significativamente o tempo de internação hospitalar, a taxa de complicações e até mesmo a sobrevida dos pacientes com câncer. (Bossi *et al.*, 2022; Horie *et al.*, 2019; Bischoff *et al.*, 2022; Bortoletto *et al.*, 2018; Brasil, 2009; Brasil, 2022). Por esse motivo, o cuidado nutricional deve ser considerado parte integrante do plano terapêutico oncológico.

Em algumas situações, torna-se necessária a prescrição da TNE, seja como suporte complementar ou como única via de fornecimento de nutrientes. A TNE é especialmente indicada quando a ingestão oral se mostra insuficiente ou inviável, permitindo a manutenção ou a recuperação do estado nutricional do paciente (Bischoff *et al.*, 2022; Horie *et al.*, 2019; SBNPE, 2019).

Entretanto, quando essa modalidade terapêutica é realizada em domicílio (terapia nutricional enteral domiciliar – TNED), novos desafios surgem para que pacientes e cuidadores consigam efetivar essa via de nutrição. Fatores como a complexidade das tarefas

a serem executadas, o acúmulo de orientações e a sobrecarga dos envolvidos podem resultar em práticas inadequadas que vão comprometer a adesão ao tratamento nutricional, tendo como possíveis consequências prejuízos ao estado nutricional e à segurança do paciente (Jansen *et al.*, 2014; Libório; Fietz, 2016; Menezes; Fortes, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

As políticas públicas brasileiras de alimentação e nutrição reconhecem o direito à alimentação adequada para pessoas com necessidades alimentares especiais, incluindo aquelas em TNED (Brasil, 2012; Brasil, 2016). Para a efetivação desse direito no contexto da TNED, é necessário um conjunto de ações que envolve desde o acesso a dietas e formulações específicas até o suporte domiciliar para sua administração, com acompanhamento sistemático da evolução do estado nutricional. Assim, é possível promover a garantia não apenas do acesso, mas também da adequação da alimentação às características/condições de cada indivíduo. Tais esforços devem ser empreendidos ainda em consonância com o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN), que contempla o direito aos alimentos em quantidade e qualidade adequadas, sem comprometer outras necessidades essenciais (Brasil, 2006).

Apesar do debate sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) tenha avançado na saúde coletiva brasileira, ainda é limitada a produção científica que o articula às necessidades nutricionais especiais, particularmente de pessoas com câncer em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE). Embora o DHAA seja reconhecido como um direito que envolve a garantia de acesso regular e de qualidade aos alimentos (Brasil, 2006), ainda é pouco explorado em sua dimensão ampliada, que inclui o atendimento dietoterápico específico e a provisão de insumos necessários ao cuidado. Na oncologia, essa discussão é essencial diante do papel da TNE na prevenção da desnutrição, no manejo de distúrbios metabólicos, na resposta imunológica e na qualidade de vida (Guilherme *et al.*, 2020; Cederholm *et al.*, 2019). Assim, este estudo destaca que assegurar o DHAA implica garantir também o acesso contínuo, seguro e adequado à nutrição enteral, aspecto fundamental para a integralidade do cuidado a pessoas com demandas nutricionais especiais e ainda pouco reconhecida na literatura (Jansen *et al.*, 2014; Afonso *et al.*, 2021).

A compreensão dos referidos conceitos é fundamental para estabelecer o elo entre condições de acesso, disponibilidade e adequação dos alimentos, destacando não apenas carências quantitativas, mas também aspectos qualitativos e sociais que envolvem a alimentação. De forma complementar, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura reforça que a SAN envolve quatro dimensões interdependentes: disponibilidade, acesso, utilização biológica e estabilidade ao longo do tempo (FAO, 2020).

Nesse sentido, a investigação do risco de insegurança alimentar e nutricional (INSAN) permite identificar situações em que esse direito está ameaçado ou violado, contribuindo para compreender vulnerabilidades e orientar ações de promoção da SAN.

Materiais audiovisuais bem elaborados podem melhorar o conhecimento, a confiança e a adesão às condutas em saúde, especialmente em contextos complexos como o cuidado domiciliar oncológico (Peričari, 2021; Galindo Neto *et al.*, 2019). No Sistema Único de Saúde (SUS), a elaboração desses materiais deve ser pautada em marcos teóricos e metodológicos sólidos e fundamentada em abordagens que valorizem a interação dialógica, respeitando a diversidade cultural, promovendo o protagonismo dos usuários no processo de aprendizagem e considerando sua realidade (Brasil, 2012). Assim, eles poderão contribuir para a efetivação do cuidado nutricional e do direito à alimentação e nutrição. Para garantia da qualidade de materiais educativos em saúde produzidos, a validação de seu conteúdo por especialistas é etapa essencial para promover sua adequação técnica, científica, comunicacional e pedagógica (Botelho, Cunha e Macedo, 2011; Galindo Neto *et al.*, 2019). Entretanto, são limitadas as ferramentas educativas com orientações acessíveis, de fácil compreensão e específicas para os procedimentos relacionados ao cuidado nutricional domiciliar.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi descrever o processo metodológico de desenvolvimento de vídeos educativos em saúde destinados à orientação de adultos e idosos com câncer em TNED e cuidadores, incluindo a validação de seu conteúdo, visando apoiar o cuidado domiciliar e fortalecer a autonomia no manejo da terapia nutricional.

A validação de conteúdo é etapa essencial na construção de tecnologias educacionais em saúde, pois garante clareza, coerência, relevância e adequação do material ao público de interesse (Rodrigues *et al.*, 2022; Galindo Neto *et al.*, 2019). Para esse processo, recomenda-se a participação de especialistas com experiência comprovada na área, cuja avaliação permite o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC), indicador do grau de consenso entre os juízes (Porto; Marziale, 2020; Rosa *et al.*, 2019).

Entre as técnicas de consenso mais utilizadas destaca-se o método Delphi, desenvolvido na década de 1950 pela RAND Corporation e sistematizado por Linstone e Turoff (2002). O método consiste em um processo estruturado e iterativo de comunicação anônima entre especialistas, realizado em múltiplas rodadas de avaliação e feedback coletivo, com o propósito de alcançar consenso confiável (Duarte; Piffer, 2021; García Valdés; Suárez Marín, 2013; Marques; Freitas, 2018).

Na área da saúde, o método Delphi tem sido amplamente empregado na validação de conteúdo de instrumentos e tecnologias educacionais, permitindo a análise crítica e o aprimoramento progressivo dos materiais avaliados (Scarparo et al., 2012; Everling; Mont'Alvão, 2019; Duarte; Piffer, 2021). A combinação entre o método Delphi e a validação de conteúdo configura uma estratégia metodológica rigorosa, que assegura confiabilidade científica e aplicabilidade prática às tecnologias educacionais, favorecendo o processo de ensino-aprendizagem e a efetividade das intervenções educativas (Galindo Neto *et al.*, 2019; Afonso *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2022).

Nesse contexto, torna-se fundamental compreender os fatores associados à efetivação da TNED em pessoas com câncer de modo a subsidiar o desenvolvimento de material educativo de suporte às orientações nutricionais verbais e escritas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CÂNCER: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO

O câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais invadem tecidos e órgãos, podendo disseminar-se para outras regiões do corpo, o que caracteriza o processo de metástase. Esse crescimento descontrolado resulta de mutações genéticas que afetam os mecanismos de regulação do ciclo celular, e pode ser desencadeado por fatores genéticos, ambientais e comportamentais (INCA, 2022).

Em nível global, o câncer é uma das principais causas de morbimortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, foram registrados cerca de 19,3 milhões de casos novos e 10 milhões de mortes por câncer em 2020 (Globocan, 2021). No Brasil, as estimativas para o triênio 2023-2025 indicam a ocorrência de 704 mil casos novos de câncer por ano, dos quais 483 mil excluem os casos de câncer de pele não melanoma (INCA, 2022). Os tipos mais incidentes são câncer de mama (em mulheres), próstata (em homens), cólon e reto, pulmão e estômago.

No estado do Rio de Janeiro, os dados do INCA apontam altas taxas de incidência para os cânceres de mama feminina, próstata e pulmão, refletindo o padrão nacional e a relevância desses agravos para o sistema de saúde local (INCA, 2022). Além da letalidade, o câncer representa uma das principais causas de incapacidade funcional, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos afetados. Estudo realizado com idosos em tratamento oncológico ambulatorial no estado de Mato Grosso revelou que mais da metade apresentava limitações nas atividades instrumentais da vida diária, sendo esses quadros associados à presença de sintomas depressivos, desnutrição, comorbidades e ausência de trabalho, evidenciando o impacto do câncer sobre a funcionalidade e independência dos pacientes (Cabral *et al.*, 2022).

O tratamento do câncer é multidisciplinar e pode envolver cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e terapias-alvo, variando conforme o tipo histológico, o estadiamento e as condições clínicas do paciente (INCA, 2022). Um dos aspectos essenciais e transversais ao tratamento oncológico é o suporte nutricional. A desnutrição energético proteica é altamente prevalente entre os pacientes com câncer, especialmente naqueles com tumores do TGI, CP e pulmão, e está associada ao aumento das complicações, da toxicidade do tratamento e da mortalidade (Brito *et al.*, 2012; Da Silva Couto *et al.*, 2023).

Conforme as diretrizes nacionais mais recentes, a assistência nutricional deve integrar o tratamento das pessoas com câncer, considerando seu impacto direto na preservação do estado nutricional, na resposta terapêutica e no prognóstico clínico dos pacientes. Essa abordagem é reconhecida como parte essencial da atenção oncológica integral, alinhando-se às orientações do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (Brasil, 2015; Hoire *et al.*, 2019, SBNPE, 2019;).

3.2 IMPACTO DO CÂNCER NO ESTADO NUTRICIONAL

O câncer compromete o estado nutricional dos indivíduos por múltiplos mecanismos, que envolvem tanto os efeitos diretos da doença quanto os efeitos colaterais do tratamento. A desnutrição energético proteica em pacientes oncológicos é uma condição multifatorial que se manifesta frequentemente por perda ponderal, redução da massa muscular, deficiências de micronutrientes e alterações funcionais e metabólicas (Cederholm *et al.*, 2019; Da Silva Couto *et al.*, 2023).

Do ponto de vista fisiopatológico, os tumores podem causar obstruções mecânicas no TGI, levando à disfagia, odinofagia, náuseas, vômitos, saciedade precoce e diarreias. Em tipos específicos de câncer, como os que acometem o esôfago, estômago, pâncreas e CP, essas manifestações são especialmente intensas, resultando em menor ingestão alimentar, maiores perdas de nutrientes e aumento do risco de desnutrição grave (Brito *et al.*, 2012; Guilherme *et al.*, 2020).

Paralelamente, o câncer induz alterações metabólicas que contribuem para a perda de massa magra e deterioração do estado nutricional. O processo inflamatório crônico sistêmico característico da doença, mediado por citocinas pró-inflamatórias como fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α), interleucina (IL)-1 e IL-6, promove proteólise e lipólise, além de aumentar o gasto energético basal. O estágio final desse fenômeno é conhecido como caquexia associada ao câncer, um quadro complexo e de difícil reversibilidade, que não pode ser totalmente tratado apenas com a oferta calórica e proteica convencional (Cederholm *et al.*, 2019).

A terapia oncológica também exerce impacto negativo sobre o estado nutricional. A quimioterapia e a radioterapia frequentemente causam efeitos adversos como mucosite oral, xerostomia, alterações do paladar, náuseas, constipação e diarreias, que dificultam a ingestão adequada de alimentos e absorção de nutrientes. Além disso, tratamentos cirúrgicos podem comprometer a função de órgãos envolvidos na digestão e absorção, agravando ainda mais o quadro nutricional do paciente (Guilherme *et al.*, 2020; Cunha *et al.*, 2017).

A consequência direta desses fatores é a elevada prevalência de desnutrição energético proteica observada entre pacientes oncológicos. Estimativas apontam que entre 30% e 85% dos indivíduos com câncer apresentam algum grau de desnutrição ao longo do tratamento, com maior incidência entre aqueles com tumores do TGI superior e CP (Brito *et al.*, 2012; Cederholm *et al.*, 2019).

A desnutrição em oncologia não é apenas um marcador de gravidade clínica, mas um fator de piora prognóstica. Ela está associada ao aumento da morbidade, maior incidência de complicações infecciosas, menor tolerância aos tratamentos, atraso na recuperação, maior tempo de hospitalização e mortalidade precoce (Guilherme *et al.*, 2020; Da Silva Couto *et al.*, 2023). Também impacta negativamente a qualidade de vida e a funcionalidade do paciente, além de representar um importante fator de aumento dos custos assistenciais (Menezes e Fortes, 2019).

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de prevenir, mitigar e tratar a desnutrição de forma precoce e sistemática. O cuidado nutricional deve ser instituído desde o diagnóstico da doença, sendo parte integrante do plano terapêutico, com ênfase na preservação da massa magra e na garantia de um aporte nutricional compatível com as necessidades metabólicas e clínicas do paciente.

3.3 TERAPIA NUTRICIONAL NO TRATAMENTO DO CÂNCER

A indicação da terapia nutricional (TN) visa à prevenção da desnutrição, manutenção ou recuperação do estado nutricional adequado, além de intervir na reversão de distúrbios metabólicos, minimizar efeitos colaterais do tratamento oncológico e contribuir para a melhora da resposta imunológica, impactando positivamente na qualidade de vida (Guilherme *et al.*, 2020). A oferta de nutrientes pode ocorrer por via oral, por meio de sondas gástricas ou entéricas, por ostomias ou ainda por via parenteral, sendo todas essas estratégias reconhecidas como componentes da TN, conforme a indicação clínica (Guilherme *et al.*, 2020; Brasil, 2009).

A TN pode ser administrada por meio de preparações artesanais (à base de alimentos *in natura*), fórmulas comerciais industrializadas ou pela combinação de ambas. As fórmulas comerciais têm como vantagem a composição química definida, o que garante maior precisão na prescrição dietoterápica e segurança na administração (Cutchma *et al.*, 2016). No entanto, o seu elevado custo ainda representa um desafio para a universalização do acesso, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, como da população brasileira.

Estudos apontam que a implementação precoce e adequada da TN em pacientes oncológicos está associada a diversos benefícios clínicos e prognósticos. A TN reduz a perda de peso corporal e massa muscular, melhora os níveis séricos de marcadores nutricionais e imunológicos, contribui para a preservação da funcionalidade e reduz complicações clínicas durante o tratamento (Guilherme *et al.*, 2020; Afonso *et al.*, 2021). Além disso, pacientes que recebem suporte nutricional adequado apresentam menor taxa de infecções hospitalares, menos interrupções no protocolo oncológico, melhor resposta ao tratamento, menor tempo de internação e redução da mortalidade (Cederholm *et al.*, 2019; Menezes e Fortes, 2019).

Em pacientes cirúrgicos, a TN pré-operatória tem sido associada à redução de complicações pós-operatórias e menor tempo de internação, especialmente em casos de câncer gastrointestinal (Cederholm *et al.*, 2019; Da Silva Couto *et al.*, 2023). Esses efeitos positivos reforçam a importância de se integrar a avaliação e a intervenção nutricional como componentes centrais do plano terapêutico oncológico, desde o diagnóstico até a fase de reabilitação.

A nutrição enteral é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (Brasil, 2000). Ela pode ser instituída não somente no ambiente hospitalar, como também no contexto do domicílio dos indivíduos.

A TNED ou ambulatorial consiste na administração de fórmulas enterais por meio de vias alternativas, como sondas nasoenterais ou ostomias, no ambiente domiciliar. Essa modalidade pode ser iniciada ainda durante a internação hospitalar, com posterior continuidade em casa, ou ser prescrita diretamente em regime ambulatorial, muitas vezes sem que o paciente ou cuidador tenham tido contato prévio com os protocolos da TNE hospitalar.

A TNED é indicada para pacientes que apresentam comprometimento parcial ou total da ingestão oral, mas que possuem funcionamento adequado do TGI. Entre os principais beneficiários estão pessoas com câncer de CP, e no TGI, sequelas neurológicas, síndromes de má absorção e condições clínicas que impedem a alimentação oral segura, como disfagia severa (Brasil, 2009; Cederholm *et al.*, 2019).

Sendo a TNE uma estratégia fundamental no suporte nutricional de pessoas que não apresentam condições de manter a ingestão oral adequada, permitindo a oferta controlada de nutrientes diretamente no TGI, a hidratação por esta via representa um componente essencial para a manutenção da homeostase e do adequado funcionamento fisiológico. Entretanto, ela é frequentemente negligenciada na prática clínica.

No Brasil, a prática da TNED é regulamentada por diversas normativas, sendo a mais recente a Portaria nº 825/2016, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a atenção domiciliar (AD) no âmbito do Programa Melhor em Casa. Essa política reconhece a AD como uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando continuidade ao cuidado por meio de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas no domicílio (Brasil, 2016).

A Portaria 825 considera como:

I – Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

A TNED é indicada para pacientes com incapacidade parcial ou total de ingestão oral, mas que apresentam (TGI) funcionante e estável. Ela permite a continuidade do suporte nutricional fora do ambiente hospitalar, promovendo desospitalização segura e manutenção do estado nutricional adequando (Afonso *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2014).

A legislação vigente assegura o direito ao acesso à fórmula enteral específica quando há indicação clínica devidamente justificada, como parte do cuidado integral à saúde no domicílio. A Portaria nº 825/2016, juntamente com diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/2000, respalda a disponibilização dos insumos necessários, cabendo ao serviço público de saúde garantir esse direito (Brasil, 2000; Brasil, 2016). O fornecimento dos insumos necessários à administração das dietas (seringas, frascos, equipos) também está garantido. A RDC nº 63/2011 da ANVISA estabelece que é dever das instituições de saúde

assegurarem as boas práticas de funcionamento na dispensação desses insumos, o que inclui o cuidado com a nutrição enteral, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar (Brasil, 2011). No contexto do SUS, garantir o acesso equitativo à TNE é parte do compromisso com o direito humano à alimentação adequada, sobretudo entre populações em condição de vulnerabilidade nutricional e clínica, como os pacientes oncológicos em uso de via alternativa de nutrição (Brasil, 2006; Jansen *et al.*, 2014).

Apesar de amplamente consolidado no campo da saúde pública e da segurança alimentar e nutricional, o DHAA raramente é discutido de forma articulada às necessidades nutricionais especiais, como ocorre no caso de pessoas com câncer em TNE. A literatura nacional e internacional ainda apresenta poucos trabalhos que abordem o DHAA para além do acesso a alimentos em quantidade e qualidade gerais, deixando lacunas importantes na compreensão do direito ao atendimento das necessidades dietoterápicas específicas de indivíduos em situação clínica complexa. Essa articulação é essencial, pois garantir o DHAA implica assegurar também o acesso contínuo, oportuno e adequado às fórmulas enterais, insumos e cuidados nutricionais especializados, entendidos como parte inseparável do cuidado integral à saúde. No contexto da oncologia, essa discussão torna-se ainda mais relevante, considerando o impacto direto da TN na prevenção e tratamento da desnutrição, na resposta imunológica e na qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, o trabalho enfatiza esse ponto como eixo central de análise, destacando que o atendimento das necessidades nutricionais especiais é condição imprescindível para a efetivação do DHAA, especialmente em populações vulneráveis e dependentes de tecnologias de cuidado, como a TNE.

A abordagem individualizada composta por orientação ou aconselhamento nutricional, educação alimentar e nutricional e intervenção dietética para indivíduos doentes contribuem para a eficiência da TN. Durante a avaliação nutricional realizada antes da instituição da TN e durante seu monitoramento, são coletados e analisados dados fisiopatológicos, situação clínica atual e pregressa, história social e familiar, avaliação antropométrica, bioquímica e dietética, compondo a avaliação do estado nutricional. Esses fatores serão primordiais para fornecer o(s) diagnóstico(s) nutricional(is) e estabelecer a conduta nutricional adotada (ASBRAN, 2014; Oliveira *et al.*, 2021; ASBRAN, 2023).

O processo de cuidado no câncer é caracterizado pelo contato da pessoa acometida e sua família com elevada quantidade de novas informações sobre a doença, tratamentos e exames. Em muitos casos, já nas primeiras consultas ou no decorrer de sua trajetória durante o tratamento oncológico, há indicação de TN com passagem do dispositivo alternativo para

nutrição (sondas ou ostomias), implementando a TNED, que envolve a administração de nutrientes pelas vias alternativas de alimentação no ambiente domiciliar. As diversas tarefas envolvidas na instituição da TNED por via diferente da oral tradicional, com grande número de informações novas recebidas, podem proporcionar campo fértil para dúvidas, medo e inseguranças nas pessoas recebendo a TNED e seus familiares e cuidadores (Ferreira, 2017).

Estudo realizado com pacientes atendidos por um serviço de AD revelou que 57,1% dos pacientes com indicação de TNED apresentavam dificuldades na manipulação da dieta e do equipamento, e 46,4% dos cuidadores relataram insegurança no preparo e administração da dieta, indicando lacunas no processo educativo e no suporte prestado (Jansen *et al.*, 2014). Em todo esse contexto, esses desafios contribuem para erros no decorrer da execução das ações necessárias, podendo comprometer o aporte nutricional necessário, impactando negativamente na evolução clínica, na resposta ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes (Ferreira, Carvalho e Bezerra, 2020).

Além das orientações orais e por escrito rotineiramente fornecidas pelos profissionais de saúde na instituição da TNED, diversos materiais educativos vêm sendo utilizados como estratégias complementares no processo de ensino-aprendizagem para pacientes e cuidadores. Esses recursos, especialmente os de natureza audiovisual, têm demonstrado potencial para facilitar a compreensão, estimular o autocuidado e reduzir erros na administração da dieta enteral, contribuindo significativamente para a adesão ao tratamento e para a segurança nutricional no ambiente domiciliar (Peričari, 2021; Fleming *et al.*, 2009).

O desenvolvimento desses materiais deve ser pautado em princípios de educação popular em saúde, prezando por uma abordagem dialógica, participativa e sensível às realidades socioculturais dos sujeitos envolvidos. Essa perspectiva foi destacada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2013), que reconhece o papel da comunicação como ferramenta de empoderamento dos usuários do SUS e dos profissionais que os acompanham (São Paulo, 2011 apud Libório e Fietz, 2016).

Apesar da crescente valorização dos materiais educativos como suporte à TNED, o panorama nacional ainda revela limitações na produção e na oferta desses recursos, sobretudo no contexto do câncer. A maioria dos materiais disponíveis é voltada para orientações gerais sobre cuidados com a sonda, higiene, administração da dieta e prevenção de complicações. São majoritariamente produzidos por instituições públicas (como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde), serviços hospitalares ou equipes acadêmicas, sob a forma de cartilhas impressas, folders, manuais técnicos, vídeos tutoriais ou guias *online*.

Um exemplo relevante é o Manual de Cuidados com a TNED, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), voltado a profissionais e cuidadores. A publicação reúne orientações técnicas, instruções sobre manuseio de sondas, preparo da dieta e medidas de segurança, porém não contempla particularidades de populações específicas, como pacientes oncológicos (SMS-SP, 2011).

No meio acadêmico, há iniciativas pontuais de construção de vídeos educativos, como o desenvolvido por Afonso *et al.* (2021), validado para cuidadores de pacientes em TNED. O estudo demonstrou que o uso do material audiovisual melhorou o desempenho dos cuidadores em relação à administração da dieta, contribuindo para a redução de complicações e internações. Outros estudos reforçam a importância da validação participativa desses materiais, com base em metodologias como a metodologia Delphi e a análise de conteúdo (Rosa *et al.*, 2019; Galindo-Neto *et al.*, 2019).

Apesar desses avanços, ainda há lacunas significativas em termos de materiais educativos específicos para pacientes oncológicos em TNED, sobretudo que considerem o contexto institucional e regional, a exemplo do serviço de nutrição do Hospital do Câncer I (HCI) do INCA. A ausência de produtos institucionais que dialoguem com a realidade local, a linguagem dos usuários e atendam às especificidades da oncologia evidencia a necessidade de desenvolvimento de novos recursos, com base em metodologias participativas e orientadas por evidências. Dessa forma, destaca-se a demanda por um material educativo audiovisual específico para pacientes com câncer em TNED, para fortalecer o cuidado em saúde e garantir o exercício pleno do direito à informação e à alimentação adequada.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, a educação em saúde é reconhecida como um dos pilares para a promoção da saúde e a garantia de práticas preventivas, sendo parte integrante das políticas públicas no âmbito do SUS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS) estabelece diretrizes que valorizam a participação popular e a educação como um processo transformador, enfatizando práticas pedagógicas dialógicas e inclusivas (Brasil, 2013a). Ademais, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reforça a importância de estratégias educativas como ferramentas fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, com foco na integralidade e na equidade (Brasil, 2014).

O uso de recursos audiovisuais como vídeos tem sido amplamente reconhecido na literatura científica e nas políticas públicas como uma estratégia eficaz para a educação em saúde. Quando desenvolvidos de forma apropriada, com conteúdo interativo e linguagem

acessível, os vídeos maximizam a fixação do conhecimento e favorecem a autonomia do público-alvo (Brasil, 2016). Campos *et al.* (2021), em estudo sobre a elaboração de um vídeo educativo, apontam que a validação prévia do material por especialistas e seu uso junto ao público-alvo contribuem significativamente para a efetividade da intervenção, promovendo maior engajamento e retenção de informações.

A elaboração de materiais educativos no contexto do SUS, como vídeos, deve ser pautada em marcos teóricos e metodológicos sólidos. O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde destaca que os materiais educativos devem ser fundamentados em abordagens que valorizem a interação dialógica, respeitem a diversidade cultural e promovam o protagonismo do indivíduo no processo de aprendizagem (Brasil, 2012). Além disso, a metodologia de trabalho em grupos, conforme descrito no Instrutivo para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, reforça a necessidade de materiais audiovisuais que sejam facilmente adaptáveis ao uso coletivo e que estimulem a reflexão crítica (Brasil, 2016).

No âmbito científico, estudos como os de Campos *et al.* (2021) e Peričari (2021) evidenciam que a produção de vídeos educativos deve incluir etapas como:

1. Diagnóstico situacional para identificar as necessidades do público-alvo;
2. Planejamento e roteiro, com definição clara dos objetivos e mensagens;
3. Validação por especialistas, garantindo a relevância e a adequação do conteúdo;
4. Testagem com o público-alvo, para ajustes e refinamentos baseados em *feedbacks* prévios;
5. Implementação e avaliação de impacto, monitorando a efetividade no alcance dos objetivos educacionais.

Especificamente, Campos *et al.* (2021) demonstraram que a inclusão de vídeos educativos durante a orientação de alta hospitalar melhorou significativamente o conhecimento e as habilidades dos cuidadores para o manejo de práticas relacionadas à saúde, como alimentação por via alternativa. Esse tipo de abordagem educativa também reduziu a ocorrência de complicações associadas.

Essa abordagem, amplamente adotada no SUS, considera e valoriza a experiência e o contexto sociocultural dos usuários, favorecendo a aprendizagem significativa e a autonomia no cuidado à saúde. A produção de materiais audiovisuais no SUS também se beneficia de uma abordagem interdisciplinar e baseada em evidências. Além de promover o acesso à informação de maneira didática e visualmente atrativa, o uso de vídeos possibilita maior acessibilidade para pessoas com limitações de leitura ou que apresentem dificuldades

em compreender materiais exclusivamente textuais. Assim, espera-se que o material educativo em vídeo seja uma ferramenta valiosa para promover a educação continuada de pacientes e cuidadores, especialmente em contextos complexos como a TNED, ao utilizar elementos visuais e linguagem direta, tornando-se ferramentas potentes de educação continuada em saúde.

De acordo com Rosa *et al.* (2019), o desenvolvimento de tecnologias educativas audiovisuais pode ser um recurso poderoso para orientar pacientes e familiares em situações de cuidado especializado, promovendo o aprendizado e a segurança no manejo de condições de saúde específicas. Esse modelo educativo, baseado na transmissão visual e prática de informações, é eficaz para fixar conhecimentos e melhorar a qualidade do cuidado prestado, além de permitir que as orientações sejam acessadas e revisadas sempre que necessário. Portanto, o vídeo educativo proposto, busca alinhar-se a essas evidências, priorizando a clareza, acessibilidade e aplicabilidade no contexto do cuidado domiciliar (Rosa *et al.*, 2019).

A construção de materiais educativos no âmbito da saúde deve ser acompanhada por processos metodológicos rigorosos que assegurem sua qualidade, clareza e relevância. Nesse sentido, a validação de conteúdo é uma etapa essencial, pois visa garantir que o material seja compreensível, adequado ao público de interesse e tecnicamente correto. A validação permite que especialistas analisem se os conteúdos estão alinhados com os objetivos pedagógicos propostos, e se utilizam linguagem acessível, precisa e cientificamente embasada (Botelho, Cunha e Macedo, 2011; Galindo-Neto *et al.*, 2019).

Um dos métodos frequentemente utilizados para validação de conteúdo é a técnica Delphi, um processo sistemático de consulta a especialistas baseado na obtenção de consenso. A técnica consiste em sucessivas rodadas de questionários aplicados a um grupo de profissionais experientes na temática, com base na premissa de que o julgamento coletivo é mais confiável do que a opinião individual (García Valdés e Suárez Marín, 2013; Scarparo *et al.*, 2012).

A utilização do método Delphi é especialmente útil no desenvolvimento e validação de tecnologias educacionais, pois permite o refinamento progressivo do material com base nas contribuições dos especialistas, considerando critérios de clareza, pertinência, relevância e adequação didática. A literatura reforça que esse tipo de validação aumenta a efetividade dos materiais na prática assistencial, além de promover maior segurança e aceitação por parte dos usuários (Rosa *et al.*, 2019; Everling e Mont’Alvão, 2019). Desenvolvido na década de 1950 por pesquisadores da RAND Corporation e posteriormente sistematizado por Linstone

e Turoff (2002), o método Delphi constitui um procedimento estruturado e iterativo de comunicação anônima entre especialistas, conduzido por múltiplas rodadas de avaliação e feedback, com o objetivo de alcançar consenso confiável. Trata-se, portanto, de uma técnica de consenso amplamente empregada em pesquisas que buscam reunir opiniões de especialistas sobre determinado tema, sobretudo em contextos com escassez de evidências empíricas consolidadas (Duarte; Piffer; 2021; García Valdés; Suárez Marín, 2013; Marques; Freitas, 2018).

A aplicação do método Delphi mostra-se particularmente relevante no desenvolvimento e validação de tecnologias educacionais, pois possibilita o refinamento progressivo do material com base nas contribuições dos especialistas, considerando critérios como clareza, pertinência, relevância e adequação didática. A literatura destaca que essa forma de validação aumenta a efetividade dos materiais na prática assistencial, promovendo maior segurança e aceitação por parte dos usuários (Rosa *et al.*, 2019; Everling; Mont’Alvão, 2019).

Na área da saúde, o método Delphi tem sido amplamente utilizado na validação de conteúdo de instrumentos e tecnologias educacionais, uma vez que permite a análise crítica e sistemática de materiais por um painel de juízes com expertise na temática (Scarpato *et al.*, 2012; Everling; Mont’Alvão, 2019). Nessa técnica, os especialistas participam de rodadas sucessivas de avaliação, revisando o conteúdo à luz do feedback coletivo, o que promove ajustes e aprimoramentos contínuos (Marques; Freitas, 2018; Duarte; Piffer, 2021).

A validação de conteúdo constitui etapa essencial na construção de instrumentos e tecnologias educacionais, por assegurar clareza, relevância, coerência e adequação ao público de interesse (Rodrigues *et al.*, 2022; Galindo-Neto *et al.*, 2019). Essa etapa busca confirmar se os itens do material expressam de forma adequada os objetivos propostos (Afonso *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2021).

Para a validação de tecnologias educacionais em saúde, como vídeos, cartilhas e roteiros didáticos, recomenda-se a formação de um comitê de especialistas, selecionados conforme critérios de titulação acadêmica, experiência profissional e produção científica na área (Aguar, 2021; Poto; Marziale, 2020; Rosa *et al.*, 2019). Após a avaliação individual, os juízes atribuem escores aos itens analisados, utilizados no cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Dessa forma, a combinação entre o método Delphi e a validação de conteúdo representa uma estratégia metodológica rigorosa e sistematizada, capaz de garantir confiabilidade científica e aplicabilidade prática às tecnologias educacionais em saúde. Essa

abordagem favorece o processo de ensino-aprendizagem e a efetividade das intervenções educativas, como demonstrado em estudos recentes (Galindo-Neto *et al.*, 2019; Afonso *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2022). Tem sido amplamente empregada em processos de validação de materiais educativos voltados a diversas temáticas, incluindo terapia nutricional enteral domiciliar (Almeida *et al.*, 2021; Peričari, 2021), prevenção de quedas em crianças hospitalizadas (Aguiar, 2021) e cuidado a pessoas com colostomia (Rosa *et al.*, 2019).

3.5 RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PESSOAS COM CÂNCER

A promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil requer articulação entre diferentes políticas públicas, especialmente entre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), bem como entre o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Esse compromisso é sustentado por marcos legais importantes, como a Lei nº 11.346/2006, também conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que instituiu o SISAN e estabeleceu como objetivo a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares promotoras da saúde (Brasil, 2006).

No contexto das doenças crônicas, como o câncer, garantir esse direito exige considerar as necessidades alimentares especiais de cada indivíduo. A PNAN reconhece como demanda para atenção nutricional os indivíduos com alterações metabólicas ou fisiológicas que causem modificações na utilização de nutrientes ou exijam vias alternativas de alimentação (Brasil, 2012), como é o caso dos pacientes em TNE.

A condição de INSAN é entendida como a limitação ou incerteza quanto ao acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, comprometendo a manutenção da saúde e o exercício pleno do direito humano à alimentação adequada (Brasil, 2010). Essa condição pode ser agravada por fatores como perda da capacidade produtiva, desemprego e gastos com tratamentos, medicamentos e transporte, bastante frequentes entre pessoas com câncer (Libório e Fietz, 2016; Jansen *et al.*, 2014).

A alimentação adequada, compreendida como aquela que respeita as necessidades biológicas e culturais de cada indivíduo, e saudável, do ponto de vista nutricional e sanitário, está legalmente assegurada nas diretrizes e objetivos da PNAN, na LOSAN e no Decreto nº 7.272/2010, que institui a PNSAN e regulamenta o SISAN. Esses marcos legais reforçam

que o acesso à TN, incluindo fórmulas enterais industrializadas e os insumos necessários à sua administração no domicílio, constitui uma extensão do direito humano à alimentação adequada, especialmente no âmbito da AD do SUS (Brasil, 2012; Brasil, 2006; Brasil, 2010).

A PNAN mostra como demanda para a atenção nutricional no SUS, o cuidado aos indivíduos que possuam necessidades alimentares especiais, definidas como: “*As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral)*” (Brasil, 2012). As alterações decorrentes da patogênese e tratamento do câncer incluem as pessoas acometidas entre aquelas com necessidades alimentares especiais contempladas nesta política, constituindo demanda para atenção nutricional.

As diretrizes V e VII da PNSAN orientam, respectivamente, para o “fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional” e para o “monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada, própria para cada indivíduo” (Brasil, 2010). A diretriz V, em especial, estabelece a necessidade de que ações de alimentação e nutrição não se limitem ao nível primário de atenção, mas se estendam também aos níveis secundário e terciário, os quais englobam a atenção especializada de média e alta complexidade, incluindo os atendimentos oncológicos e procedimentos que envolvem tecnologias de alto custo.

Esse entendimento é reforçado pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. A Portaria define que a RAS deve estar centrada no usuário, garantir continuidade do cuidado e contemplar os diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade das necessidades em saúde, como é o caso dos tratamentos oncológicos e das terapias nutricionais especializadas (Brasil, 2010b).

Ainda segundo o Decreto nº 7.272/2010, a PNSAN tem como um de seus objetivos “identificar, analisar, divulgar e atuar sobre os fatores condicionantes da insegurança alimentar e nutricional no Brasil”. Nesse sentido, sabe-se que o diagnóstico de doenças crônicas, como o câncer, tem impacto direto na capacidade produtiva, na estabilidade financeira e no acesso à alimentação. Estudos apontam que o câncer frequentemente resulta em afastamento do trabalho, desemprego, redução da renda familiar e gastos elevados com medicamentos e transporte, fatores que podem agravar a situação de insegurança alimentar (INSAN), especialmente em famílias de baixa renda (Libório e Fietz, 2016; Jansen *et al.*,

2014). Além disso, a necessidade de terapias como a TNED, que envolvem insumos e equipamentos específicos, reforça a importância de políticas públicas que assegurem o direito à alimentação adequada também no contexto do tratamento de alta complexidade.

A LOSAN além de estabelecer as bases para a formulação e execução da PNSAN, introduziu no ordenamento jurídico brasileiro o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) como um direito humano fundamental, ao defini-la como:

“A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Brasil, 2006).

Esse conceito amplia a compreensão sobre o acesso à alimentação, incorporando não apenas a dimensão nutricional, mas também os aspectos sociais, culturais e ambientais. Assim, a LOSAN fundamenta políticas públicas que vão além do fornecimento de alimentos, abrangendo a garantia de condições para uma alimentação digna, segura e adequada às necessidades específicas, como no caso de pessoas com câncer em uso de TNED. Isso reforça a responsabilidade do Estado em assegurar o acesso gratuito à insumos e fórmulas enterais sempre que clinicamente indicado, como parte do direito humano à alimentação adequada.

O conjunto de objetivos e diretrizes destacados dos documentos mencionados apontam para o fato de que a garantia da SAN para pessoas com câncer passa por ações que permitam o acesso e a utilização dos alimentos/nutrientes em quantidade e qualidade adequadas às suas condições particulares nos diferentes estágios da doença. Desta forma, os indivíduos com câncer devido às suas necessidades alimentares especiais podem se encontrar vulneráveis à INSAN, demandando ações e políticas específicas para a promoção do DHAA (Brasil 2012a). Ao aprimorar o cuidado oferecido durante a TNED no âmbito do SUS, fortalece-se a efetivação dessas políticas para o referido público.

A INSAN é definida como a condição em que o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, é limitado ou incerto, comprometendo a manutenção da saúde e a realização plena do direito humano à alimentação adequada. Esse conceito está diretamente vinculado à capacidade de aquisição de alimentos e à estabilidade das condições sociais, econômicas e ambientais que garantem esse acesso (Brasil, 2010).

A escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA) é o principal instrumento utilizado no Brasil para avaliar a INSAN em domicílios. Trata-se de uma escala psicométrica

composta por perguntas que avaliam a percepção das famílias sobre a qualidade e a quantidade de alimentos disponíveis, bem como sobre a experiência de restrição alimentar. A EBIA tem sido amplamente utilizada em inquéritos populacionais e políticas públicas de vigilância alimentar e nutricional, como o Inquérito Nacional de Segurança Alimentar, e apresenta elevada sensibilidade para mensurar níveis de INSAN em diferentes contextos (Câmara Interministerial de SAN, 2011).

Embora validada e amplamente utilizada em pesquisas populacionais, a EBIA apresenta limitações de aplicabilidade no contexto clínico-assistencial, como grande número de questões, necessidade de capacitação específica para os profissionais de saúde e complexidade na interpretação dos resultados. Como alternativa a esses desafios, o Ministério da Saúde recomenda a utilização da triagem de insegurança alimentar (TRIA), ferramenta mais objetiva e operacionalizada, especialmente adaptada para o uso em serviços de saúde. A TRIA permite triagem simples e rápida e orienta o encaminhamento de famílias em situação de risco de INSAN para ações intersetoriais ou complementares no SUS (Brasil, 2020).

A TRIA pode ser aplicada por profissionais da área da saúde em ambientes clínicos, em locais de acolhimento, salas de espera e consultas individuais, registrados em sistemas próprios e planilhas. Dentre as possíveis categorias resultantes da TRIA estão: a) sem risco de INSAN ou segurança alimentar; b) risco de INSAN leve (quando os moradores do domicílio demonstram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro e/ou quando existe comprometimento da qualidade da alimentação no domicílio); c) risco de INSAN moderada e grave (risco de INSAN possivelmente indicando que existe comprometimento da qualidade e da quantidade da alimentação no domicílio não só entre os adultos, mas também entre as crianças). A última categoria, de risco moderado a grave, representa a maior gravidade da escassez alimentar num agregado familiar, em que adultos e crianças podem estar a passar fome durante os três meses anteriores à entrevista (Poblacion *et al.*, 2021; Brasil, 2022).

4 JUSTIFICATIVA

O cuidado nutricional de pessoas com câncer em uso de TNE exige preparo técnico tanto deles próprios quanto de seus cuidadores. No contexto ambulatorial, essa realidade se mostra ainda mais desafiadora, já que a presença do profissional de saúde não é cotidiana e muitas orientações são recebidas de forma concentrada em alguns momentos, especialmente na alta hospitalar. Essa sobrecarga de informações, somada às inseguranças no manuseio dos produtos e dispositivos, pode comprometer a adesão à TN, o estado nutricional e, consequentemente, a resposta clínica ao tratamento do câncer.

Diante desse cenário, torna-se essencial propor estratégias que facilitem a compreensão e a execução da TNED, promovendo mais segurança e autonomia no cuidado. A presente pesquisa parte da constatação empírica de uma lacuna no suporte educativo oferecido a esses pacientes no SUS. O desenvolvimento de um material educativo acessível, baseado em evidências científicas e adaptado à realidade do domicílio representa uma possibilidade concreta de qualificar o atendimento, ampliar a adesão à TN, contribuir para a promoção da SAN e para o tratamento da doença.

A proposta do presente estudo é, portanto, fundamentada na necessidade de preencher lacunas existentes no suporte educativo, contribuindo para a SAN dos pacientes em TNED, além de promover o papel dos materiais educativos audiovisuais como ferramentas de transformação no cuidado em saúde.

5 OBJETIVO

5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente estudo foi desenvolver e validar vídeos educativos para orientação de pessoas com câncer em TNED e validar seu conteúdo.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico situacional a partir da caracterização do estado nutricional e das condições sociodemográficas e da investigação da adesão à TNED em pessoas com câncer e seus condicionantes para definição do conteúdo dos vídeos;
- Realizar uma revisão integrativa de literatura para definição do conteúdo dos vídeos;
- Produzir produto técnico na forma de três vídeos educativos para orientar pessoas com câncer em TNED e seus respectivos cuidadores no preparo e infusão da dieta enteral e hidratação;
- Produzir produto técnico na forma de relatório técnico científico do diagnóstico situacional para a instituição para a qual os vídeos são destinados inicialmente;
- Validar o conteúdo dos vídeos educativos produzidos.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi conduzido estudo metodológico e descritivo voltado à construção de material educativo em saúde na forma de três vídeos educativos para orientar adultos e idosos com câncer do TGI e de CP em uso de TNED e seus respectivos cuidadores atendidos no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA. Como uma das etapas necessárias à elaboração dos vídeos, foi conduzido também estudo observacional longitudinal para investigar a adesão à TNED.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (CAAE: 74154123.2.0000.5274; Parecer nº6.436.855; ANEXO 1), e seguiu os princípios estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), especialmente a resolução nº 466 (Brasil, 2012).

A partir do referencial teórico de Campos *et al.* (2021) e Peričari (2021), o estudo foi desenvolvido em quatro etapas descritas a seguir: 1) diagnóstico situacional para investigar a adesão à TNED em pessoas com câncer e seus condicionantes; 2) revisão integrativa da literatura acerca da TNED; 3) Elaboração dos vídeos educativos para orientar pessoas com câncer em TNED a partir de roteiros previamente definidos; 4) validação do conteúdo dos vídeos educativos por especialistas.

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para identificar as necessidades do público-alvo do estudo foi conduzida investigação da adesão à TNED, das dificuldades experimentadas durante o processo e fatores associados, por meio de estudo observacional longitudinal. Foram incluídos indivíduos com tumor do TGI e de CP em TNED, adultos e idosos, de ambos os sexos, em acompanhamento no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA no período de dezembro de 2023 a junho de 2024, para compor amostra de conveniência.

Durante as consultas no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA, após a entrega da prescrição nutricional e orientações conforme rotina, os potenciais participantes receberam informações preliminares sobre o estudo e foram convidados a participar, sendo reforçado o caráter voluntário da participação e ausência de impacto no tratamento oferecido em caso de negativa ao convite. Em caso de aceite, foram explicados os detalhes da pesquisa em todas as suas etapas e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE; APÊNDICE 1) foi entregue, lido e explicado. A manifestação de concordância em compor a amostra da pesquisa foi formalizada pela assinatura do TCLE em três vias, sendo uma entregue ao

participante, uma anexada ao prontuário físico e a terceira via arquivada pela pesquisadora. Esta consulta foi considerada a consulta 1 (C1) do estudo, podendo representar tanto o primeiro atendimento do indivíduo em TNED quanto um atendimento subsequente à orientação prévia sobre TNED recebida na emergência ou no momento da alta hospitalar, onde o indivíduo já havia tido contato prévio com a TNED. A coleta dos dados necessários ao estudo foi realizada por meio de entrevista individual e consulta ao prontuário multiprofissional. Os dados foram registrados com auxílio de ficha pré-estruturada. A consulta subsequente, foi considerada a consulta 2 (C2) do estudo.

Foram incluídos adultos e idosos em TNED, com tumores do TGI e de CP, de ambos os sexos, acompanhados no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não retornaram para a consulta subsequente à orientação da TNED. A coleta dos dados necessários ao estudo foi realizada por meio de entrevista individual e consulta ao prontuário multiprofissional. Os dados foram registrados com auxílio de ficha pré-estruturada (APÊNDICE 2), nas duas consultas no ambulatório de Nutrição.

Como dados sociodemográficos e de estilo de vida foram registrados os dados sexo, escolaridade, data de nascimento, estado civil, renda familiar (em reais), número de moradores do domicílio, peso habitual, tabagismo e etilismo. No período correspondente à realização da pesquisa (dezembro de 2023 a julho de 2024), utilizou-se como parâmetro o piso salarial nacional em vigor, aplicável ao estado do Rio de Janeiro, fixado em R\$ 1.412,00 (mil quatrocentos e doze reais) a partir de 1º de janeiro de 2024, conforme disposto no Decreto nº 11.864/2023 (Brasil, 2023).

Os seguintes dados clínicos foram pesquisados: localização anatômica do tumor (classificados como tumores do TGI ou CP), modalidade de tratamento instituído (cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou combinação desses), além da presença de comorbidades autorreferidas ou registradas em prontuário, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e outras condições clínicas relevantes.

A adesão à TNED foi avaliada nas consultas de retorno, ou, nos caso dos indivíduos que já haviam recebido orientação da TNED prévia, esta adesão foi realizada já a partir da C1, por meio da verificação: do saldo de dieta enteral na farmácia do hospital; do saldo de dieta enteral em domicílio informado; do relato das dúvidas e dificuldades vivenciadas durante a instituição da TNED; do utensílio utilizado para porcionamento da dieta; da omissão ou adição de etapas de dieta enteral; da redução ou aumento do volume de dieta por etapa; da associação da alimentação via oral; da substituição de etapa da dieta enteral fornecida por alimentação via oral ou dieta artesanal; do tempo de infusão da dieta; dos

horários de hidratação; das complicações gastrointestinais; da saída accidental, retirada ou obstrução da sonda e da adição de sal à dieta. Excetuando-se o saldo de dieta, as dúvidas, as complicações e problemas com a sonda, as outras questões investigadas constam da orientação nutricional realizada durante a consulta e foram, portanto, escolhidas para investigar a adesão a essas orientações.

As medidas antropométricas foram aferidas em todas as consultas, incluindo peso corporal, estatura e perímetro da panturrilha. O peso corporal foi aferido com balança de precisão (Filizola[®]) com capacidade máxima de 150 kg, considerando variações de 0,1 kg, com o indivíduo posicionado em pé, no centro da plataforma da balança, descalço, vestindo roupas leves e após retirada de objetos que porventura estivessem nos bolsos. Em estadiômetro da mesma balança foi aferida a estatura, com o participante em posição ereta com os calcanhares juntos e com braços estendidos ao lado do corpo, considerando variações de 0,1 cm. O perímetro da panturrilha, considerado indicador sensível de alterações musculares, principalmente no indivíduo idoso, foi medido com fita métrica inelástica no ponto de maior circunferência da perna, ao formar um ângulo de 90° estando o indivíduo sentado e com os pés apoiados no chão. A redução da massa muscular foi identificada por valores do perímetro da panturrilha menores que 34 cm para homens e 33 cm para mulheres (Barbosa-Silva, 2016; Peixoto, 2016).

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela divisão do peso em quilos (kg) pelo quadrado da estatura em metros (m) e classificado de acordo com a Organização Mundial de Saúde para adultos (até 59 anos) (OMS, 2000; Quadro 1). Os idosos (a partir de 60 anos) tiveram seu IMC classificado segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2001; Quadro 2).

Quadro 1 – Classificação do índice de massa corporal de adultos.

Faixa de IMC (kg/m²)	Classificação do IMC
< 16	Desnutrição grau 3
16,0 e 16,9	Desnutrição grau 2
17,0 e 18,49	Desnutrição grau 1
18,5 a 24,9	Eutrofia
25,0 e 29,9	Sobrepeso
30,0 a 34,9	Obesidade grau 1
35,0 a 39,9	Obesidade grau 2
≥ 40,0	Obesidade grau 3

IMC, índice de massa corporal. Fonte: Organização Mundial de Saúde (2000).

Quadro 2 – Classificação do índice de massa corporal de idosos.

Faixa de IMC (kg/m²)	Classificação do IMC
< 23	Baixo peso

23,0 a 27,9	Peso normal
28,0 e 29,9	Sobrepeso
≥ 30,0	Obesidade

IMC, índice de massa corporal. Fonte: Organização Pan-americana de Saúde (2001).

O percentual de perda de peso (%PP) em relação ao peso habitual referido ou registrado em prontuário, foi calculado subtraindo o peso habitual do peso atual, com o resultado dividido pelo peso habitual e depois multiplicado por 100. O %PP foi classificado em relação ao tempo decorrido de acordo com Blackburn et al. (1977) (Quadro 3).

Quadro 3 – Classificação do percentual de perda de peso em relação ao peso habitual.

Tempo	% PP significativo	% PP grave
1 semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

%PP, percentual de perda de peso. Fonte: Blackburn et al. (1977).

O diagnóstico de desnutrição energético proteica foi investigado segundo Consenso da Iniciativa de Liderança Global sobre Desnutrição (GLIM) (Gordon *et al.*, 2019), recomendado para rastreamento deste distúrbio nutricional em pacientes com câncer (Da Silva Couto *et al.*, 2023; Cederholm, *et al.*, 2019). Este consenso teve como objetivo padronizar critérios para o diagnóstico de desnutrição, sendo para tanto necessária a presença de pelo menos um critério fenotípico (perda de peso não intencional, baixo IMC e redução da massa muscular) associado a pelo menos um critério etiológico (redução da ingestão alimentar, inflamação e gravidade da doença). A descrição dos referidos critérios e seus pontos de corte estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios fenotípicos e etiológicos para diagnóstico de desnutrição energético proteica.

Critérios fenotípicos			Critérios etiológicos	
Perda ponderal (%)	Baixo IMC (kg/m ²)	Redução da massa muscular	Reduzida ingestão ou aproveitamento dos alimentos	Inflamação
> 5% nos últimos 6 meses ou > 10% em mais de 6 meses	< 20 se < 70 anos ou < 22 se ≥ 70 anos	Por técnicas validadas de medição da composição corporal	≤ 50% da NE > 1 semana ou Qualquer redução por > 2 semanas ou Qualquer condição GI que impacte negativamente na digestão e absorção	Aguda ou relacionada à doença ou Injúria crônica

IMC, índice de massa corporal; NE, nutrição enteral; GI, gastrointestinal. Fonte: Cederholm *et al.* (2019).

O risco de INSAN foi investigado por meio da aplicação do questionário TRIA, de 2 itens (Brasil, 2022). Ao responder “não” para as duas questões na TRIA, considera-se que o indivíduo e todos os moradores do domicílio estão em situação de segurança alimentar. Quando o indivíduo responder sim para uma questão, ele e todos os moradores do domicílio serão classificados como em risco de INSAN leve (quando os moradores do domicílio demonstram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro e/ou quando existe comprometimento da qualidade da alimentação no domicílio). No caso de duas respostas positivas no questionário, o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio serão classificados como em risco de INSAN moderada ou grave (possivelmente indicando que existe comprometimento da qualidade e da quantidade da alimentação no domicílio não só entre os adultos, mas também entre as crianças) (Brasil, 2022).

Os dados coletados foram incluídos em planilha do programa Excel®, com dupla digitação, todas as análises estatísticas foram realizadas com o *software* SPSS for Windows (IBM SPSS Statistics for Windows, versão 22.0, EUA) e foi considerada significância quando $p < 0,05$.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi analisada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis quantitativas foram apresentadas utilizando medidas de tendência central e dispersão de acordo com a normalidade da distribuição, respectivamente: média e desvio padrão para as paramétricas e mediana e intervalo interquartil para as não paramétricas. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa (porcentagem). Para as comparações, nos dados com distribuição normal foi utilizado o teste t de *Student* pareado para comparar médias, e naqueles com distribuição não normal foi utilizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para dados pareados.

Foi calculada a razão de chance (*odds ratio*) da influência de diversos fatores sobre a adesão à TNED por meio de regressão logística binomial.

6.2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para contribuir para a definição do conteúdo dos vídeos educativos com base num corpo de evidências científicas atualizadas e de boa qualidade, foi conduzida revisão integrativa da literatura utilizando as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, *Excerpta Medica* (Embase), *Web of Science* e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

A definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados nas buscas para a revisão foi realizada com base na estratégia PICO apresentada no Quadro 5, com filtro temporal de 10 anos e recuperação de textos em inglês, português e espanhol.

Quadro 5 – Estratégia PICO para definição dos termos de busca para revisão da literatura.

P: <i>Patient</i> (Paciente)	Adultos e idosos com câncer do trato gastrointestinal e câncer de cabeça e pescoço
I: <i>Intervention</i> (Intervenção)	Terapia nutricional enteral ambulatorial ou domiciliar
C: <i>Comparison</i> (Comparação)	Orientações nutricionais gerais ou ausência de orientações específicas
O: <i>Outcome</i> (Desfecho)	Adesão à terapia, melhoria do estado nutricional, redução de complicações, segurança alimentar e nutricional

As publicações encontradas foram triadas utilizando o *software* gerenciador de referências desenvolvido pela Editora *Thomson Reuters Endnote* para exclusão de duplicatas. Para a segunda triagem, o *software* desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI) foi utilizado pelos revisores para pré-seleção dos documentos, por meio da leitura de título e resumo para identificação da adequação destes aos objetivos do estudo. Os documentos pré-selecionados foram encaminhados à leitura de texto na íntegra para seleção dos incluídos. Divergências entre os revisores foram dirimidas por um supervisor. Os dados pertinentes foram extraídos dos estudos encontrados e sistematizados de acordo com três etapas da TNED: preparo da dieta, infusão da dieta e hidratação. Foi realizada pesquisa de consensos, diretrizes, recomendações, materiais institucionais, leis, e normas ligadas ao tema, encontra-se em quadro resumo (ANEXO 5).

6.3 ELABORAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS

Nesta etapa da pesquisa, com base nas informações acumuladas nas duas etapas anteriores (diagnóstico situacional e revisão de literatura) foram desenvolvidos os vídeos educativos. O processo de desenvolvimento dos vídeos educativos foi dividido em pré-produção, produção e pós-produção.

Na etapa de pré-produção foram definidos os objetivos dos vídeos, a saber: reforçar e ilustrar as orientações nutricionais às pessoas com câncer em TNED e seus cuidadores, de forma complementar àquelas realizadas nas consultas no ambulatório, sendo possível o acesso dos vídeos no domicílio, ou em outro local que julgarem necessário, para a visualização dos cuidados no preparo e administração da dieta enteral, e hidratação; contribuir para adequada efetivação da TNED e para mitigação da deterioração do estado

nutricional relacionada ao câncer. Foram também definidos nesta etapa o tipo dos vídeos, personagens, cenário e roteiro. A equipe de pesquisa optou por vídeos do tipo animação. Foi definido que os vídeos seriam conduzidos pela interação entre personagens – nutricionista, paciente e acompanhante – dispensando o papel de um narrador, e que a narrativa seria contextualizada em ambientes cotidianos, como o consultório e o domicílio, simulando situações práticas do dia a dia na efetivação da TNED. A representação dos personagens foi cuidadosamente planejada para refletir diversidade e acessibilidade, sendo um nutricionista a figura responsável pelas orientações. Ficou definido que pessoa com câncer e acompanhante deveriam ter características representativas do público-alvo, mas sem ênfase em condições socioeconômicas ou psicoafetivas, pois essas questões não foram abordadas no escopo dos vídeos (Rosa *et al.*, 2019). Foi contratado profissional designer gráfico para elaborar propriamente os vídeos, que participou também desta etapa de pré-produção.

Os dados advindos do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foram sistematizados de acordo com cada atividade necessária à efetivação da TNED a ser contemplada: preparo e administração da dieta enteral, e hidratação. A partir desses dados, foram definidos os conteúdos dos vídeos, que serviram de base para o roteiro construído em seguida, buscando transmitir as orientações de maneira prática e acessível. O foco central foi voltado às orientações e técnicas práticas, visando à realização adequada da TNED. Os conteúdos incluíram orientações sobre: o preparo correto da dieta enteral, por meio da diluição do pó em água, qualidade da água, quantidades de cada ingrediente, consistência adequada e material necessário; administração segura da dieta enteral, incluindo posição no momento da infusão, técnica e tempo de infusão e utensílios necessários; e hidratação, com a qualidade da água, importância da quantidade adequada ao longo do dia e horários/momentos adequados para sua infusão. Embora questões amplas, como os desafios socioculturais e econômicos, sejam reconhecidas, optou-se por não abordar essas temáticas nos vídeos, mantendo o foco nas orientações técnicas (Rosa *et al.*, 2019).

Após a elaboração do roteiro, este foi entregue ao profissional designer gráfico que, na fase de produção, ficou responsável pela conversão do conteúdo textual em linguagem audiovisual, respeitando os princípios da comunicação clara e acessível. A partir do roteiro, foram desenvolvidos os *storyboards* pelo profissional designer gráfico, que são representações visuais quadro a quadro do que seria apresentado nos vídeos, com indicações de cenas, falas, ações e elementos gráficos. Essa etapa foi essencial para alinhar as expectativas entre a equipe de pesquisa e o designer responsável. Os *storyboards* foram produzidos com desenhos feitos à mão para embasar a criação e animação dos vídeos.

Os *storyboards* foram submetidos à avaliação da chefia e subchefia do Serviço de Nutrição do HCI/INCA, que realizou sugestões para aprimoramento quanto à clareza das informações, coerência técnica e adequação das imagens aos procedimentos orientados pelo serviço (APÊNDICE 5). As observações recebidas foram enviadas para o designer juntamente com os ajustes necessários, o que guiou a produção dos três vídeos educativos. Para aplicação de técnicas de animação e colorização digital foram utilizados os *softwares* especializados *Clip Studio Paint* e *Toon Boom*. Para edição de imagem e áudio, foi utilizado o *Adobe Premiere Pro*, enquanto os efeitos visuais e a pós-produção foram desenvolvidos no *Adobe After Effects*. Por fim, os ajustes e o refinamento dos frames foram realizados no *Adobe Photoshop*, garantindo qualidade estética e técnica do produto. Os títulos dos três vídeos produzidos foram: 1. Preparo da dieta; 2. Infusão da dieta; 3. Hidratação.

A fase pós-produção dos vídeos continuou com a validação do seu conteúdo por especialistas, como descrito a seguir, com os ajustes apontados como necessários.

6.4 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

A validação do conteúdo dos vídeos foi realizada por meio da avaliação de um corpo de juízes ou especialistas, utilizando o método Delphi para eficaz obtenção de consenso (Everling; Mont'alvão, 2019). Como critério de seleção dos juízes/especialistas para o processo de validação teve como base conhecimento, experiência, competência e habilidades destes sobre o tema. Assim, foram identificados profissionais de notório saber na temática de interesse dentro e fora da instituição para a qual os vídeos se destinam. O convite aos especialistas para participar da validação explicando o processo foi enviado por e-mail pessoal ou institucional (APÊNDICE 3), meio utilizado para toda a comunicação, envio de materiais e documentos (Porto, 2020; Afonso, 2021).

Foi estabelecida quantidade mínima de 10 especialistas para o processo (García Valdés *et al.*, 2013). Os especialistas que aceitaram participar da pesquisa receberam formulário digital (APÊNDICE 4) com TCLE para formalização do aceite, *link* de acesso aos vídeos a serem avaliados e questões a serem respondidas para devolutiva da avaliação. Eles foram informados do prazo estabelecido para devolução. Contato telefônico da equipe de pesquisa foi disponibilizado para o caso de alguma comunicação adicional e/ou esclarecimentos durante todo o processo de resposta.

O formulário digital com as questões para avaliação pelos especialistas foi criado na plataforma *Google Forms*, com o objetivo de facilitar a coleta de dados e tornar o preenchimento mais prático. Nele, os especialistas foram orientados a marcar a alternativa

que melhor representasse sua opinião sobre cada um dos itens a serem avaliados nos vídeos, cujo significado foi explicado: conteúdo e relevância (presença de todas as informações necessárias em cada etapa, necessidade de inclusão ou exclusão de informações); e estética, ambiente, linguagem verbal e não verbal (harmonia de traços, cores, termos, cenários e atitudes ideais para comunicar a mensagem principal, facilitando o entendimento). As alternativas de resposta para os especialistas foram apresentadas por meio de uma escala tipo *Likert* adaptada de cinco pontos, composta pelas opções:

1. “Totalmente Adequado” (informação extremamente relevante e indispensável),
2. “Adequado” (informação clara e pertinente),
3. “Parcialmente Adequado” (informação pouco relevante para a temática),
4. “Inadequado” (item dispensável no vídeo),
5. “Não se Aplica”.

Foi disponibilizado campo para justificativas, cujo preenchimento foi solicitado em casos de discordância (respostas 3 ou 4), a fim de compreender os motivos da avaliação negativa, e opcional nos casos de concordância (respostas 1 ou 2), buscando evitar sobrecarga e minimizar o viés de respostas automáticas motivadas pela exigência de explicação. Essa conduta teve como objetivo promover uma análise mais criteriosa dos especialistas, incentivando respostas autênticas e reflexivas. Cada item pôde ser pontuado apenas uma vez, sem a possibilidade de múltiplas respostas para a mesma afirmação.

Foi calculado o percentual de concordância entre os especialistas e o índice de validação de conteúdo (IVC), através da divisão da soma das respostas consideradas “totalmente adequado” e “adequado” pelo número total de respostas (Afonso *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2011). A obtenção de consenso entre os especialistas foi considerada quando percentual de concordância e IVC foram iguais ou maiores que 70% e 0,70 respectivamente (Scarparo *et al.*, 2012). Os aspectos que não atingiram a concordância mínima foram revisados pela equipe de pesquisa e ajustados pelo designer gráfico contratado. Ademais, foi realizada análise criteriosa dos comentários e sugestões enviados pelos especialistas, de forma a decidir por acatá-los ou não. As sugestões consideradas relevantes à luz das evidências científicas disponíveis, factíveis para as características do público de interesse e que pudessem contribuir para a melhor compreensão das orientações foram acatadas.

Os dados referentes à identificação pessoal dos especialistas foram mantidos em sigilo, e aqueles relacionados à formação e atuação profissional foram tratados por estatística descritiva, representados por valores absolutos e percentuais relativos para sua caracterização. Os questionários foram arquivados digitalmente e permanecerão

armazenados por um período mínimo de cinco anos, com adoção de medidas de segurança para proteção contra vírus cibernéticos e outras ameaças.

Concluída a etapa de validação de conteúdo pelos especialistas, as sugestões pertinentes foram incorporadas e os vídeos educativos passaram por edição final. As versões apresentadas refletem os ajustes indicados no processo avaliativo, garantindo maior clareza, precisão técnica e adequação comunicacional dos materiais ao público-alvo.

A estruturação da dissertação segue os critérios da CAPES para a área de Nutrição, considerando como produção técnica válida a elaboração de tecnologias educativas aplicadas à prática profissional no SUS, devidamente validadas, com aplicação prevista e potencial de impacto em serviços de saúde e educação alimentar e nutricional.

7 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram apresentados em três produtos:

- **Produto técnico 1:** Relatório técnico do diagnóstico situacional para investigar adesão à terapia nutricional enteral domiciliar em indivíduos com câncer TGI e de CP atendidos no ambulatório de Nutrição do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer;
- **Produto acadêmico:** Artigo científico intitulado “Construção e validação de conteúdo de vídeos educativos para orientação de pessoas com câncer em terapia nutricional enteral domiciliar” a ser submetido à revista Texto e Contexto Enfermagem no formato de artigo original conforme normas em anexo (ANEXO 4);
- **Produto técnico 2:** Vídeos educativos para orientação de pessoas com câncer em terapia nutricional enteral domiciliar.

7.1 PRODUTO TÉCNICO 1: RELATÓRIO TÉCNICO

Relatório técnico do diagnóstico situacional para investigar adesão à terapia nutricional enteral domiciliar em indivíduos com câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Nutrição do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Nome do projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do INCA: Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional ambulatorial.

Número do parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do INCA: CAAE: 74154123.2.0000.5274; Parecer nº6.436.855.

Autores do relatório: Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos (INCA/Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional – PPGSAN – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO), Fabricia Junqueira das Neves (PPGSAN UNIRIO) e Thaís da Silva Ferreira (PPGSAN UNIRIO).

Instituições parceiras: Hospital do Câncer I (HCI) do INCA e UNIRIO.

Financiamento: Próprio.

APRESENTAÇÃO

O Hospital do Câncer I (HCI) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituição federal de referência nacional em oncologia localizada no Rio de Janeiro, dispõe de ambulatório de Nutrição. O HCI integra a rede hospitalar do INCA e presta atendimento especializado a pacientes com diferentes tipos de câncer, em todas as fases do tratamento. No contexto do cuidado integral ao paciente oncológico, a assistência nutricional se destaca como uma dimensão essencial, dada a alta prevalência de desnutrição nessa população e o impacto direto da doença no estado nutricional e deste sobre o prognóstico clínico.

O ambulatório de Nutrição do HCI é responsável pelo acompanhamento nutricional de pacientes adultos e idosos provenientes de mais de dez clínicas que atuam na unidade, incluindo oncologia clínica, cirurgia oncológica, cuidados paliativos, transplante de medula óssea, entre outras. São realizados cerca de 500 atendimentos mensais, divididos entre dois ambulatórios. O fluxo de atendimento inclui pacientes em pré, per e pós-tratamento

oncológico, em fase de controle da doença ou com sequelas do tratamento. Os atendimentos podem ser agendados mediante parecer técnico ou por livre demanda, e frequentemente são complementados por atendimentos de urgência, especialmente para pacientes que necessitam de implantação ou ajustes em vias alternativas de nutrição.

Durante as consultas, o nutricionista realiza avaliação nutricional completa, que inclui anamnese, histórico clínico, avaliação dietética, bioquímico e antropométrica, além da verificação da fase do tratamento. O estado nutricional é classificado de acordo com os critérios adotados pela instituição com base no Consenso de Nutrição Oncológica (Ministério da Saúde, 2015). A partir dessa avaliação, são definidas condutas nutricionais individualizadas, compostas por planejamento nutricional individual e orientações nutricionais pertinentes. Quando identificada necessidade, com base no consenso referido anteriormente, é realizada prescrição de terapia nutricional (TN) oral (TNO) ou enteral (TNE).

A orientação para instituição da TNE é realizada pessoalmente por nutricionista durante a consulta de Nutrição, no momento da alta hospitalar ou em outra situação em que se fizer necessária. Materiais impressos (folhetos, cartilhas e guias), produtos e materiais para infusão (frascos/latas de dieta, seringas e equipos) são utilizados de forma ilustrativa para apoiar a orientação verbal para administração da dieta enteral em domicílio. As dietas enterais, quando indicadas, são dispensadas gratuitamente pela farmácia do hospital, acompanhadas de kits com materiais para infusão, conforme protocolo institucional.

A partir da experiência profissional acumulada, observou-se empiricamente nas consultas de retorno um padrão recorrente de relatos por parte de pacientes e acompanhantes de “sobra” das dietas enterais industrializadas no domicílio e/ou de saldo de dieta na farmácia após o período previsto para sua utilização. Essa observação levou à hipótese de que as dietas enterais estariam sendo administradas em quantidades inferiores às prescritas, gerando déficit no aporte calórico-proteico. Por conseguinte, o consumo insuficiente de energia e nutrientes poderia estar contribuindo para o quadro de desnutrição energético proteica, bastante prevalente entre pacientes oncológicos, o que pode acontecer num cenário de INSAN, considerando o perfil socioeconômico da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, até o momento, essa hipótese não havia sido investigada de forma científica e sistematizada.

Nesse sentido, da necessidade de transformar uma inquietação da prática clínica em objeto de investigação acadêmica e produção técnico-científica nasce a concepção de um trabalho científico. Ele se destinou, portanto, a investigar a hipótese proposta, compreender

os fatores associados à provável baixa adesão à prescrição e orientação nutricionais e produzir material educativo que possa contribuir para o preenchimento de possíveis lacunas no processo, oferecendo suporte adicional a pacientes e cuidadores no domicílio. O projeto de pesquisa resultante foi desenvolvido durante o curso de mestrado profissional em Segurança Alimentar e Nutricional realizado pela nutricionista do HCI/INCA Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos no Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no período de março de 2023 a outubro de 2025. O presente relatório retorna à instituição os resultados do estudo desenvolvido, atendendo ao solicitado pela chefia do Setor de Nutrição, conforme carta em anexo (ANEXO 3).

Acredita-se que os produtos deste trabalho que consistem em três vídeos educativos e um artigo científico, além do presente relatório técnico, poderão contribuir ainda para qualificar as práticas profissionais no campo da Nutrição Oncológica, fortalecer a atuação dos serviços públicos de saúde e colaborar para a efetivação do direito humano à alimentação adequada, especialmente em contextos de vulnerabilidade social associados ao câncer.

OBJETIVO

O objetivo do presente relatório foi descrever os resultados de diagnóstico situacional realizado a partir da investigação da adesão à terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) em pessoas com câncer atendidas no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA, assim como seus condicionantes. Tal diagnóstico serviu também para definição do conteúdo dos vídeos educativos para as pessoas com câncer em TNED que constituíam objetivo principal do projeto de pesquisa aprovado.

METODOLOGIA

Foi conduzido estudo observacional longitudinal para diagnóstico situacional com investigação da adesão à TNED em pessoas com câncer e seus condicionantes. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (CAAE: 74154123.2.0000.5274; Parecer nº6.436.855; ANEXO 1), e seguiu os princípios estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), especialmente a resolução nº 466 (Brasil, 2013).

Foram incluídos indivíduos com tumor do trato gastrointestinal (TGI) e de cabeça e pescoço (CP) em TNED, adultos e idosos, de ambos os sexos, em acompanhamento no

ambulatório de Nutrição do HCI/INCA no período de dezembro 2023 a junho de 2024, para compor amostra de conveniência.

Durante as consultas no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA, após a entrega da prescrição nutricional e orientações conforme rotina, os potenciais participantes receberam informações preliminares sobre o estudo e foram convidados a participar, sendo reforçado o caráter voluntário da participação e ausência de impacto no tratamento oferecido em caso de negativa ao convite. Em caso de aceite, foram explicados os detalhes da pesquisa em todas as suas etapas e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE; APÊNDICE 1) foi entregue, lido e explicado. A manifestação de concordância em compor a amostra da pesquisa foi formalizada pela assinatura do TCLE em três vias, sendo uma entregue ao participante, uma anexada ao prontuário físico e a terceira via arquivada pela pesquisadora.

Como dados sociodemográficos e de estilo de vida foram registrados os dados sexo, escolaridade, idade, estado civil, renda familiar (em reais), número de moradores do domicílio, peso habitual, tabagismo e etilismo. No período correspondente à realização da pesquisa (dezembro de 2023 a julho de 2024), utilizou-se como parâmetro o piso salarial nacional em vigor, aplicável ao estado do Rio de Janeiro, fixado em R\$ 1.412,00 (mil quatrocentos e doze reais) a partir de 1º de janeiro de 2024, conforme disposto no Decreto nº 11.864/2023 (Brasil, 2023).

Os seguintes dados clínicos foram pesquisados: localização anatômica do tumor (classificados como tumores do TGI ou CP), modalidade de tratamento instituído (cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou combinação desses), além da presença de comorbidades autorreferidas ou registradas em prontuário, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e outras condições clínicas relevantes.

A adesão à TNED foi avaliada nas consultas de retorno por meio da verificação: do saldo de dieta enteral na farmácia do hospital; do saldo de dieta enteral em domicílio informado; do relato das dúvidas e dificuldades vivenciadas durante a instituição da TNED; do utensílio utilizado para porcionamento da dieta; da omissão ou adição de etapas de dieta enteral; da redução ou aumento do volume de dieta por etapa; da associação da alimentação via oral; da substituição de etapa da dieta enteral fornecida por alimentação via oral ou dieta artesanal; do tempo de infusão da dieta; dos horários de hidratação; das complicações gastrointestinais; da saída accidental, retirada ou obstrução da sonda; e da adição de sal à dieta. Excetuando-se o saldo de dieta, as dúvidas, as complicações e problemas com a sonda, as outras questões investigadas constam da orientação nutricional realizada durante a consulta e foram, portanto, escolhidas para investigar a adesão a essas orientações.

As medidas antropométricas foram aferidas em todas as consultas, incluindo peso corporal, estatura e perímetro da panturrilha. O peso corporal foi aferido com balança de precisão (Filizola[®]) com capacidade máxima de 150 kg, considerando variações de 0,1 kg, com o indivíduo posicionado em pé, no centro da plataforma da balança, descalço, vestindo roupas leves e após retirada de objetos que porventura estivessem nos bolsos. Em estadiômetro da mesma balança foi aferida a estatura, com o participante em posição ereta com os calcanhares juntos e com braços estendidos ao lado do corpo, considerando variações de 0,1 cm. O perímetro da panturrilha, considerado indicador sensível de alterações musculares principalmente no indivíduo idoso, foi medido com fita métrica inelástica no ponto de maior circunferência da perna, ao formar um ângulo de 90° estando o indivíduo sentado e com os pés apoiados no chão. A redução da massa muscular foi identificada por valores do perímetro da panturrilha menores que 34 cm para homens e 33 cm para mulheres (Barbosa-Silva, 2016; Peixoto, 2016).

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela divisão do peso em quilos (kg) pelo quadrado da estatura em metros (m) e classificado de acordo com a Organização Mundial de Saúde para adultos (até 59 anos) (OMS, 2000; Quadro 1). Os idosos (a partir de 60 anos) tiveram seu IMC classificado segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2001; Quadro 2).

Quadro 1 – Classificação do índice de massa corporal de adultos.

Faixa de IMC (kg/m²)	Classificação do IMC
< 16	Desnutrição grau 3
16,0 e 16,9	Desnutrição grau 2
17,0 e 18,49	Desnutrição grau 1
18,5 a 24,9	Eutrofia
25,0 e 29,9	Sobrepeso
30,0 a 34,9	Obesidade grau 1
35,0 a 39,9	Obesidade grau 2
≥ 40,0	Obesidade grau 3

IMC, índice de massa corporal. Fonte: Organização Mundial de Saúde (2000).

Quadro 2 – Classificação do índice de massa corporal de idosos.

Faixa de IMC (kg/m²)	Classificação do IMC
< 23	Baixo peso
23,0 a 27,9	Peso normal
28,0 e 29,9	Sobrepeso
≥ 30,0	Obesidade

IMC, índice de massa corporal. Fonte: Organização Pan-americana de Saúde (2001).

O percentual de perda de peso (%PP) em relação ao peso habitual referido ou registrado em prontuário, foi calculado subtraindo o peso habitual do peso atual, com o

resultado dividido pelo peso habitual e depois multiplicado por 100. O %PP foi classificado em relação ao tempo decorrido de acordo com Blackburn *et al.* (1977) (Quadro 3).

Quadro 3 – Classificação do percentual de perda de peso em relação ao peso habitual.

Tempo	% PP significativo	% PP grave
1 semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

%PP, percentual de perda de peso. Fonte: Blackburn *et al.* (1977).

O diagnóstico de desnutrição energético proteica foi investigado segundo consenso da Iniciativa de Liderança Global sobre Desnutrição (GLIM) (Gordon *et al.*, 2019), recomendado para rastreamento deste distúrbio nutricional em pacientes com câncer (Da Silva Couto *et al.*, 2023; Cederholm, *et al.*, 2019). Este consenso teve como objetivo padronizar critérios para o diagnóstico de desnutrição, sendo para tanto necessária a presença de pelo menos um critério fenotípico (perda de peso não intencional, baixo IMC e redução da massa muscular) associado a pelo menos um critério etiológico (redução da ingestão alimentar, inflamação e gravidade da doença). A descrição dos referidos critérios e seus pontos de corte estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios fenotípicos e etiológicos para diagnóstico de desnutrição energético proteica.

Critérios fenotípicos			Critérios etiológicos	
Perda ponderal (%)	Baixo IMC (kg/m ²)	Redução da massa muscular	Reduzida ingestão ou aproveitamento dos alimentos	Inflamação
> 5% nos últimos 6 meses ou > 10% em mais de 6 meses	< 20 se < 70 anos ou < 22 se ≥ 70 anos	Por técnicas validadas de medição da composição corporal	≤ 50% da NE > 1 semana ou Qualquer redução por > 2 semanas ou Qualquer condição GI que impacte negativamente na digestão e absorção	Aguda ou relacionada à doença ou Injúria crônica

IMC, índice de massa corporal; NE, nutrição enteral; GI, gastrointestinal. Fonte: Cederholm *et al.* (2019).

O risco de INSAN foi investigado por meio da aplicação do questionário TRIA, de 2 itens (Brasil, 2022). Ao responder “não” para as duas questões na TRIA, considera-se que o indivíduo e todos os moradores do domicílio estão em situação de segurança alimentar. Quando o indivíduo responder sim para uma questão, ele e todos os moradores do domicílio serão classificados como em risco de INSAN leve (quando os moradores do domicílio

demonstram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro e/ou quando existe comprometimento da qualidade da alimentação no domicílio). No caso de duas respostas positivas no questionário, o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio serão classificados como em risco de INSAN moderada ou grave (possivelmente indicando que existe comprometimento da qualidade e da quantidade da alimentação no domicílio não só entre os adultos, mas também entre as crianças) (Brasil, 2022).

Os dados coletados foram incluídos em planilha do programa Excel[®], com dupla digitação, todas as análises estatísticas foram realizadas com o *software* SPSS for Windows (IBM SPSS Statistics for Windows, versão 22.0, EUA) e foi considerada significância quando $p < 0,05$.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi analisada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis quantitativas foram apresentadas utilizando medidas de tendência central e dispersão de acordo com a normalidade da distribuição, respectivamente: média e desvio padrão para as paramétricas e mediana e intervalo interquartil para as não paramétricas. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa (porcentagem). Para as comparações, nos dados com distribuição normal foi utilizado o teste t de *Student* pareado para comparar médias, e naqueles com distribuição não normal foi utilizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para dados pareados. Foi calculada a razão de chance (*odds ratio*) da influência de diversos fatores sobre a adesão à TNED por meio de regressão logística binomial.

RESULTADOS

O estudo observacional longitudinal conduzido compreendeu 50 indivíduos com câncer TGI e de CP atendidos no ambulatório de Nutrição do HCI do INCA no período de dezembro 2023 a junho de 2024, compondo uma amostra de conveniência. A maioria dos participantes eram idosos ($n = 38$; 76%), média de idade de $67,2 \pm 10,1$ anos, e do sexo masculino ($n = 38$; 76%). Foi observado que 26 (53,1%) autodeclararam-se de pele da cor branca e 24 (48%) não tinham companheiro ou relação matrimonial estável. Ainda assim, 46 (92%) indivíduos informaram possuir rede de apoio. Destaca-se o baixo nível de escolaridade da amostra, composta majoritariamente por indivíduos que não completaram nem o ensino médio ($n = 44,9\%$). Apenas um dos indivíduos declarou-se economicamente ativo, sendo a fonte de renda dos participantes originada basicamente de aposentarias, pensões, benefícios da seguridade social e programas de transferência de renda ($n = 43$;

86%). A renda familiar média informada foi de R\$3.389,56 $\pm$ 2.059,76 que resultou numa renda *per capita* média de R\$ 1.525,35 $\pm$ 931,43. Outros dados sociodemográficos podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Características	n (%)
Faixa etária (n=50)	
Adultos	12 (24,0)
Idosos	38 (76,0)
Sexo (n=50)	
Masculino	38 (76,0)
Feminino	12 (24,0)
Raça/cor autorreferida (n=49)	
Branca	26 (53,1)
Parda	17 (34,7)
Preta	6 (12,3)
Estado civil (n=50)	
Solteiro	7 (14,0)
Casado/união estável	26 (52,0)
Divorciado	7 (14,0)
Viúvo	10 (20,0)
Escolaridade (n=50)	
Sem educação formal	5 (10,0)
Fundamental incompleto	29 (58,0)
Fundamental completo	9 (18,0)
Médio incompleto	1 (2,0)
Médio completo	3 (6,0)
Superior incompleto	0 (0,0)
Superior completo	3 (6,0)
Situação previdenciária (n=50)	
Aposentado/pensionista	31 (62,0)
BPC/auxílio-doença	9 (18,0)
Aguardando benefício	4 (8,0)
Bolsa família	3 (6,0)
Trabalhador formal/autônomo	0 (0,0)
Trabalhador informal	1 (2,0)
Nenhuma das situações anteriores	2 (4,0)
Renda em faixas salariais (n=50)	
Até 2 salários-mínimos	6 (12,0)
> 2, até 4 salários-mínimos	38 (76,0)
> 4, até 6 salários-mínimos	0 (0,0)
6 salários-mínimos ou mais	6 (12,0)

BPC; benefício de prestação continuada. Fonte: Dados da pesquisa da autora dezembro 2023- julho2024. Valor salário-mínimo no período: R\$ 1.412,00 (mil quatrocentos e doze reais).

Analisando as condições de moradia, os dados revelam que, apesar de boas condições estruturais para a maioria, com casa em alvenaria, acesso aos serviços de saneamento básicos (água encanada, coleta de lixo, rede de esgoto), energia elétrica, observamos que a realidade cotidiana de deslocamento e a distribuição espacial apontam para desafios que vão além do simples acesso a serviços básicos. Verificamos que 54% (n=23) não residem no município

do Rio de Janeiro. No que concerne à forma de deslocamento para as consultas no HCI/INCA, nos deparamos com a diversidade nas formas de transporte não havendo um modelo predominante. Uma parcela expressiva depende de transporte coletivo ou de aplicativos (n=30, 60%), o que pode indicar tanto limitações financeiras quanto a ausência de veículos próprios. Destaca-se um percentual baixo, de apenas 4% (n=2) utilizando o tratamento fora de domicílio já que a análise compreende a maioria dos participantes não residentes no município do Rio de Janeiro. Já o uso de avião ou ambulância, ainda que pouco frequente, chama atenção por sugerir trajetórias de deslocamento mais complexas e possivelmente desgastantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados de moradia dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Características	n (%)
Residência de alvenaria (n=49)	48 (97,9)
Água encanada (n=49)	43 (87,8)
Rede de esgoto (n=49)	43 (87,8)
Coleta de lixo (n=49)	47 (95,9)
Energia elétrica (n=50)	44 (88,9)
Local de moradia (n=50)	50 (100,0)
Centro	4 (8,0)
Zona norte	8 (16,0)
Zona sul	1 (2,0)
Zona oeste	5 (10,0)
Barra/Jacarepaguá	5 (10,0)
Região metropolitana	12 (24,0)
Região centro fluminense	3 (6,0)
Regiões serrana, sul e norte fluminense	0 (0,0)
Baixada litorânea	2 (4,0)
Baixada fluminense	9 (18,0)
Outro estado	1 (2,0)
Meio de deslocamento para as consultas (n=50)	
Veículos próprios	15 (30,0)
Ônibus/trem/metrô	16 (32,0)
Ambulância SUS	1 (2,0)
TFD	2 (4,0)
Veículo de aplicativo	14 (28,0)
Avião	1 (2,0)
A pé	1 (2,0)

TFD, tratamento fora de domicílio; SUS, sistema único de saúde. Fonte: Dados da pesquisa da autora dezembro 2023-julho 2024.

No que se refere ao diagnóstico médico, a maioria dos tumores estava localizada na região de CP (72%). Os tumores do TGI representaram 28% dos casos. As comorbidades associadas estavam presentes em 72% dos indivíduos estudados. Quanto à fase ou tipo de tratamento, 18% ainda se encontravam em estadiamento. A abordagem cirúrgica foi indicada em 22%. Protocolos de quimioterapia e/ou radioterapia foram aplicados de diferentes formas, atendendo a 44% sendo eles como tratamento principal, em caráter adjuvante e ou

neoadjuvante. Intervenções de caráter paliativo e de controle corresponderam, cada uma, a 8% dos casos, conforme descrito na tabela 3. Esses dados refletem a heterogeneidade das neoplasias estudadas, tanto em termos de localização anatômica quanto de abordagem terapêutica, destacando a importância da individualização do tratamento de acordo com características clínicas e comorbidades do paciente.

Tabela 3 – Dados clínicos na primeira consulta de Nutrição dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Características	n (%)
Localização do tumor (n=50)	
Trato gastrointestinal	14 (28,0)
Esôfago	8 (16,0)
Junção esofago-gástrica	1 (2,0)
Estômago	4 (8,0)
Fígado, pâncreas, cólon/reto	0 (0,0)
Outros	1 (2,0)
Cabeça e pescoço	36 (72,0)
Língua	3 (6,0)
Cavidade oral	4 (8,0)
Laringe	10 (20,0)
Faringe	8 (16,0)
Esôfago superior	2 (4,0)
Cervical	0 (0,0)
Outros	9 (18,0)
Comorbidades (n=50)	36 (72,0)
Fase/tipo de tratamento (n=50)	
Em estadiamento	9 (18,00)
Cirúrgico	11 (22,00)
Pré-operatório	8 (16,00)
Pós-operatório	3 (6,00)
Quimioterapia e/ou radioterapia	7 (14,00)
Quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante	6 (12,00)
Quimioterapia e/ou radioterapia neoadjuvante	9 (18,00)
Paliativo	4 (8,00)
Controle	4 (8,00)

Fonte: Dados da pesquisa da autora dezembro 2023-julho2024.

Conforme a tabela 4 verificamos que 78% (n=39) usavam via alimentar alternativa com posicionamento gástrico, fossem sondas nasoentéricas ou gastrostomias, o que vai ao encontro da predominância de pacientes com tumores da região de CP. Na primeira consulta, 54% (n=27) estavam com baixo peso ou algum grau de magreza de acordo com a classificação do IMC. Apresentando um percentual de quase 90% de perda de peso grave na primeira consulta.

Tabela 4 – Classificação do IMC e da perda ponderal, contexto da primeira orientação para TNED e via para TNED na primeira consulta dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Características (n=50)	n (%)
Classificação do IMC	

Baixo peso/ desnutrição	27 (54,0)
Eutrofia	18 (36,0)
Excesso de peso	5 (10,0)
Classificação da perda ponderal em C1	
Não significativa	4 (9,3)
Significativa	2 (4,7)
Grave	37 (86,1)
Primeira orientação de TNED (n=50)	
Alta hospitalar	9 (18,0)
Ambulatório de Nutrição	29 (58,0)
Emergência	12 (24,0)
Via alternativa de nutrição (n=50)	
Cateter nasogástrico	19 (38,0)
Cateter nasoentérico	9 (18,0)
Gastrostomia	20 (40,0)
Jejunostomia	1 (2,0)
Esofagostomia	1 (2,0)

IMC, índice de massa corporal; TNED, terapia nutricional enteral domiciliar, C1, consulta 1; C2, consulta 2
 Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Destaca-se na tabela 5, que 66% (n=33) informaram medo ou receio em preparar a dieta enteral. A autonomia para o manejo da nutrição enteral foi restrita, uma vez que menos de 40% referiram conseguir preparar, infundir ou hidratar-se por via enteral de forma independente, sendo observado que 30% apresentavam alguma redução de mobilidade física. Nos casos em que havia acompanhante, observou-se que a maioria assumiria os cuidados relacionados à TNE (60%, n=24), mesmo com uma parcela de 25% (n=10) de acompanhantes idosos. A alfabetização foi quase universal entre eles. Vale destacar que quase 60% dos pacientes apresentavam resistência/recusa em utilizar a dieta enteral no início da terapia.

Tabela 5– Conhecimentos prévios, expectativas e rede de apoio relatados na consulta 1 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Pergunta realizada	Respostas “sim”, n (%)
Já ouviu menção anterior à sonda? (n=46)	19 (41,3)
Tem medo ou receio de preparar a dieta enteral? (n=50)	33 (66,0)
Apresenta alguma redução de mobilidade? (n=50)	15 (30,0)
Consegue preparar a dieta enteral sozinho? (n=50)	19 (38,0)
Consegue infundir a dieta enteral sozinho? (n=50)	18 (36,0)
Consegue se hidratar por via enteral sozinho? (n=50)	17 (34,0)
Acompanhante vai realizar os cuidados relacionados à dieta enteral? (n=40)	24 (60,0)
Acompanhante é idoso? (n=40)	10 (25,0)
Acompanhante sabe ler? (n=37)	36 (97,3)
Apresenta resistência/recusa em relação à dieta enteral? (n=42)	24 (57,1)

Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

O tempo decorrido entre a consulta 1 (C1; n=50) e a consulta 2 (C2; n=38) foi de $52,7 \pm 27,7$ dias. A frequência de indivíduos que apresentaram perda ponderal foi extremamente elevada em C1, alcançando valores que ultrapassam os 90%. Em C2, apesar da redução significativa desse percentual em comparação com C1, a frequência de

indivíduos com perda ponderal manteve-se alta, com valor próximo aos 45%. No entanto, a média do percentual de peso perdido foi significativamente maior na C1 ($20,8 \pm 10,1\%$) frente à C2 ($7,4 \pm 4,4\%$), indicando uma maior gravidade da perda ponderal na primeira consulta e sugerindo possível evolução positiva dos tratamentos, incluindo a TNED, na deterioração do estado nutricional. Quando analisamos o número de pacientes com redução da massa muscular, verificamos que foi maior em C2 em comparação à C1 (C1 = 23, 46,0%; C2 = 21, 55,3%; $p=0,003$). Este resultado sugere que a preservação da massa muscular não acompanha a aparente evolução positiva do estado nutricional geral. A frequência de desnutrição energético proteica de acordo com os critérios do GLIM acompanha os dados de percentual de peso perdido, com menor frequência em C2 (C1 = 43, 86%; C2 = 29; 76,1%; $p=0,04$).

Ainda analisando a tabela 6, quando nos deparamos com adequação do VET e quantitativo de proteínas prescritos às necessidades nutricionais calculadas e prescritas via TNED, não houve variação significativa entre C1 e C2. Entretanto, quando avaliada a adequação das etapas efetivamente infundidas em relação às prescritas, foi observada média inferior à 80% em C1 e piora no quadro em C2, quando a média de adequação foi inferior a 50%. Tais resultados indicam consumo energético e proteico na TNED expressivamente inferior às necessidades, o que pode contribuir para a perda muscular observada e sugere que a evolução das reservas corporais totais (apresentadas pela perda ponderal) poderia ser ainda melhor caso a TNED fosse realizada de forma efetiva. Destaca-se ainda que 50% dos indivíduos que compareceram à C2 apresentaram ganho de peso no intervalo entre as consultas (dado não mostrado na tabela), mais uma vez indicando o impacto positivo da TNED associada aos outros tratamentos do câncer.

Tabela 6 – Comparação de perda ponderal, massa muscular reduzida, desnutrição e adequação do VET, proteína e etapas de nutrição enteral prescritas nas consultas 1 e 2 dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

Características	C1 (n=50)	C2 (n=38)	p
Frequência de perda ponderal, n (%)	43 (91,49)	17 (44,7)	0,320
Perda ponderal, média $\pm$ DP	$20,8 \pm 10,1$	$7,4 \pm 4,4$	<0,001
Frequência de massa muscular reduzida, n (%)	23 (46,0)	21 (55,3)	0,003
Frequência de desnutrição pelo GLIM, n (%)	43 (86,0)	29 (76,3)	0,040
Adequação do VET às necessidades, média $\pm$ DP	$104,1 \pm 11,9$	$99,7 \pm 17,2$	0,180
Adequação da proteína às necessidades, média $\pm$ DP	$104,3 \pm 14,5$	$98,0 \pm 22,3$	0,190
Adequação das etapas infundidas às prescritas, média $\pm$ DP	$79,2 \pm 27,5$	$46,7 \pm 39,8$	0,040

p, p-valor. DP, desvio padrão. GLIM, Consenso da Iniciativa de Liderança Global sobre Desnutrição; C1, consulta 1; C2, consulta 2. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

A tabela 7 traz os resultados da investigação de inconsistência na efetivação da TNED. Ou seja, investigação da conformidade de pontos críticos durante a realização da TNED por participantes e seus cuidadores em relação à orientação fornecida no ambulatório de Nutrição, de modo a entender a adesão a essas orientações. Na comparação entre C1 (n=42) e C2 (n=36), verificou-se um quadro de avanços e retrocessos no manejo da dieta enteral. A proporção de pessoas que retiraram todo o saldo de dieta enteral na farmácia do hospital passou de 35,7% em C1 para 77,8% em C2 ($p=0,008$), o que sugere maior adesão às orientações sobre retirada da dieta. Em contrapartida aqueles que relataram possuir saldo de dieta na farmácia (sobra) aumentaram de 30,6% para 69,4% ($p=0,005$), sugerindo que a administração da dieta não foi realizada adequadamente no domicílio, já que a quantidade disponível era insuficiente, consequentemente acarretando um déficit calórico e proteico ao longo do período.

Dentre as inconsistências relatadas no manejo domiciliar da dieta enteral, foi identificado aumento significativo e preocupante de práticas inadequadas de C1 para C2: o percentual de participantes que omitiu etapas da dieta enteral, associou alimentação oral por conta própria e substituiu etapa de dieta enteral por alimentação oral apresentou incremento significativo. Esses achados apontam uma redução da adesão às orientações nutricionais fornecidas. Eles revelam um aumento na utilização de alternativas não recomendadas para nutrição, com potencial impacto negativo sobre a segurança e a eficácia do tratamento nutricional, indicando desconhecimento quanto à importância e/ou dificuldades de entendimento e para executar a TNED adequadamente conforme prescrito e orientado. E esses fatores podem estar relacionados diretamente ao observado anteriormente relativo ao aumento do acúmulo de dieta enteral na farmácia e em casa.

Outras práticas como a adição de etapa de dieta enteral artesanal, substituição de dieta enteral industrializada por artesanal, infusão com seringa e dificuldades na higienização do material ocorreram em frequência menos expressiva, sem diferença significativa entre C1 e C2. Já a frequência de erros no processo de hidratação dos indivíduos, apesar de também não variar da C1 para a C2, se apresentou com números mais elevados.

Os resultados apresentados na tabela 7 podem estar relacionados a dificuldades de compreensão das orientações nutricionais, contribuindo para práticas inadequadas cuja ocorrência pode inclusive aumentar ao longo do tempo. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias educativas adicionais e de monitoramento que garantam não apenas a disponibilidade do insumo, mas também a correta utilização da terapia nutricional.

Tabela 7 – Inconsistências na efetivação da terapia nutricional enteral domiciliar em relação às orientações nutricionais fornecidas relatadas nas consultas 1 e 2 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.

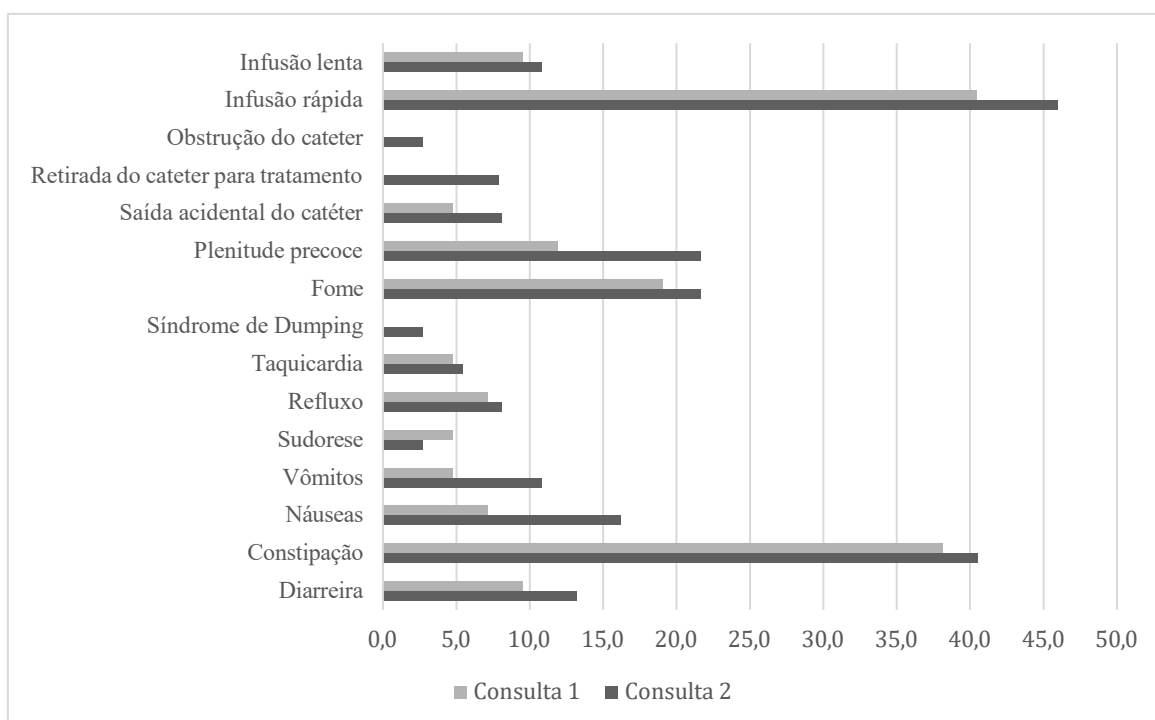
Pergunta realizada (amostra em C1; amostra em C2)	Respostas “sim”, n (%)		
	Consulta 1	Consulta 2	p
Retirou todo o saldo de dieta enteral na farmácia?	15 (35,7)	28 (77,8)	0,008
Sabia que deveria retirar o saldo de dieta enteral na farmácia?	14 (33,3)	10 (27,8)	0,290
Tem saldo na farmácia	11 (30,6)	25 (69,4)	0,005
Tem saldo de dieta enteral em casa?	12 (28,6)	23 (63,9)	0,080
Usou colher medida para medir o pó da dieta enteral?	17 (48,5)	10 (27,8)	0,540
Omitiu alguma etapa de dieta enteral?	18 (42,9)	27 (75,0)	0,004
Associou alimentação via oral por conta própria?	15 (35,7)	18 (50,0)	0,046
Substituiu etapa de dieta enteral por alimentação oral?	12 (28,6)	17 (47,2)	0,014
Adicionou etapa de dieta artesanal?	2 (4,8)	6 (16,7)	0,157
Substituiu etapa de dieta enteral fornecida por dieta artesanal?	1 (2,4)	3 (8,3)	0,317
Infundiu dieta com seringa?	7 (16,7)	6 (16,7)	0,414
Teve dificuldades na higienização do material?	5 (11,9)	3 (8,3)	1,000
Infundiu menos água para hidratação que orientado nos intervalos?	5 (11,9)	11 (30,6)	0,705
Administrou água para hidratação logo após a dieta enteral?	13 (31,0)	14 (38,9)	0,439

p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Na análise das possíveis complicações ocorridas durante a realização da TNED (Figura 1), aquelas com maior prevalência foram infusão rápida da dieta enteral e constipação intestinal, relatadas por mais de 40% dos indivíduos na primeira consulta. Plenitude precoce e sensação de fome também se destacaram, sendo referidas por mais de 20% da amostra. Outros achados incluíram a ocorrência de infusão lenta da dieta, refluxo, náuseas e diarreia em 5 a 10% dos avaliados. Algumas complicações não apareceram ou foram relatadas com frequência menor que 5% em C1: aquelas relacionadas ao cateter, síndrome de Dumping, taquicardia, sudorese e vômitos. A análise estatística demonstrou que as aparentes diferenças entre os relatos de complicações entre C1 e C2 não foram significativas.

Em síntese, os principais desafios encontrados (infusão rápida e constipação intestinal), podem estar relacionados à utilização de seringa para infusão e preparo de dietas com densidade inferior à adequada, baixa ingestão hídrica e redução da mobilidade, respectivamente. Ademais, sob o ponto de vista clínico, deve-se atenção a esses achados por serem potenciais fatores de impacto negativo na adesão e eficácia da TNED.

Figura 1 – Percentual de ocorrência de complicações durante a terapia nutricional enteral domiciliar relatadas nas consultas 1 e 2 pelos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.



Conforme resultados apresentados na tabela 8, quando analisada a chance de diversos fatores influenciarem a ocorrência de desnutrição energético proteica na consulta 1, nenhum deles apresentou associação estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a ocorrência de desnutrição energético proteica na consulta 1.

Potenciais fatores influenciando a ocorrência de desnutrição energético proteica na consulta 1	Odds ratio	IC	p
Retirou todo saldo de dieta enteral na farmácia	18,2	-6337 – 6373	0,996
Tem saldo de dieta enteral em casa	-0,29	-2,22 – 1,64	0,770
Usou colher medida para medir o pó da dieta enteral	1,11	-1,17 – 3,4	0,339
Omitiu alguma etapa de dieta enteral	-0,79	-2,69 – 1,12	0,417
Associou alimentação via oral por conta própria	-0,21	-2,12 – 1,70	0,831
Substituiu etapa de dieta enteral por alimentação oral	-0,59	-2,52 – 1,34	0,551
Substituiu etapa de dieta enteral fornecida por dieta artesanal	14,6	-4688 – 4718	0,995
Saída acidental do cateter	15,6	-5467 – 5499	0,996
Plenitude precoce	-2,02	-4,17 – 0,12	0,064
Vômitos	15,6	-5467 – 5499	0,996
Diarreia	16,7	-6375 – 6409	0,996
Tem medo ou receio de preparar a dieta enteral	1,12	0,83 – 1,35	0,177
Consegue infundir a dieta enteral sozinho	-1,02	-2,64 – 0,61	0,221
Consegue fazer a dieta enteral sozinho	-1,64	-3,40 – 0,12	0,067
Apresenta resistência/recusa em relação à dieta enteral	0,79	-1,12 – 2,70	0,417
Presença de comorbidades	-0,96	-3,17 – 1,26	0,398
Rede de apoio	0,80	-1,62 – 3,22	0,518
Tipo de câncer	-0,96	-3,17 – 1,26	0,398

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Na tabela 9, na análise dos potenciais fatores associados à chance de apresentar saldo de dieta enteral em casa, também não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis avaliadas e o desfecho.

Tabela 9 - Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a existência de saldo de dieta enteral em casa.

Potenciais fatores influenciando a existência de saldo de dieta enteral em casa	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,134	-1,33 – 1,60	0,858
Sexo	1,731	-0,475 – 3,94	0,124
Raça branca	-0,256	-1,65 – 1,13	0,718
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,550	-1,95 – 0,82	0,430
Escolaridade com ensino médio	0,492	-1,88 – 2,86	0,684
Situação previdenciária	-1,33	-0,91 – 3,57	0,243
Morar fora do município do Rio de Janeiro	0,229	-1,14 – 1,60	0,743
Presença de desnutrição energético proteica	-0,288	-2,22 – 1,64	0,770
Primeira orientação de TNED no ambulatório de Nutrição	1,045	-0,04 – 2,43	0,139
Rede de apoio disponível	0,0426	-2,46 – 2,54	0,973

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Não foi possível analisar a razão de chance para os desfechos “Retirou todo saldo de dieta enteral na farmácia?”, “Obstrução de cateter” e “Retirada de cateter” pelo número reduzido ou ausente de respostas “sim” a essas questões.

Para a tabela 10, quando investigada a associação entre diversos fatores e o uso da colher medida, a realização da primeira orientação de TNED no ambulatório de Nutrição foi o único que estatisticamente significativo, indicando que aqueles que receberam sua primeira orientação no ambulatório têm mais que o dobro da chance de não utilizar a colher medida que aqueles que receberam a orientação na alta hospitalar ou na emergência. Destaca-se que a orientação é que os indivíduos utilizem uma colher de sopa cheia e não a colher medida do produto para medir a quantidade correta de pó a ser utilizada para preparar a dieta. Os outros fatores não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Tabela 10 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a utilização de colher medida para medir o pó da dieta enteral.

Potenciais fatores influenciando a utilização de colher medida para medir o pó da dieta enteral	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,551	-0,92 – 1,94	0,484
Sexo	-0,208	-1,70 – 1,28	0,785
Raça branca	-0,591	-1,87 – 0,69	0,366
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,437	-1,68 – 0,81	0,492
Escolaridade com ensino médio	17,404	-3450 – 3485	0,992
Renda até 3 salários-mínimos	-0,0852	-1,36 – 1,19	0,896
Situação previdenciária	0,118	-1,76 – 1,52	0,888
Morar fora do município do Rio de Janeiro	0,956	-0,35 – 2,26	0,151

Acesso ao INCA por meios próprios	0,425	-1,83 – 0,98	0,552
Presença de desnutrição energético proteica	1,114	-1,17 – 3,40	0,339
Primeira orientação de TNED ser no ambulatório de Nutrição	2,123	0,70 – 3,54	0,003
Presença de comorbidades	0,787	-0,72 – 2,29	0,305
Rede de apoio disponível	16,221	-4687 – 4719	0,995

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Quanto à omissão de alguma etapa da dieta enteral (Tabela 11), dentre os fatores estudados, novamente apenas a primeira orientação de TNED no ambulatório a influenciou significativamente, aumentando em aproximadamente 1,4 vezes chance não de omitir alguma etapa da dieta enteral.

Tabela 11 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a omissão de alguma etapa de dieta enteral.

Potenciais fatores influenciando a omissão de alguma etapa de dieta enteral	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,916	-0,54 – 2,37	0,217
Sexo	-0,0822	-1,57 – 1,40	0,914
Raça branca	0,0493	-1,20 – 1,29	0,938
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,223	-1,45 – 1,00	0,721
Escolaridade com ensino médio	1,224	-1,06 – 3,51	0,294
Renda até 3 salários-mínimos	0,511	-0,78 – 1,80	0,438
Situação previdenciária	-1,71	-1,64 – 1,64	1,00
Morar fora do município do Rio de Janeiro	1,123	-0,19 – 2,43	0,092
Acesso ao INCA por meios próprios	0,0682	-1,42 – 1,29	0,921
Presença de desnutrição energético proteica	-0,788	-3,81 – 0,68	0,417
Primeira orientação de TNED no ambulatório de Nutrição	1,386	0,21 – 3,23	0,036
Presença de comorbidades	-0,143	-2,41 – 0,96	0,839
Rede de apoio disponível	16,321	-4687,2 – 4718,8	0,995

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

A análise da tabela 12 demonstrou que ser da raça branca aumentou significativamente a chance de associar alimentação oral em desacordo com a orientação nutricional em 1,609 vezes. Mais uma vez, os demais potenciais preditores não se confirmaram como estatisticamente relevantes para o desfecho.

Tabela 12 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a associação de alimentação oral por conta própria.

Potenciais fatores influenciando a associação de alimentação oral por conta própria	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,241	-1,14 – 2,98	0,746
Sexo	0,822	-1,83 – 3,34	0,349
Raça branca	1,609	2,49 – 3,95	0,025
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,059	-0,64 – 3,66	0,927
Escolaridade com ensino médio	17,183	-4849,1 – 4887,5	0,992
Renda até 3 salários-mínimos	-0,182	-3,86 – 0,21	0,787

Situação previdenciária	0,363	-1,98 – 1,61	0,667
Morar fora do município do Rio de Janeiro	-0,241	-1,88 – 0,99	0,710
Acesso ao INCA por meios próprios	0,693	-2,28 – 0,80	0,364
Presença de desnutrição energético proteica	-0,208	-2,81 – 1,54	0,831
Primeira orientação de TNE no ambulatório de Nutrição	0,357	-1,00 – 1,71	0,581
Presença de comorbidades	-0,038	-1,70 – 1,448	0,958
Rede de apoio disponível	16,016	-4868,7 – 4719,3	0,995

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Os resultados apresentados nas tabelas 13 e 14 indicaram que nenhum dos fatores avaliados apresentou associação estatisticamente significativa com a substituição da dieta enteral pela alimentação oral e de dieta enteral industrializada por artesanal.

Tabela 13 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a substituição de etapa de dieta enteral por alimentação oral.

Potenciais fatores influenciando a substituição de etapa de dieta enteral por alimentação oral	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,091	-1,27 – 2,47	0,909
Sexo	1,386	-1,11 – 4,19	0,217
Raça branca	0,965	-0,97 – 2,23	0,186
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,336	-0,99 – 2,91	0,626
Escolaridade com ensino médio	16,832	-5315,1 – 5351,5	0,992
Renda até 3 salários-mínimos	0,405	-2,54 – 1,19	0,574
Situação previdenciária	7,250	-2,01 – 2,06	1,000
Morar fora do município do Rio de Janeiro	0,560	-1,10 – 2,12	0,433
Acesso ao INCA por meios próprios	0,251	-2,01 – 1,35	0,746
Presença de desnutrição energético proteica	-0,588	-3,44 – 1,48	0,551
Primeira orientação de TNED no ambulatório de Nutrição	1,099	-0,21 – 2,94	0,125
Presença de comorbidades	-0,496	-2,84 – 0,71	0,508
Rede de apoio disponível	15,684	-4687,6 – 4718,4	0,995

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Tabela 14 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a substituição de etapa de dieta enteral industrializada por artesanal.

Potenciais fatores influenciando a substituição de etapa de dieta enteral industrializada por artesanal	Odds ratio	IC	P
Faixa etária	19,37	-264193 – 264287	0,997
Sexo	17,10	-571738 – 571742	0,998
Raça branca	-17,5	-652102 – 652189	0,997
Estado civil solteiro ou viúvo	-17,5	-551473 – 551477	0,996
Escolaridade com ensino médio	15,98	-1,02e+6 – 1,02e+6	0,997
Renda até 3 salários-mínimos	-18,9	-262432 – 262339	0,997
Situação previdenciária	-16,0	-284614 – 284615	0,997
Morar fora do município do Rio de Janeiro	17,43	-575063 – 575152	0,997
Acesso ao INCA por meios próprios	-19,2	-226671 – 226672	0,997
Presença de desnutrição energético proteica	15,98	-615462 – 615453	0,997
Primeira orientação de TNED no ambulatório de Nutrição	18,62	-386915 – 386918	0,998
Presença de comorbidades	17,16	-607650 – 607655	0,997
Rede de apoio disponível	13,88	-811609 – 811515	0,997

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Conforme demonstrado na tabla 15, entre os fatores avaliados, apenas a residência fora do município do Rio de Janeiro mostrou associação significativa (OR=1,339; p=0,042), indicando maior chance de resistência/recusa nesse grupo, em comparação aos residentes da capital. Os resultados podem indicar necessidade de estratégias para melhorar a adesão à dieta enteral considerando principalmente aspectos logísticos e de acesso aos serviços de saúde, além do reforço de redes de apoio, enquanto características sociodemográficas e clínicas individuais podem ter impacto menos relevante.

Tabela 15 – Razão de chance de diferentes fatores influenciarem a existência de resistência/recusa em relação à dieta enteral.

Potenciais fatores influenciando a existência de resistência/recusa em relação à dieta enteral	Odds ratio	IC	p
Faixa etária	0,154	-1,97 – 3,08	0,834
Sexo	0,654	-0,76 – 4,38	0,389
Raça branca/não branca	-0,262	-1,44 – 2,11	0,678
Estado civil solteiro ou viúvo	-0,167	-1,18 – 3,20	0,789
Escolaridade com ensino médio	0,788	-1,81 – 3,62	0,417
Renda até 3 salários-mínimos	0,085	-3,39 – 0,73	0,896
Situação previdenciária	-1,18	-2,24 – 2,18	1,00
Morar fora do município do Rio de Janeiro	1,339	0,16 – 4860	0,042
Acesso ao INCA por meios próprios	0,405	-1,93 – 1574	0,555
Presença de desnutrição energético proteica	0,788	-1,32 – 5178	0,417
Primeira orientação de TNE no ambulatório de Nutrição	0,619	-2,36 – 1673	0,329
Presença de comorbidades	0,642	-1,57 – 2522	0,365
Rede de apoio disponível	16,911	-4686,8 – 2399,5	0,994

IC, intervalo de confiança; p, p-valor. Fonte: Dados da pesquisa da autora 2023-2024.

Segundo a distribuição dos participantes de acordo com os níveis de risco de INSAN quando aplicada a TRIA, observamos na figura 2, que 54,35% das famílias estavam em situação de risco de insegurança. Pela análise estatística, esses percentuais não foram diferentes entre si (p=0,138), indicando que as frequências de ausência de risco, risco leve e risco moderado a grave foram semelhantes.

O 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN), realizado em 2022, evidenciou que a INSAN permanece como um problema estrutural no país. Segundo o levantamento, apenas quatro em cada dez famílias brasileiras possuem acesso pleno e regular à alimentação, enquanto 58,7% da população convive com algum grau de INSAN (REDE PENSSAN, 2022). No âmbito regional, o estudo apontou que, o estado do Rio de Janeiro apresentava a maior vulnerabilidade da região Sudeste com 57,2% das famílias enfrentando INSAN, das quais 15,9% em situação de risco grave (Rede PENSSAN, 2022). Esses resultados revelam que a

INSAN no estado é um fenômeno persistente e de caráter estrutural, afetando de forma significativa tanto áreas urbanas quanto periféricas.

De modo mais recente, o Indicador de Risco de Insegurança Alimentar Grave Municipal a partir de dados de famílias no Cadastro Único (CadINSAN), relatório publicado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) em 2025, mostrou que das 20,8 milhões com cadastro atualizado, cerca de 2,66 milhões (12,8 %) estavam em risco de INSAN grave (Brasil, 2025). Esse indicador, ainda que distinto da escala EBIA utilizada no II VIGISAN, oferece um retrato da vulnerabilidade estrutural à fome em famílias de baixa renda. O mesmo relatório destacou que, em um cenário sem benefícios sociais, a proporção de famílias em risco subiria de 12,8 % para 30,5 % (Brasil, 2025).

No caso do Estado do Rio de Janeiro, dados do IBGE (2024) apontaram que houve redução de cerca de 55 % da população em situação de INSAN entre 2022 e 2023, passando de aproximadamente 2,7 milhões para 1,2 milhão de pessoas (IBGE, 2024). Embora represente um avanço, o contingente ainda é expressivo e demonstra que a vulnerabilidade alimentar persiste mesmo em um cenário de recuperação socioeconômica parcial.

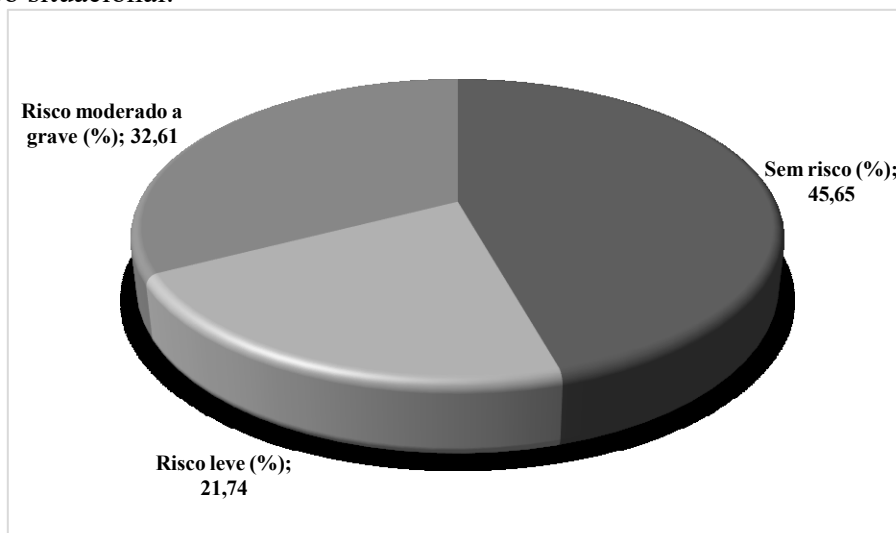
No âmbito municipal, o I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro (2023-2024) indicou que 32,9 % dos lares cariocas apresentavam algum grau de INSAN: 16,9 % leve e 16 % moderada a grave, sendo 7,9 % grave (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2024). Considerando que 54 % dos participantes do presente estudo residem fora do município, mas dentro do Estado do Rio de Janeiro, torna-se mais apropriado utilizar o panorama estadual como principal referência comparativa.

Em contraste metodológico, o presente estudo não avaliou a experiência de insegurança alimentar diretamente pela EBIA, mas sim pela TRIA. Essa distinção é central: enquanto a EBIA mensura a vivência efetiva da privação alimentar, a TRIA avalia o potencial ou risco de ocorrência dessa condição. Mesmo assim, ao relacionar os resultados do presente estudo com os dados regionais e nacionais, verifica-se uma frequência elevada de risco de INSAN, especialmente entre famílias residentes em áreas de maior vulnerabilidade social no Estado do Rio de Janeiro. Como mencionado, os dados do CadINSAN reforçam esse quadro, evidenciando que embora o método e a métrica sejam distintos, ambos os indicadores (TRIA e CadINSAN) convergem em apontar para a persistência da INSAN e de seu risco no território fluminense.

A análise conjunta dos achados deste estudo e dos inquéritos nacionais e locais sobre INSAN permitem compreender que, mesmo diante de avanços pontuais, a INSAN e seu

risco continuam presentes em níveis elevados no Estado do Rio de Janeiro, refletindo a complexidade social e econômica que sustenta essa vulnerabilidade estrutural.

Figura 2 – Risco de insegurança alimentar dos participantes do estudo observacional para diagnóstico situacional.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a legislação com diretrizes para Atenção Domiciliar (como a Portaria nº 825/2016; Brasil, 2016) e as normativas da ANVISA (a exemplo da RDC nº 63/2000 e da RDC nº 63/2011; Brasil, 2000; Brasil, 2011) determinem que o fornecimento das fórmulas enterais e dos insumos necessários à TNED seja responsabilidade do poder público municipal, observa-se que essa garantia não se efetiva de forma homogênea no país. No cenário analisado, a instituição estudada assume diretamente esse fornecimento, assegurando a continuidade da terapia. Essa atuação evidencia um compromisso institucional com a integralidade do cuidado, incluindo o suporte nutricional especializado, elemento reconhecido como fundamental para a segurança do paciente e para a manutenção do estado nutricional adequado. Ao suprir lacunas deixadas pelo município, a instituição contribui significativamente para a efetivação do DHAA, fortalecendo o cuidado domiciliar e garantindo condições para o manejo seguro e qualificado da TNED.

Além do presente relatório, os principais resultados alcançados foram organizados e apresentados em três documentos/produtos: produto científico, na forma de artigo científico destinado à submissão na revista *Texto e Contexto Enfermagem*; dissertação de mestrado da

primeira autora deste relatório com o título “*Construção e Validação de Conteúdo de Vídeos Educativos para Orientação de Pessoas com Câncer em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar*”, defendida e aprovada em 29 de outubro de 2025 no Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); e três vídeos educativos para pessoas com câncer do TGI em TNED atendidas no INCA ampliando o impacto da pesquisa e sua aplicabilidade prática.

Resultados parciais do estudo que originou este relatório foram apresentados na Jornada de Pós-Graduação da UNIRIO da Semana de Integração Acadêmica da UNIRIO de 2024, por meio da apresentação oral do trabalho “*Adesão à Terapia Nutricional Enteral Ambulatorial em Indivíduos com Câncer*”. Dados preliminares do presente estudo ilustraram aulas ministradas pela principal autora do relatório para graduandos de Nutrição da UNIRIO. A pesquisa contou com a inserção da aluna de iniciação científica voluntária Luiza Oliveira de Borobia Rangel em atividades de organização e tabulação dos dados coletados.

CONCLUSÕES

Dentre as pessoas com câncer do TGI e de CP em TNED atendidas no ambulatório de Nutrição do HCI/INCA verificou-se elevada frequência de desnutrição energético proteica e quase metade da amostra seguiu perdendo peso corporal na segunda consulta de Nutrição. Ademais, mais da metade da amostra encontrava-se em risco de INSAN indicando risco no acesso à alimentação em quantidade e/ou qualidade adequadas.

O diagnóstico situacional confirmou problemas empiricamente já identificados pela nutricionista do ambulatório de Nutrição, revelando baixa adesão às orientações nutricionais fornecidas e sugerindo fatores relacionados a ela, como: baixa escolaridade, dificuldades de compreensão das orientações, insegurança no preparo da dieta, erro no uso dos utensílios, falhas na retirada de dieta enteral no hospital, dificuldades na hidratação, omissão ou substituição de etapas da dieta enteral, resistência ao tratamento e execução inadequada no domicílio. Tais resultados ocorreram mesmo após orientações nutricionais individualizadas verbais e escritas baseadas nas necessidades nutricionais de cada indivíduo, estimadas para manutenção ou recuperação do estado nutricional adequado; em um contexto no qual todo material e dieta enteral necessários para administração no domicílio são fornecidos pela instituição. Os resultados reforçaram a suspeita de demanda urgente por novos materiais educativos de apoio a essas orientações, como vídeos educativos voltados ao manejo da

TNED de pessoas com câncer que podem ser incorporados às rotinas institucionais de assistência nutricional a esse grupo.

Apesar de a legislação que regulamenta a Atenção Domiciliar como a Portaria nº 825/2016 (Brasil, 2016), juntamente com diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/2000 (Brasil, 2000), respalda a disponibilização dos insumos necessários à assistência, cabe ao serviço público de saúde garantir esse direito (Brasil, 2000; Brasil, 2016). O fornecimento dos insumos necessários à administração das dietas (seringas, frascos, equipos) também está garantido por dispositivos normativos. A RDC nº 63/2011 da ANVISA (Brasil, 2011) estabelece que é dever das instituições de saúde assegurarem as boas práticas de funcionamento na dispensação desses insumos, o que inclui o cuidado com a nutrição enteral, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar (Brasil, 2011), entretanto, verifica-se que essa garantia não se concretiza de forma homogênea no território nacional.

No cenário investigado, no contexto do SUS, observa-se que a instituição analisada assume efetivamente esse fornecimento, assegurando a continuidade do cuidado nutricional. Essa atuação evidencia um compromisso institucional com a integralidade da assistência, contemplando o suporte nutricional especializado, elemento essencial para a segurança do cuidado e para a proteção do estado nutricional de indivíduos com câncer, considerados em condição de vulnerabilidade nutricional e clínica, ao utilizarem-se de via alternativa de nutrição (Brasil, 2006; Jansen *et al.*, 2014). Ao assegurar esse suporte, a instituição contribui diretamente para a realização do DHAA (Brasil, 2010), fortalecendo a rede de cuidados e garantindo condições para o manejo seguro e qualificado da TNED.

Os resultados deste estudo evidenciam que pessoas com câncer e seus cuidadores enfrentam diversas dificuldades durante a execução da TNED. Além das limitações práticas e estruturais, emergem aspectos emocionais e sociais que influenciam diretamente no manejo seguro da TNED. O desconhecimento acerca do processo, barreiras logísticas, medo de cometer erros e deficiências nas orientações oferecidas podem contribuir para sentimento de insegurança, o que pode resultar em condutas inadequadas, conforme previamente estabelecido na literatura (Libório; Fietz, 2016; Moreira; Galvão; Fortes, 2011). Esses achados ressaltam a complexidade da transição do ambiente hospitalar para o domicílio e a necessidade de suporte contínuo dos serviços de saúde (Jansen *et al.*, 2014; Meneses; Fortes, 2019). Tal transição ocorre em um momento em que o indivíduo com câncer em TNED e sua família frequentemente já estão emocionalmente fragilizados pelo diagnóstico oncológico e por seu impacto na rotina, nas relações sociais e nas responsabilidades domésticas. Assim, o enfrentamento da TNED não se limita a um desafio técnico: envolve

medo do desconhecido, receio de agravar o quadro clínico e a pressão de assumir procedimentos antes realizados por profissionais. Os resultados encontrados indicam que as múltiplas responsabilidades decorrentes dos cuidados para TNED, somadas às demandas do tratamento oncológico, intensificam a percepção de sobrecarga. Situações como a presença de um acompanhante nas orientações que não é, de fato, o responsável pela execução da terapia em casa revelam lacunas no processo educativo e dificultam a continuidade segura do cuidado. O repasse incompleto ou inadequado das informações, aliado à interpretação pessoal do cuidador, que por vezes acredita dominar uma forma “melhor” de realizar o procedimento, ou a busca por informações não precisas e seguras, evidenciam o quanto a inexperiência, a ansiedade e a pressão social para “dar conta” do cuidado podem interferir nas práticas domiciliares. Dessa forma, observa-se que a insegurança não decorre apenas da falta de conhecimento técnico, mas também das vivências, medos e limitações das pessoas envolvidas no processo, dentro do contexto emocional e social do paciente e seu cuidador, que influencia a forma como as orientações são recebidas, compreendidas e aplicadas.

Considerando que tais obstáculos podem comprometer ainda mais o estado nutricional, a adesão à terapia e a resposta ao tratamento oncológico, agravados pelo risco de INSAN nos domicílios, fica evidenciada a necessidade de estratégias complementares de educação alimentar e nutricional com objetivo de ampliar a compreensão de pacientes e cuidadores sobre a TNED. Assim, é possível promover a adesão, o uso correto e seguro da TNE e reduzir as falhas na execução da terapia.

Os resultados obtidos por meio de um estudo científico confirmaram demanda empiricamente identificada, possibilitando a comprovação e resolução de um problema real no ambiente de trabalho. Além disso, a divulgação dos resultados em eventos acadêmicos e a formação de novos pesquisadores, por meio da participação de alunos de iniciação científica, reforçam a relevância da pesquisa para a área da nutrição oncológica e para o avanço do conhecimento em educação em saúde.

A investigação motivou a construção e validação de materiais educativos inovadores, com potencial para ampliar a adesão à TNED em pessoas com câncer. Assim, o desenvolvimento dos vídeos educativos constitui não apenas um produto deste estudo, mas também uma ferramenta promissora para transformar a prática do cuidado nutricional domiciliar, ampliando o alcance das orientações profissionais e fortalecendo a continuidade do tratamento.

Fica apontada a necessidade de avaliação do impacto da utilização dos vídeos na adesão às orientações nutricionais de pessoas com câncer em TNED, na forma de novos

estudos científicos futuros. Em ações futuras sugere-se integrar esses recursos audiovisuais às práticas assistenciais, consolidando-as como ferramentas complementares ao acompanhamento nutricional. Além disso, sugere-se o desenvolvimento de estratégias de capacitação contínua para cuidadores e familiares, visando fortalecer um cuidado domiciliar seguro, efetivo e humanizado.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Gabriela et al. **Elaboration and validation of a multiprofessional educational booklet for caregivers of patients in home enteral nutrition therapy.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 30, 2021.

ALMEIDA, Jordana Moreira de et al. **Produção e validação de roteiro de vídeo educativo para manejo de dieta enteral domiciliar.** 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / organizadora:** Marcia Samia Pinheiro Fidelix. – São Paulo: 2014.

BARBOSA-SILVA, Thiago G. et al. **Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study.** *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, v. 7, n. 2, p. 136-143, 2016.

BLACKBURN, George et al. **Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient.** *JPEN – Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 191, p. 11-22, 1977.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BORTOLETTO, Michelle Martins et al. **Perfil sociodemográfico e nutricional de pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 2, p. 141-147, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, Dispõe sobre os **Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União, Poder executivo. Brasília – DF- 2011 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 16 dez 2022.

BRASIL. Decreto n.º 11.864, de 27 de dezembro de 2023. Dispõe sobre o valor do salário mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2024. Diário Oficial da União: Seção 1, Extra D, 27 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. "Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica [Internet]." (2015).

BLACKBURN, George *et al.* Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. 1977. **JPEN J Parenter Enteral Nutr.** [s.l.], v. 191, p.: 11-22, 1977.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade.** [s.l.], v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde, Resolução da Diretoria Colegiada nº 63. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 06 de jul. 2000.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** Brasília: Ministério da Saúde; maio 2014. 41 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em 26 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica. / Instituto Nacional de Câncer.** – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 126 p. ISBN 978-85-7318-154-8. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_nacional_nutricao_oncologico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_humano_alimentacao_seguranca.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Nota técnica nº 16/2013: Educação Popular em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp->

[content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf](#). Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRITO, Laís Ferraz et al. **Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 2, p. 163-171, 2012.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012/2015**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, CAISAN, 2011.

CAMPOS, Débora Câmara de; SILVA, Liliane Faria da; REIS, Adriana Teixeira; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; AGUIAR, Rosane Cordeiro Burla de. **Elaboração e validação de vídeo educativo para prevenção de queda em criança hospitalizada**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 30, e20190238, 2021. DOI: [10.1590/1980-265X-TCE-2019-0238](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0238).

CEDERHOLM, Tommy et al. **GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community**. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, v. 10, n. 1, p. 207-217, 2019.

CHANG, S.C.; HUANG, C.Y.; LIN, C.H.; TU, S.L.; CHAO, M.S.; CHEN, M.H. **The effects of systematic interventions about nasogastric tube feeding on caregivers' educational knowledge and skills and the incidence of feeding complications**. *J Clin Nurs.*, 2015;24(11-12):1567-75.

CUNHA, F. F. da et al. **Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica**. *Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 840-847, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5579/pdf_1. Acesso em: 08 nov. 2022.

CUTCHMA, Gislaine et al. **Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar**. *Nutr Clín Diet Hosp*, v. 36, n. 2, p. 45-54, 2016.

DA SILVA COUTO, Andresa et al. **Predictive validity of GLIM malnutrition diagnosis in patients with colorectal cancer.** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 47, n. 3, p. 420-428, 2023.

FERREIRA, Marcia de Sousa; CARVALHO, Luiza Marly de Freitas; BEZERRA, Keila Cristiane Batista. Boas práticas na elaboração de dietas enterais em ambiente hospitalar: uma revisão. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 11, p. e71891110293-e71891110293, 2020. e71891110293-e71891110293, 2020.

DUARTE, Vilmar Nogueira; PIFFER, Moacir. **Caracterização do método Delphi: aspectos teóricos e metodológicos.** *Anais do Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional*, v. 2, n. 1, 2021.

EVERLING, Marli T.; MONT'ALVÃO, Claudia R. **Técnica Delphi, análise de conteúdo e recursos de visualização como tecnologias de obtenção do consenso em dinâmicas de design participativo.** *Revista Design & Tecnologia*, Porto Alegre, v. 9, n. 19, p. 18-28, 2019. DOI: 10.23972/det2019iss19pp18-28.

FLEMING, Susan E.; REYNOLDS, Jerry; WALLACE, Barb. **Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video.** *Nurse Educator*, v. 34, n. 3, p. 118-121, 2009.

GALINDO-NETO, Nelson Miguel; *et al.* **Construção e validação de vídeo educativo para surdos acerca da ressuscitação cardiopulmonar.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3130, 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.2765.3130](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2765.3130).

GARCÍA VALDÉS, Margarita; SUÁREZ MARÍN, Mario. **El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica.** *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 39, p. 253-267, 2013.

GORDON, L. Jensen; CEDERHOLM, Tommy; CORREIA, M. Isabel T.D.; GONZALEZ, M. Christina; FUKUSHIMA, Ryoji; HIGASHIGUCHI, Takashi et al. **GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community.** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 43, n. 1, p. 32–40, Jan. 2019.

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

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2023–2024: Insegurança Alimentar.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JANSEN, Ann Kristine et al. **Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar – promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais.** *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, v. 9, p. 233-247, 2014.

LIBÓRIO, Érika Leite; FIETZ, Vivian Rahmeier. **Vivências dos cuidadores em relação à terapia nutricional enteral domiciliar.** *Revista Labore em Ensino de Ciências*, v. 1, 2016.

MACHADO, Nathalia Soares et al. **Alterações no estado nutricional segundo IMC e perda de peso, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em uso de terapia nutricional enteral, em ambulatório de oncologia clínica em São Paulo.** *BRASPEN Journal*, v. 35, n. 1, p. 20-25, 2023.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. **Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação.** *Pro-posições*, v. 29, p. 389-415, 2018.

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

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS). **Relatório CadINSAN – Indicador de Risco de Insegurança Alimentar Grave Municipal a partir dos dados do CadÚnico.** Brasília: MDS, 2025.

MOREIRA, Silvia da Penha de Lima; GALVÃO, Nathália Raquel Lopes; FORTES, Renata Costa. **Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica.** *Comun. ciênc. saúde*, p. 309-318, 2011.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: Informe Preliminar.** 2002.

PEIXOTO, L. G. et al. **Calf circumference is associated with muscle mass of hospitalized individual.** *Rev Bras Nutri Clin*, v. 31, n. 2, p. 167-71, 2016.

PERIÇARI, Hellen da Silva. **Orientação de alta hospitalar com terapia nutricional enteral: comparação entre dois métodos.** Relatório final de Iniciação Científica. Curso de Nutrição. Centro Universitário do Sagrado Coração, 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **I Inquérito sobre a Insegurança Alimentar no Município do Rio de Janeiro (2023–2024).** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2024.

PORTO, Janete Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 29, 2020

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (REDE PENSSAN). **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN. Relatório final.** São Paulo: Fundação Friedrich Ebert/Rede PENSSAN, 2022.

RODRIGUES JUNIOR, Jânio Cavalcanti et al. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, p. e06760015, 2017.

RODRIGUES, Vitória Eduarda Silva et al. **Construção e validação de gerontecnologias cuidativo-educacionais: revisão integrativa.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, p. e210144, 2022.

ROSA, Bruna Vanessa Costa da et al. **Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa audiovisual para famílias e pessoas com colostomia por câncer.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, p. e20180053, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0053. Acesso em: 22 dez. 2024.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. **Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem.** *Rev Rene*, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SEVERO, M. et al. **Material de apoio à educação em saúde – vídeo saúde em.** [online], v. 7, número especial IV – 27º Encontro da Rede UNA-SUS.

7.2 PRODUTO ACADÊMICO: ARTIGO CIENTÍFICO

Os resultados do presente estudo foram organizados num artigo científico intitulado “*Construção e Validação de Vídeos Educativos para Pessoas com Câncer em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar*” com a descrição do processo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo dos vídeos educativos. O manuscrito, submetido à revista Texto & Contexto Enfermagem (normas no Anexo 4), destaca as principais etapas do desenvolvimento dos vídeos, os critérios adotados na validação, incluindo as contribuições dos juízes especialistas e as decisões da equipe de pesquisa e os resultados alcançados (detalhadas no Anexo 2). Sua publicação poderá contribuir para a educação em saúde de pacientes em tratamento oncológico que utilizam terapia nutricional enteral domiciliar.

7.3 PRODUTO TÉCNICO: VÍDEOS EDUCATIVOS

O presente estudo resultou em produto técnico na forma de três vídeos educativos que serão disponibilizados em canais a serem estabelecidos pela instituição para a qual foram desenvolvidos, facilitando o acesso de pacientes, familiares e cuidadores ao material produzido. Ademais, os vídeos serão disponibilizados no site do PPGSAN e na plataforma Educapes (Quadro 1).

Quadro 1 – Links para acesso aos vídeos educativos produzidos para orientação de pessoas com câncer em TNED.

Título do vídeo educativo	Link para acesso
Vídeo 1 – Preparo da dieta	https://youtu.be/ceBeU7N8aF8
Vídeo 2 – Infusão da dieta	https://youtu.be/8CPxfkZimjw
Vídeo 3 – Hidratação	https://youtu.be/lPxbhLssbF0

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo resultou em produtos técnicos (um relatório técnico e três vídeos educativos) e acadêmicos (dissertação de mestrado e artigo científico) com potencial para promover melhorias no acesso e adesão de pessoas com câncer à TNED, assim como para contribuir para a atuação de profissionais de saúde envolvidos no cuidado de indivíduos em TNED. Assim, ele poderá contribuir indiretamente para resposta ao tratamento, evolução clínica e nutricional destas pessoas.

9 REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

AFONSO, Maria Gabriela et al. **Elaboration and validation of a multiprofessional educational booklet for caregivers of patients in home enteral nutrition therapy.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 30, 2021.

ALMEIDA, Jordana Moreira de et al. **Produção e validação de roteiro de vídeo educativo para manejo de dieta enteral domiciliar.** 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / organizadora:** Marcia Samia Pinheiro Fidelix. – São Paulo: 2014.

BARBOSA-SILVA, Thiago G. et al. **Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study.** *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, v. 7, n. 2, p. 136-143, 2016.

BISCHOFF, S. C. et al. **ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition.** *Clinical Nutrition*, v. 41, n. 6, p. 1357–1372, 2022.

BLACKBURN, George et al. **Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient.** *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 191, p. 11-22, 1977.

BORTOLETTO, Michelle Martins et al. **Perfil sociodemográfico e nutricional de pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 2, p. 141-147, 2018.

BOSSI, P. et al. **Malnutrition management in oncology: An expert view on the impact of malnutrition on outcomes.** *Annals of Oncology*, v. 33, n. 2, p. 142–155, 2022.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 16 dez. 2022.

BRASIL. **Decreto n.º 11.864, de 27 de dezembro de 2023.** Dispõe sobre o valor do salário mínimo. *Diário Oficial da União*, 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_humano_alimentacao_seguranca.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS**. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. **Nota técnica nº 16/2013: Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: modelo de atenção integral**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 63**. Brasília: Diário Oficial da União, 06 jul. 2000.

BRITO, Laís Ferraz et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 163-171, 2012.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2012/2015**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2011.

CAMPOS, Débora Câmara de; SILVA, Liliane Faria da; REIS, Adriana Teixeira; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; AGUIAR, Rosane Cordeiro Burla de. **Elaboração e validação de vídeo educativo para prevenção de queda em criança hospitalizada.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 30, e20190238, 2021. DOI: [10.1590/1980-265X-TCE-2019-0238](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0238).

CEDERHOLM, Tommy et al. **GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition.** *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, v. 10, n. 1, p. 207-217, 2019.

CHANG, S. C. et al. **The effects of systematic interventions about nasogastric tube feeding on caregivers' educational knowledge and skills and the incidence of feeding complications.** *Journal of Clinical Nursing*, v. 24, p. 1567-1575, 2015.

CUNHA, F. F. da et al. **Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica.** *Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n. 3, p. 840-847, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5579/pdf_1. Acesso em: 08 nov. 2022.

CUTCHMA, Gislaine et al. **Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar.** *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, v. 36, n. 2, p. 45-54, 2016.

DA SILVA COUTO, Andresa et al. **Predictive validity of GLIM malnutrition diagnosis in patients with colorectal cancer.** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 47, n. 3, p. 420-428, 2023.

DUARTE, Vilmar Nogueira; PIFFER, Moacir. **Caracterização do método Delphi: aspectos teóricos e metodológicos.** *Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional*, v. 2, n. 1, 2021.

EVERLING, Marli T.; MONT'ALVÃO, Claudia R. **Técnica Delphi, análise de conteúdo e recursos de visualização como tecnologias de obtenção do consenso em dinâmicas de design participativo.** *Revista Design & Tecnologia*, v. 9, n. 19, p. 18-28, 2019. DOI: [10.23972/det2019iss19pp18-28](https://doi.org/10.23972/det2019iss19pp18-28).

FERREIRA, Marcia de Sousa; CARVALHO, Luiza Marly de Freitas; BEZERRA, Keila Cristiane Batista. **Boas práticas na elaboração de dietas enterais em ambiente hospitalar: uma revisão.** *Research, Society and Development*, v. 9, n. 11, 2020.

FLEMING, Susan E.; REYNOLDS, Jerry; WALLACE, Barb. **Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video.** *Nurse Educator*, v. 34, n. 3, p. 118-121, 2009.

GALINDO-NETO, Nelson Miguel et al. **Construção e validação de vídeo educativo para surdos acerca da ressuscitação cardiopulmonar.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3130, 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.2765.3130](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2765.3130).

GARCÍA VALDÉS, Margarita; SUÁREZ MARÍN, Mario. **El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica.** *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 39, p. 253-267, 2013.

GORDON, L. Jensen et al. **GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report from the Global Clinical Nutrition Community.** *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 43, n. 1, p. 32–40, 2019.

GUILHERME, Larissa Gens et al. **Terapia nutricional em pacientes oncológicos: realidade de um hospital de referência em Pernambuco.** *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, v. 40, n. 1, p. 33-39, 2020.

HORIE, Lilian Mika et al. **Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer.** *BRASPEN Journal*, v. 34, supl. 1, p. 2-32, 2019. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/6606>. Acesso em: 1 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

JANSEN, Ann Kristine et al. **Terapia nutricional enteral domiciliar – promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais.** *Demetra*, v. 9, p. 233-247, 2014.

LIBÓRIO, Érika Leite; FIETZ, Vivian Rahmeier. **Vivências dos cuidadores em relação à terapia nutricional enteral domiciliar.** *Revista Labore em Ensino de Ciências*, v. 1, 2016.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. (Eds.). **The Delphi Method: Techniques and Applications.** Boston: Addison-Wesley, 2002.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. **Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação.** *Pro-Posições*, v. 29, p. 389-415, 2018.

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.** Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: Informe Preliminar.** 2002.

PARSONS, H. M. et al. **Nutrition as prevention for improved cancer health outcomes.** *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 73, n. 1, p. 3–25, 2023.

PEIXOTO, L. G. et al. **Calf circumference is associated with muscle mass of hospitalized individual.** *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 31, n. 2, p. 167-171, 2016.

PERIÇARI, Hellen da Silva. **Orientação de alta hospitalar com terapia nutricional enteral: comparação entre dois métodos.** Relatório de Iniciação Científica. Centro Universitário do Sagrado Coração, 2021.

PORTO, Janete Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 29, 2020.

RODRIGUES JUNIOR, Jânio Cavalcanti et al. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, e06760015, 2017.

RODRIGUES, Vitória Eduarda Silva et al. **Construção e validação de gerontecnologias cuidativo-educacionais: revisão integrativa.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, e210144, 2022.

ROSA, Bruna Vanessa Costa da et al. **Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa audiovisual para famílias e pessoas com colostomia por câncer.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20180053, 2019. DOI: [10.1590/1980-265X-TCE-2018-0053](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0053). Acesso em: 22 dez. 2024.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. **Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem.** *Rev Rene*, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SEVERO, M. et al. **Material de apoio à educação em saúde – vídeo saúde.** *UNA-SUS*, v. 7, número especial.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. **Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer e indicadores de qualidade em terapia nutricional.** São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.sbnpe.org.br/diretrizes> (acesso em: 01 nov. 2025).

WANDEN-BERGHE, C. et al. **Complications Associated with Enteral Nutrition: CAFANE Study.** *Nutrients*, v. 11, n. 9, p. 2041, 2019.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Paciente

Projeto de Pesquisa: Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral ambulatorial: Construção e validação de conteúdo de vídeo educativo.

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa porque está sendo atendido(a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DO ESTUDO

A presente proposta de estudo tem como objetivo de elaborar um vídeo educativo para a orientação da terapia nutricional enteral ambulatorial em um hospital oncológico federal. Para tal, um profissional nutricionista irá realizar consultas no ambulatório de nutrição, por meio de uma amostra de conveniência, onde irá abranger avaliação nutricional, identificação dos dados pessoais, história pregressa da doença, estadiamento, sintomas, e identificação das dificuldades do uso da terapia nutricional enteral em domicílio, definição de conduta e orientações nutricionais.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar desta proposta de estudo, você irá manter seus atendimentos no ambulatório de nutrição, onde serão registrados em sua consulta, dados pessoais, história pregressa da doença, sinais e sintomas da doença, avaliação nutricional, com perguntas relacionadas a perda de peso, alteração da ingestão alimentar, sintomas gastrintestinais, verificação dos dados antropométricos coletados, classificação do estado nutricional, realização do cálculo das necessidades nutricionais, orientação da terapia nutricional enteral ao

paciente e acompanhante quanto aos cuidados, preparo, infusão, hidratação, higiene, dispensação do suplemento nutricional, dispensação do kit para infusão da dieta enteral; que já estão inseridos na rotina do atendimento ambulatorial; e nesta consulta, estes dados serão coletadas e registradas em ficha específica, registrando as informações sobre a rotina da TNE no domicílio, incluindo as dificuldades encontradas ou não, nos cuidados, preparo, infusão, hidratação, higiene da dieta, sintomas, inseguranças e intercorrências na utilização da terapia nutricional enteral.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Se você concordar com o uso das suas informações e do material do modo descrito acima, são esperados os seguintes benefícios da participação no estudo: Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral ambulatorial: Construção e validação de conteúdo de vídeo educativo. A construção e a validação de um vídeo educativo sobre **uso terapia nutricional enteral ambulatorial** que poderá servir para orientar pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores podendo ser **acessado no momento que julgarem necessário, para consulta, obtendo apoio mais eficiente, criando mais segurança a estes. Gerando, portanto, mais uma ferramenta que será disponibilizada no atendimento ao paciente oncológico visando melhorar dessa forma a qualidade do atendimento a este paciente.** E com isso o serviço de saúde como um todo, pode se beneficiar com melhorias em busca do desenvolvimento de um serviço de qualidade.

RISCOS

O seu tratamento será exatamente o mesmo caso você participe ou não deste estudo. Toda pesquisa possui um risco e no caso de participar deste estudo você será submetido a um questionário, onde seu maior desconforto será o de apresentar algum tipo de sofrimento psíquico, moral, intelectual, social e cultural, no momento de preenchimento do questionário.

Como medidas minimizadoras para estes e outros eventuais riscos as consultas são realizadas no ambulatório de nutrição; local reservado onde busca-se garantir uma abordagem cuidadosa; assegurando, o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, MS. Além disso, a consulta poderá ser interrompida ou cancelada de acordo com a vontade do participante, sem quaisquer prejuízos à pesquisa e a si próprio.

CUSTOS

Você não será remunerado (a) por sua participação e você não terá nenhum custo com essa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar deste projeto de pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados

(ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e o estudo será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Neste caso, por favor, ligue para o **Nutricionista Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos, pesquisadora responsável** no telefone **(21) 3207-1758** de 8 a 16h ou pelo e-mail: adrianamvb1@gmail.com. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9 a 17h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e uso das informações contidas na avaliação nutricional. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste projeto.

____/____/____.

Nome e Assinatura do participante

Data

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial
(quando pertinente)

____/____/____.
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação deste estudo.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

____/____/____.
Data

APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS.

FICHA DE COLETA DE DADOS - PACIENTE - DADOS PESSOAIS

NOME: _____ ID: _____ NºID: _____

TELEFONE: _____ MATRÍCULA: _____ CPF: _____

TELEFONE: _____ IDADE: _____ ANOS _____ 1. ADULTO 2. IDOSO DATA MATRÍCULA INCA: _____

SEXO 1.() MASCULINO 2.() FEMININO	RAÇA AUTOREFERIDA _____ 1. PRETA 2. PARDA 3. BRANCA 4. AMARELA 5. INDIGENA
ESTADO CIVIL: _____ 1. SOLTEIRO 2. CASADO 3. DIVORCIADO 4. VIUVO 5. UNIÃO ESTÁVEL	COMORBIDADES 1.() SIM 2.() NÃO _____ 1. DM 2. HAS 3. NEFROPATIA 4. CARDIOPATIA (DCV) 5. HEPATOPATIA 6. DPOC 7. OUTROS QUAL: _____
RELIGIÃO _____ 1. CATÓLICO 2. EVANGÉLICO 3. ESPÍRITA 4. NÃO TEM 5. TESTE JEOVÁ 6. OUTRAS	HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER _____ 1.() SIM 2.() NÃO REDE DE APOIO _____ 1.() SIM 2.() NÃO
ASSINATURA TCLE: _____ ALTA PESQUISA: _____	ESCOLARIDADE EM ANOS _____ ESCOLARIDADE _____ 1.) Analfabeto 2.) Sabe Ler 3.) EF1 Incompleto(<5) 4.) EF1 Completo(5) 5.) EF2 Incompleto(<9) 6.) EF2 Completo(9) 7.) EM Incompleto(<12) 8.) EM Completo(12) 9.) Nível Sup. Incompleto 10.) Nível Sup. Completo 11.) Especialização 12.) Mestrado 13.) Doutorado

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR: _____ 1. TGI 2. CP CID: _____
1.() TGI _____ 1. ESOFAGO 2. EG 3. GÁSTRICO 3. HEPÁTICO 4. PÂNCREAS 5. COLON/RETO 6. _____ 7. _____
2.() CP _____ 1. LÍNGUA 2. CAV. ORAL 3. LARINGE 4. FARINGE 5. ESOFAGO 6. CERVICAL 7. _____ 8. _____

CLASSIFICAÇÃO DO TUMOR: _____ ESTADIAMENTO: _____
METÁSTASE 1.() SIM 2.() NÃO LOCAL METÁSTASE: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: _____ 1. A Definir/Estadiamento 2. Pré-OP 3. Pós-OP 4. Cirurgia 5. QTN EO 6. RXT NEO 7. QT+RXT NEO
8. QT ADJ 9. RXT ADJ 10. QT+RXT ADJ 11. Palietivo 12. Controle 13. QT 14. RXT 15. QT+RXT

ETILISMO: 1. SIM 2. NÃO 3. ATIVO _____ *PRÉVIO _____ *TEMPO CONSUMO: _____ *TIPO: _____ 1. DESTILADO 2. FEMENTADO 3. AMBOS
*QDE: _____ dose: cerveja = 330 ml, 1 lata, 1 copo ou 1 chopp; vinho = 100 ml ou 1 taça pequena; vodka, cachaça ou whisky = 30 ml ou 1 shot.
FREQUÊNCIA: _____ 1.) ≥ 4x/sem 2.) 3x/sem 3.) < 1 vez/sem *CESSAÇÃO: _____ TEVE AUXÍLIO: _____ TEMPO: _____

TABAGISMO: 1. SIM 2. NÃO 3. ATIVO _____ *PRÉVIO _____ *TEMPO CONSUMO: _____ *TIPO: _____ 1. CIGARRO 2. CIG. ELETRÔNICO 3. OUTROS: _____
*QDE: _____ FREQUÊNCIA: _____ 1.) DIÁRIA 2.) 3-5x/SEMANA 3.) < 1 vez/semana **CESSAÇÃO: _____ TEVE AUXÍLIO: _____ *TEMPO: _____
Classificação Tabagista: _____ 1. TABAGISTA (Ativo/cessação < 10 anos) 2. NÃO TABAGISTA (relato nunca ter fumado/cessação > 10 anos)

MORA NO RJ? 1.() SIM 2.() NÃO LOCAL: _____ OUTRO MUNICÍPIO: _____ 1.() SIM 2.() NÃO

Nº MORADORES DOMICÍLIO: _____ I _____ MENOR IDADE _____ ADULTO _____ IDOSO II _____ FEMININO _____ MASCULINO

CONDIÇÕES MORADIA 1. SIM 2. NÃO: ALVENARIA _____ II PRÓPRIA: _____ II ALUGADA: _____ II POSSE: _____ II INST. LONGA PERMANÊNCIA: _____

SANEAMENTO BÁSICO: _____ 1. ÁGUA CANALIZADA 2. ÁGUA POÇO 3. ESGOTO TRATADO 4. FOSSA 5. COLETA LIXO 6. LUZ ELÉTRICA 7. FOSSA

COMO ACESSA A INSTITUIÇÃO: _____ CONSULTA 1: _____ CONSULTA 2: _____ CONSULTA 3: _____ 1. MEIOS PRÓPRIOS
2. TRANSPORTE PARENTE/AMIGOS 3. ÔNIBUS 4. TREM 5. METRO 6. PAGA PASSAGEM 7. BENEFÍCIO PACIENTE + ACOMPANHANTE 8. BENEFÍCIO SÓ PACIENTE 9. TFD 10.
AMBULÂNCIA SUS 11. AMBULÂNCIA PAGA 12. UBER 13. RECEBE REEMBOLSO 14. AVIÃO 15. TAXI 16. A PÉ

Ocupação/Profissão:

RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS (SM): _____ (SM 2024: R\$1.412,12) II RENDA FAMILIAR EM REAIS: R\$ _____
Quantas pessoas compõem a renda: _____ 1. SEM RENDA 2. INFERIOR 1SM (R\$1.412,12) 3. ENTRE 1-2SM (1.412,12-2.824,24) 4. ENTRE 2-3SM (2.824,24-4.236,36) 5. ENTRE 3-4SM (4.236,36-5.648,48) 6. ENTRE 4-5SM (5.648,48-7.060,60) 5. ACIMA 5SM (7.060,60+) 6. NÃO QUIS INFORMAR

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA: _____ 1. Trabalha no momento CLT 2. Trabalha no momento informal 3. Aposentado/Pensionista 4. Sem Vínculo 5. Autônomo
6. Dependente 7. LOAS 8. Aguardando INSS _____ 9. Recebe Benefício QUAL: _____

MÉTODO PASSAGEM VIA ALTERNATIVA: _____ 1. Manual+RX 2. EDA 3. NA CIRURGIA 4. PELA RADIOINTERVENÇÃO (RI)

TIPO DA VIA ALTERNATIVA ALIMENTAÇÃO: _____ 1. GNG 2. GNE 3. GTT 4. JTT 5. Esofagectomia

QUANDO FOI A 1ª ORIENTAÇÃO DA TNE: _____ 1. Alta hospitalar 2. Ambulatório Nutrição **3. Emergência | A) Staff B) Residente

ORIENTAÇÃO DA TNE NO MESMO DIA DA PASSAGEM DA VIA ALTERNATIVA: _____ 1. SIM 2. NÃO

SE **3: 1ª Orientação TNE foi pela nutricionista da Emergência 1.() DIA SEMANA 2.() FINAL SEMANA / FERIADO

SE **3: Qual tempo retorno ao ambulatório nutrição após orientação TNE pela nut. Emergência 1.() JATÉ 2DIAS 2.() +2DIAS Quantos dias: _____

Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? 1.() Sim 2.() Não

Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou? 1.() Sim 2.() Não

TRIA _____ 1.() SEM RISCO IA 2.() RISCO IA LEVE (1 RESPOSTA SIM) 3.() RISCO IA MODERADA/GRAVE (2 RESPOSTAS SIM)

FICHA DE COLETA DE DADOS - CONDICIONANTES DA TNE			
	CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3
DATA			
1. AGENDADA 2. EXTRA			
INTERVALO ENTRE AS CONSULTAS			
JÁ FOI ORIENTADO ANTES? 1.SIM 2.NÃO			
ANTES USO JÁ OUVIU FALAR EM SONDA? 1.SIM 2.NÃO			
TEM MEDO/RECEIO PREPARAR/CUIDAR? 1.SIM 2.NÃO			
Paciente c/redução mobilidade 1.SIM 2.NÃO			
Pac. consegue preparar sozinho NE 1.SIM 2.NÃO			
Pac. consegue infundir sozinho NE 1.SIM 2.NÃO			
Pac. consegue hidratar pós NE sozinho 1.SIM 2.NÃO			
	NÃO SE APLICA		
MANTEVE MESMO ACOMPANHANTE? 1.SIM 2.NÃO			
Este acompanhante é quem vai cuidar? 1.SIM 2.NÃO			
ACOMPANHANTE DURANTE A CONSULTA 1.Familiar 2.Cuidador 3.Acompanhante 4.Amigo 5.Vizinho 6.Sem Acompanhante 7.Outro			
QUEM CUIDARÁ DA TNE 0.Mesmo familiar 1.Outro Familiar 2.Cuidador 3.Acompanhante 4.Amigo 5.Vizinho 6.Próprio Paciente 7.Outro			
SEXO 1.MASCULINO 2.FEMININO			
IDADE ____ ANOS 1.ADULTO 2.IDOSO			
ESCOLARIDADE EM ANOS _____ ESCOLARIDADE _____ 1.)Analfabeto 2.)Sabe Ler 3.)EF1 Incompleto(<5) 4.)EF1 Completo(5) 5.)EF2 Incompleto(<9) 6.)EF2 Completo(9) 7.)EM Incompleto(<12) 8.)EM Completo(12) 9.)Nível Sup.Incompleto 10.)Nível Sup.Completo 11.)Especialização 12.)Mestrado 13.)Doutorado			
	OUIR O RELATO E REGISTRAR, APÓS, QUESTIONAR AS DIFICULDADES LISTADAS		
DIFICULDADES ,DUVIDAS ,ERROS			
DIFICULDADE COM TNE. 01.Recusa/Resistência do Paciente em fazer a dieta 02.Não pegou todo saldo na farmácia 03. Não sabia que era p/pegar saldo na Farmácia 04.Usou colher medida do produto 05.Omitiu /pulou etapa TNE 06.Associou via oral por conta própria 07.Associou dieta via oral c/orientação profissional 08.Substituiu etapa TNE por via oral 09.Acrescentou etapa TNE artesanal 10.Substituiu etapa dieta industrializada por artesanal			
INTERCORRÊNCIAS GI 11.Diarréia 12.Constipação 13.Náuseas 14.Vômito 15.Sudorese 16.Refluxo(sente a dieta voltar na boca) 17.Taquicardia (coração acelerado) 18.Sd.Dumping 19.Fome 20.Plenitude (fica cheio)			
INTERCORRÊNCIAS MECÂNCIAS 21.Retirada acidental CNE 22.Retirada CNE pelo tto proposto (expós op.) 23.Obstrução CNE			
24.Tempo infusão da dieta rápido 25.Tempo infusão lento 26.Dificuldade da dieta para correr 27.Infundiu dieta com seringa(bolus) 28.Teve dificuldade na higienização do material 29.Pouca hidratação intervalos 30.Hidratação logo após NE 31.Tem Saldo em Casa 32.Outros			
QUANTO POSSUI DE SALDO SN EM CASA? (g)			
SALDO EM CASA SUFICIENTE PARA QUANTOS DIAS			
02. QUAL SALDO SN NA FARMÁCIA (g)			
SALDO FARMÁCIA SUFICIENTE PARA QUANTOS DIAS			
TOTAL SALDO: SALDO NA FARMÁCIA + SALDO CASA (g)			
SALDO FARMÁCIA + SALDO CASA SUFICIENTE PARA QUANTOS DIAS			
TEMPO DE VALIDADE DA RECEITA (quantos dias faltam p/ vencer a receita)			
TEMPO DE PRESCRIÇÃO DA RECEITA (Para quantos dias foi prescrita receita)			

FICHA DE COLETA DE DADOS - DADOS TNE			
	CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3
DATA			
VIA ADMINISTRAÇÃO TNE			
FÓRMULA PRESCRITA 1.STD S/SAC S/FIBRA 2.STD S/SAC C/MIX FIBRAS 3.STD C/SAC.S/FIBRA 4.HPP			
ASSOCIAÇÃO MÓDULOS 1.PTN 2.TCM 3.FIBRA SOLÚVEL 4.MIX FIBRAS			
VET PROPOSTO /CALCULADO			
KCAL/KGP			
G PTN/KGP			
KCAL PTN			
Número ETAPAS prescritas			
Gramatura Suplemento Nutricional/VOL. Água Etapa TNE 1.)90g SN/Etapa 300ml Água 2.)90g SN/Etapa 400ml Água 3.)60g SN/Etapa 200ml Água			
GRAMATURA SN PRESCRITA			
VET OFERTADO/REAL PELA TNE AMBULATORIAL			
KCAL/KGP REAL PELA TNE AMBULATORIAL			
G PTN/KGP REAL PELA TNE AMBULATORIAL			
KCAL PTN REAL PELA TNE AMBULATORIAL			
MUDANÇA DA FÓRMULA 1.SIM 2.NÃO			
MOTIVO DA MUDANÇA DA FÓRMULA 1.Falta produto 2.Não adaptação 3.Adequação condição clínica atual			
FÓRMULA MODIFICADA 1.STD S/SAC S/FIBRA 2.STD S/SAC C/MIX FIBRAS 3.STD C/SAC.S/FIBRA 4.HPP			
NÚMERO ETAPAS INFUNDIDAS			
VET CONFORME Nº ETAPAS/QDE. SN INFUNDIDA			
KCAL/KgP CONFORME Nº ETAPAS/QDE. SN INFUNDIDA			
G PTN CONFORME Nº ETAPAS/QDE. SN INFUNDIDA			
GPTN/KgP CONFORME Nº ETAPAS/QDE. SN INFUNDIDA			
DÉFICIT CALÓRICO NE PRESCRITO X NE INFUNDIDO			
DÉFICIT PROTÉICO NE PRESCRITO X NE INFUNDIDO			
ASSOCIAÇÃO VIA ORAL 1.SIM 2.NÃO			
1.Por conta própria 2.Com orientação profissional			
FASE DO TRATAMENTO 1.A Definir/Estadiamento 2.Pré-OP 3.Pós-OP 4.Cirurgia 5.QTNEO 6.RXTNEO 7.QT+RXTNEO 8.QTADJ 9.RXTADJ. 10.QT+RXTADJ. 11.Paliativo 12.Controle 13.QT 14.RXT 15.QT+RXT			

APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE PAINEL ESPECIALISTAS

Prezado Nutricionista,

O presente convite é para que faça parte de um painel de especialistas do projeto intitulado “Orientação para pessoas com câncer em terapia nutricional enteral ambulatorial: construção e validação de conteúdo de vídeos educativos”, considerando sua atuação profissional, expertise e/ou produção acadêmica em terapia nutricional enteral (TNE).

Este projeto está sendo desenvolvido no curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, e foi aprovado por comitê de ética em pesquisa.

Nosso objetivo é elaborar vídeos educativos para a orientação de pessoas com câncer em TNED e seus respectivos cuidadores, servindo como material de apoio às orientações realizadas durante os atendimentos nutricionais e contribuindo para sua segurança na execução da terapia.

Caso aceite participar voluntariamente como especialista, pediremos que assista e analise três vídeos curtos sobre a temática informada e registre em formulário eletrônico sua avaliação quanto ao conteúdo. Após análise das avaliações de todos os especialistas pela equipe de pesquisa, adequações necessárias serão realizadas nos vídeos, e as versões ajustadas serão reenviadas aos especialistas para nova avaliação, até que seja observado consenso entre eles. São previstas no mínimo duas e no máximo três rodadas de avaliação. A cada rodada, o tempo disponibilizado para avaliação dos vídeos será de 10 dias. Caso manifeste interesse no formulário de avaliação dos vídeos, forneceremos declaração de participação no projeto com carga horária. A recusa em participar não lhe trará nenhum prejuízo.

Toda comunicação será feita de forma online e a identidade dos especialistas será preservada durante todas as etapas do projeto.

Pedimos que por favor responda a este e-mail nos informando seu aceite ou recusa o mais breve possível para que possamos iniciar as rodadas de avaliação. Em caso de dúvida, estamos à disposição por e-mail e celular.

Desde já, agradecemos imensamente sua atenção.

À disposição para esclarecimentos,

Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos
Nutricionista Instituto Nacional do Câncer (INCA-I)
Pesquisadora Responsável
Mestranda em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN – UNIRIO)
Celular: (21) 99946-3424

Profa. Dra. Thaís da Silva Ferreira
Departamento de Nutrição Aplicada (Escola de Nutrição - UNIRIO)
Orientadora (PPGSAN – UNIRIO)
Celular: (21) 98694-1207

Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves
Departamento de Nutrição Aplicada (Escola de Nutrição - UNIRIO)
Coorientadora (PPGSAN – UNIRIO)

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Juízes Especialistas – Nutricionistas

Projeto de Pesquisa: Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral ambulatorial: Construção e validação de conteúdo de vídeo educativo.

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa porque você faz parte da **equipe de nutricionistas** pertencente ao Setor de Nutrição e Dietética da unidade I do INCA. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DO ESTUDO

A presente proposta de estudo tem como objetivo de elaborar um vídeo educativo para a orientação da terapia nutricional enteral ambulatorial em um para uma posterior validação.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se concordar em participar, você assistirá vídeos sobre **orientação de pacientes oncológicos em uso terapia nutricional enteral ambulatorial**, construído a partir das principais dúvidas e dificuldades dos pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores e, após será entregue um questionário para avaliação do vídeo.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação. Se você concordar com o uso das suas informações e do material do modo descrito acima, são esperados os seguintes benefícios da participação no estudo: **Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral ambulatorial: Construção e validação de conteúdo de vídeo educativo.** A construção e a validação de um vídeo educativo sobre uso terapia nutricional enteral ambulatorial que poderá servir para orientar pacientes, familiares,

acompanhantes e cuidadores podendo ser acessado no momento que julgarem necessário, para consulta, obtendo apoio mais eficiente, criando mais segurança a estes. Gerando portanto, mais uma ferramenta que será disponibilizada no atendimento ao paciente oncológico visando melhorar dessa forma a qualidade do atendimento a este paciente.

RISCOS

Toda pesquisa possui um risco e no caso de participar deste estudo você será submetido a um questionário, onde seu maior desconforto será o de apresentar algum tipo de sofrimento psíquico, moral, intelectual, social e cultural, no momento de preenchimento do questionário.

Como medidas minimizadoras para estes e outros eventuais riscos, busca-se garantir uma abordagem cuidadosa; assegurando, o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes juizes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, MS. Além disso, a sua participação poderá ser interrompida ou cancelada de acordo com a vontade do participante, sem quaisquer prejuízos à pesquisa e a si próprio.

CUSTOS

Você não será remunerado (a) por sua participação e você não terá nenhum custo com essa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo, o que não causará nenhum tipo de constrangimento quanto aos resultados obtidos.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo à pesquisa e a si próprio. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o **Nutricionista Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos, pesquisadora responsável** no telefone **(21) 3207-1758** de 8 a 16h ou e-mail: adrianamvb1@gmail.com. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9 a 17h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas nos questionários. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste projeto.

Nome e Assinatura do participante

____/____/____.
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação deste estudo.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do termo

____/____/____.
Data

APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ROTEIROS DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELA CHEFIA E SUBCHEFIA DE NUTRIÇÃO DO INCA.

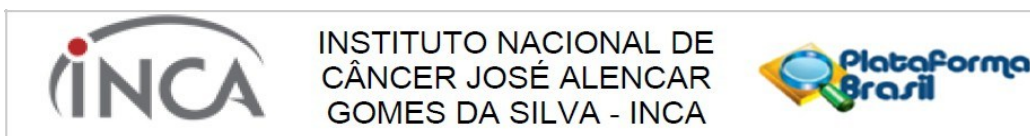
<https://forms.gle/vym6F18rM5tC1WAp7>

APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELOS ESPECIALISTAS NA RODADA 1 DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.

<https://forms.gle/ZfT7eUXFAGAwSyzv5>

APÊNDICE 7 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS PELOS ESPECIALISTAS NA RODADA 2 DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.

<https://forms.gle/mvrtnHWU7D2D8y4B8>

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional enteral ambulatorial

Pesquisador: ADRIANA MOREIRA VILLAS BOAS DOS SANTOS

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 2

CAAE: 74154123.2.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer I

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.561.770

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.436.855, de 19/10/2023.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.436.855, de 19/10/2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.436.855, de 19/10/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.436.855, de 19/10/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Recomendações:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.436.855, de 19/10/2023:

Todas as pendências foram respondidas.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO 2 – CONTRIBUIÇÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS E DECISÕES DA EQUIPE DE PESQUISA NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS VÍDEOS PRODUZIDOS

Rodada 1 - Vídeos 1, 2, 3	
É capaz de contribuir para o objetivo principal.	Decisão (acatar, acatar parcialmente* ou não acatar*) *justificar
10.“OS VÍDEOS ESTÃO ÓTIMOS, MAS A IDEIA DO PACIENTE SÓ ESCUTAR AS ORIENTAÇÕES E EM DETERMINADO MOMENTO AFIRMAR QUE ESTAVA ENTENDENDO COM BALANÇO DA CABEÇA, NÃO ACHEI LEGAL. FORAM PASSADOS MUITAS INFORMAÇÕES DETALHADAS . TALVEZ O FORMATO DE UMA NUTRICIONISTA APRESENTANDO AS INFORMAÇÕES SEM A PRESENÇA DO PACIENTE , COMO SE FOSSE UMA AULA. OUTRA ALTERNATIVA SERIA UTILIZAR ALGUMAS PERGUNTAS DO PACIENTE PARA DAR ANDAMENTO NA EXPLICAÇÃO.”	Acatar: Usar a alternativa de utilizar algumas perguntas do paciente para dar andamento na explicação. Criar diálogo entre personagens para maior fixação do conteúdo e semelhança a prática. Usar a intervenção do paciente fazendo uma analogia para mostrar que entendeu.
13.“Sugiro enfatizar que para infusão da água fervida é necessário aguardar a água estar em temperatura ambiente.”	Acatar: Enfatizar que para infusão da água fervida é necessário aguardar a água estar em temperatura ambiente.
Vídeo 2. “ACHEI CO VIDEO MUITO LONGO, NÃO PRECISA DAR DETALHES COMO DA ALTURA EXATA DA DISTANCIA DO FRASCO DA DIETA PARA A CABEÇA DO PACIENTE. AO FALAR SOBRE LAVAR A Sonda, JÁ PODE SER FALADO DIRETAMENTE: LAVAR A Sonda PARA RETIRAR O RESÍDUO QUE FICA NA DIETA (E NÃO: FALAMOS ASSIM, LAVAR A Sonda , PARA LEMBRAR QUE NESSA HORA PRECISAMOS RETIRAR O RESÍDUO...). ACHO QUE PROLONGAR A FALA, TIRA A CONCENTRAÇÃO DA PESSOA QUE ESTÁ ASSISTINDO.”	Acatar: Retirar a informação da distância exata da altura do frasco para infusão da dieta. Incluir de forma simples que deve ficar acima da cabeça do paciente para facilitar a infusão. Falar diretamente: lavar a sonda para retirar o resíduo que fica na dieta. Não acatar: tempo do vídeo em conformidade com a literatura.
V3. MUITAS INFORMAÇÕES JÁ FORAM FALADAS NOS VÍDEOS ANTERIORES . ACHO QUE NÃO PRECISAVA FALAR NOVAMENTE SOBRE DISTANCIA DO FRASCO PARA A CABEÇA DO PACIENTE E QUE NA PRIMEIRA VEZ QUE ACOPLAR O FRASCO NO EQUIPO VAI TER UMA RESISTÊNCIA MAIOR.	Não acatar: manter informações completa em todos os vídeos. Pois a pessoa pode optar em assistir apenas o vídeo que possui mais dúvidas. Acatar: Retirar a informação da distância exata da altura do frasco para infusão da dieta. Incluir de forma simples que deve ficar acima da cabeça do paciente para facilitar a infusão.
Apresenta conteúdo e relevância adequados.	
12.“Todas as formulações serão padrão? Acho importante confirmar se todas as orientações de alta serão feitas com a unidade de colher de sopa, e não colher medida como alguns fabricantes preconizam.”	Não acatar. Informar na carta de justificativas. Não será informado no vídeo que tipo de formulação será utilizada. Não é a finalidade. O uso da colher de sopa é um padrão das orientações no serviço.
10.“ACHEI A INFORMAÇÃO DE ACRESCENTAR O SAL MUITO ESPECÍFICA, POIS NEM TODAS AS DIETAS PRECISAM DE ACRESCENTAR SAL E DEPENDENDO DA	Informar na carta de justificativas. Sal: O teor de sódio das fórmulas é baixo e por isso o ajuste padronizado, mencionando a quantidade média nas fórmulas utilizadas no

CONDIÇÃO CLÍNICA PODE NÃO SER NECESSÁRIO. NÃO VI SOBRE CUIDADOS HIGIENICOS PARA PREPARO DA DIETA.”	serviço (265 mg em 100 g de pó. Máximo usado é 540g, o que fornece 1431 mg, caracterizando como hipossódica. Por isso, o acréscimo de sódio faz-se necessário, pois estarão no ambiente domiciliar. Acatar: Retirar da forma que está no vídeo (1g sal no almoço e no jantar) e orientar que verifique no plano e a quantidade e adicione nesse momento. Cuidados higiênicos: qualidade da água foi abordada; incluir questões básicas: lavagem de mãos, higiene do liquidificador (de preferência um exclusivo), colocar somente um texto escrito no vídeo, (pois senão aumentaria muito o tempo do vídeo, e demandaria outro vídeo específico).
3.“* 2 sugestões: * Avaliar se é necessário colocar a informação de não peneirar a dieta pronta. * No caso de não ter liquidificador - talvez acrescentar que o pó deve ser colocado primeiro em um recipiente e depois adicionar um pouco de água (cerca de 50ml) homogeneizar bem e só depois acrescentar o restante da água. Se colocar a água toda e depois o pó, vai criar vários grumos e prejudicar a diluição.”	Acatar: Colocar a informação de não peneirar a dieta pronta. No caso de não ter liquidificador orientar que se deve acrescentar pó deve primeiro em um recipiente e depois adicionar um pouco de água (cerca de 50ml) homogeneizar bem e só depois acrescentar o restante da água. Se colocar a água toda e depois o pó, vai criar vários grumos e prejudicar a diluição.”
2.“Sugiro incluir algumas legendas para reforço do conteúdo.”	Acatar: Incluir legendas. Reforça conteúdo, mais inclusivo.
18.“Ficou confuso se o kit (equipo, frasco) dura 15 ou 30 dias. Caso você ache pertinente, sugiro enfatizar a importância do uso do funil para transferir a dieta do frasco para o equipo, para evitar desperdício.”	Acatar: Melhorar informação no vídeo que cada frasco/equipo será utilizado por 15 dias, e o material total/kit recebido será suficiente para 30 dias. Opção de uso do funil para transferência do conteúdo da jarra para o frasco para evitar desperdício.
19.“Muitas informações, algumas vezes repetitivas”	Acatar: Revisar o vídeo e analisar, tentando identificar e registrar se encontrar informações repetitivas, para adequar.
V2. “COMO NO PRIMEIRO VÍDEO: O PACIENTE E CUIDADOS FICAM SOMENTE OBSERVANDO. ACHO QU PRECISA DE MAIOR INTERAÇÃO OU DEIXAR A NUTRICIOSTA FALANDO COMO SE TIVESSE NUM LABORATÓRIO”	Acatar: Usar a alternativa de utilizar algumas perguntas do paciente para dar andamento na explicação. Criar diálogo entre personagens para maior fixação do conteúdo e semelhança a prática. Usar a intervenção do paciente fazendo uma analogia para mostrar que entendeu.
V2. “Padronizar os personagens, material.”	Acatar: Padronizar personagens, material.
V2. “Acredito que a opção de infundir a dieta com uma fita crepe não seja tão viável. Sugiro manter as outras opções como o uso do cabide.”	Acatar: Retirar a imagem da fita crepe fixando o frasco. Esta foi colocada sem anuência pela equipe de produção do vídeo. Embora identificada previamente e solicitada a retirada da cena, ela foi mantida.
V2. “Sugiro incluir algumas legendas para reforçar o conteúdo. Talvez seja válido incluir orientações de	Acatar: Inclusão de legendas na cena para fixar conteúdo.

situações em que o material (frasco e sonda) devam ser substituídos (mesmo antes dos 15 dias)."	Não acatar: no vídeo já explica que o frasco e/ou equipo podem ser substituídos antes do prazo de 15 dias caso danifiquem
V2. "Na parte de retirar o ar do equipo, sugiro mostrar no filme a dieta correndo até o final do equipo. Inserir uma legenda, informando que a dieta deverá ser administrada em temperatura ambiente."	Acatar: Melhorar cena, mostrando a dieta correndo até final do equipo. Incluir legenda na de temperatura ambiente para melhor fixação.
V3. "COMO FALEI ANTERIORMENTE, PODERIA SER BEM RÁPIDO, APROVEITANDO AS EXPLICAÇÕES DOS VÍDEOS ANTERIORES."	Não acatar: Manter informações completa em todos os vídeos. Pois a pessoa pode optar em assistir apenas o vídeo que possui mais dúvidas.
V3. "Pode surgir a dúvida se a hidratação pode ser realizada não apenas com a água, mas com outras bebidas como água de coco, refrescos naturais etc, poderia esclarecer essa orientação."	Não acatar: A orientação é feita apenas com dieta quimicamente definida e água. As dietas artesanais possuem outra orientação conforme indicação, e não cabe no vídeo
V3. "Não ficou claro se a pessoa pode receber a hidratação deitada ou sentada, já que no vídeo mostra figuras de pessoas deitadas. Sugiro deixar mais claro, como deverá ser feito a fragmentação da hidratação. Pode ser por meio de um exemplo."	Acatar: Corrigir o personagem em decúbito zero grau. Esta imagem é para ficar na cena em que mostra como a pessoa não deveria ficar, e colocado símbolo de proibido em cima da imagem.
V3. "Achei que na parte que explica sobre o tempo de gotejamento é dito que se o paciente estiver sentado, o gotejamento poderá ser na mesma velocidade que o da dieta. Mas, na verdade o paciente precisará estar sentado/recostado independente da velocidade de infusão, se estiver mais lento ou mais rápido..."	Acatar parcialmente: Rever vídeo para identificar a dúvida citada. A informação a ser passada é que para a infusão da água a velocidade de infusão pode ser a mesma da dieta, ou não.
Apresenta estética, ambiente, linguagem verbal e não verbal adequados.	
2. "Sugiro nomear os sujeitos (profissional e paciente). Achei o olhar dos pacientes tristes. Poderia como no vídeo 3, em algum momento, incluir perguntas por parte do paciente e/ou acompanhante para assemelhar-se à prática."	Acatar: Nomear nutricionista, paciente e acompanhante para maior humanidade (escolher nomes) e maior aproximação a prática. Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens: retirar olhares tristes e trocar por semblantes de atenção em alguns momentos, não tempo todo. Colocar sonda no personagem que é o paciente e padronizar cor da pele e caracterização do paciente e acompanhante nas diversas cenas. Incluir perguntas por parte do paciente e/ou acompanhante para assemelhar-se à prática. Criar diálogos.
3. "Sugestão: Várias vezes quando a nutricionista está de frente, o óculos fica paracendo espelhado, achei bem estranho. E fica diferente dos demais momentos do vídeo O paciente está sem CNE visível, acho que poderia estar, assim como no vídeo 2"	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens: ajustar óculos da nutricionista, jaleco e outras características, e retirar luvas. Inserir CNE no paciente em todos os vídeos.
5. "Uso de termos técnicos, muitos detalhes e vídeo muito longo."	Acatar: Retirar termos técnicos. Revisar vídeos para substituição dos termos. Não acatar: "muitos detalhes e vídeo muito longo." O objetivo do vídeo é enfatizar os detalhes para reduzir erros, o que pode elevar

	o tempo do vídeo que se encontra em conformidade
8.“Para maior acessibilidade de pacientes e/ou cuidadores com dificuldade auditiva o vídeo precisa ser legendado; a narração precisa ser melhorada, em termos de velocidade, pontuação e entonação da voz (precisei retornar o vídeo deversas vezes para compreender); o uso da palavra "infusão" pode não ser compreendido pelo paciente e/ou cuidador, assim sugiro explicar ou substituir. No minuto 2:35 a palavra "ambiente" saiu com erro de digitação, como "embiente". Quanto a estética, o óculos da "nutricionista" em alguns momentos fica parecendo espelhado (vide minuto 1:32). No minuto 0:48 é dito que ensinará mais a frente como fazer a higienização do material, porém nenhum dos vídeos aborda essa explicação, que é fundamental, uma vez que o material deverá ser reaproveitado por 15 dias. Por falar nisso, acho que ficou confuso quando inicialmente é dito que o kit é para 30 dias e depois fala que durará 15 dias (precisa ficar mais clara essa informação). A movimentação da boca do "avatar" não está bem "encaixada" com a narração.”	Acatar: Incluir legendas. Reforça conteúdo, mais inclusivo. Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens. Retirar do vídeo a fala onde é dito que ensinará mais a frente como fazer a higienização do material. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Melhorar informação no vídeo que cada frasco/equipos será utilizado por 15 dias, e o material total/kit recebido será suficiente para 30 dias.
9.“Senti falta de ver o paciente com a sonda. A fisionomia dos personagem não demonstram entendimento apesar de balançarem a cabeça positivamente”	Acatar: Inserir CNE no paciente em todos os vídeos. Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens.
10.“ACHEI QUE A IMAGEM DA NUTRICIONISTA PODE MELHORAR. EM ALGUNS MOMENTOS ELA PARECE ESTAR DE ÓCULOS ESPELHADOS”	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens.
12.“Corrigir a palavra ambiente que aparece ao longo do vídeo. O vídeo pode ser com uma linguagem mais fluida, e menos robótica’.	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica.
13.”Em relação à estética, na minha opinião o óculos parece que os óculos são escuros e esteticamente não ficou tão bom. Outro ponto é que o no momento que se explica sobre a graduação do frasco, o tempo da fala não está de acordo com o tempo da imagem.”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens e materiais.
16.“O paciente poderia estar com uma sonda para ficar mais ilustrado.”	Acatar: Inserir CNE no paciente em todos os vídeos.
17.“Os olhos do personagem nutricionista estão totalmente brancos em uma parte do vídeo”	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens.
18.“Sugiro colocar a legenda da garrafa de água em português. Ex: water : água.”	Acatar: Retirar palavra em inglês.
19.“Sugiro melhorar a animação”	Acatar: Melhorar animação.
22.”Sugiro padronizar os desenhos dos personagens, dos materiais e jaleco do nutricionista. O paciente aparece no vídeo sem sonda.”	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens, materiais. Inserir CNE no paciente em todos os vídeos.

Rodada 1. Comentários e/ou sugestões sobre os vídeos 1,2,3	
2. “Ao mencionar “água fervida”, sugiro preferir “água previamente fervida”. Indicar na lata a data de sua abertura (validade de 30 dias após a abertura). Considero válido esclarecer sobre a adição de sal (sódio), qual o objetivo? Vale para todas as pessoas? Talvez seja interessante valorizar a higienização do liquidificador também (se possível uso exclusivo para o preparo da dieta). Oferecer a possibilidade de mixer? (diversos tamanhos, uns inclusive a base de pilha). Sugiro incluir o processo após a lavagem da sonda: higienizar os frascos e equipo com escova apropriada e detergente neutro, deixar secar em pano de prato limpo e após secos, acondicionar em recipiente tampado.”	Acatar: Ao mencionar “água fervida”, falar “água previamente fervida”. Enfatizar que para infusão da água fervida é necessário aguardar a água estar em temperatura ambiente. Informar na carta de justificativas. Sal: O teor de sódio das fórmulas é baixo e por isso o ajuste padronizado, mencionando a quantidade média nas fórmulas utilizadas no serviço (265 mg em 100 g de pó. Máximo usado é 540g, o que fornece 1431 mg, caracterizando como hipossódica. Por isso, o acréscimo de sódio faz-se necessário, pois estarão no ambiente domiciliar. Acatar: Retirar da forma que está no vídeo (1g sal no almoço e no jantar) e orientar que verifique no plano e a quantidade e adicione nesse momento. Acatar parcialmente: Incluir mixer como alternativa. Não acatar: Indicar na lata a data de sua abertura, pois após aberta, a lata irá durar de 1 a 3 dias no máximo. No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo.
3. “Já justifiquei nas perguntas anteriores”	Respondido nas perguntas anteriores.
6. “Adorei o material, auto explicativo, claro, detalhado, vai ajudar muito o doente e quem o ajuda no manejo da sonda, no preparo, hidratação e higienização. Parabéns, excelente material”	Obrigada!
7. “Seguem palavras escritas de forma incorreta: “praparadas” no minuto 1.53 e “ambiente” no minuto 2.36”	Acatar: Realizar correção ortográfica.
9. “Faltou uma curta introdução explicando o que é a sonda, porque está sendo utilizada, qual o objetivo. Qual o percurso da sonda e do alimento..enfim, acho que uma pequena introdução que precede o preparo do que será administrado é de suma importante uma vez que alimentação via nasal não é nada comum para uma pessoa leiga.”	Não acatar: Não é a finalidade do estudo. Requer vídeo separado, pois aumentaria muito o tempo do vídeo com informação que foge ao maior esclarecimento do preparo da dieta.
11. “Sugiro reforçar no vídeo que o cuidador assista com atenção antes de fazer.”	Não acatar: A orientação é realizada presencialmente a pessoa e cuidador. É informada que em caso de dúvidas, retorne no vídeo quando achar necessário. Será incluído que poderá entrar em contato com serviço.

12."Importante reforçar no vídeo para avaliar se o pó foi totalmente diluído na água, principalmente na parte onde é feita a orientação de não utilizar o liquidificador, pois pode ficar algum grumo e obstruir o CNE. Essa orientação será apenas para pacientes com CNE? Ou também para pacientes com gastrostomia ou jejunostomia? Tem alguma orientação em caso de obstrução do CNE?"	Acatar: Informar que o caso de não ter liquidificador, orientar que se deve acrescentar pó deve primeiro em um recipiente e depois adicionar um pouco de água (cerca de 50ml) homogeneizar bem e só depois acrescentar o restante da água. Se colocar a água toda e depois o pó, vai criar vários grumos e prejudicar a diluição." Não acatar: No início do vídeo é informada que vai orientar sobre a dieta enteral. Incluir o tipo da via alternativa poderia confundir. Este vídeo não tem como objetivo orientações em caso de obstrução
14."Os óculos da nutricionista parecem escuros"	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens.
15."No tempo 2:36 a palavra "ambiente" está escrita de forma errada: "embiente"; e no tempo 4:23 a transcrição de "enteral" está como "interal"."	Acatar: Realizar correção ortográfica.
18."Sugiro no final de cada vídeo, enfatizar as principais recomendações."	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica.
20."Sugestão: no momento que aparece a seringa, pode colocar que é para limpeza/lavagem da sonda"	Acatar: Enfatizar e colocar legenda na figura, no momento que aparece a seringa, que é para limpeza/lavagem da sonda.
23."Sugiro comentar sobre a importância da higiene pessoal do cuidador, além de utensílios de uso do paciente como o copo do liquidificador."	Acatar parcialmente: Incluir cuidados de higiene básicas: lavagem de mãos, higiene do liquidificador (de preferência um exclusivo), colocar somente um texto escrito no vídeo, (pois senão aumentaria muito o tempo do vídeo, e demandaria outro vídeo específico).
26."Achei o vídeo ótimo e com informações muito pertinentes. Minha sugestão seria reforçar, ao final do vídeo, como deve ser feita a higienização de utensílios utilizados no preparo (especialmente o liquidificador). Na minha experiência em atendimento domiciliar, infelizmente já vi liquidificadores muito sujos, com crostas escuras no fundo, e que sequer passavam por um processo de lavagem e higienização correta. No material a seguir - https://www.nestlehealthscience.com.br/sites/default/files/2024-02/materialTNE2024.pdf, página 7, fala um pouco desses cuidados de higienização. Interessante ensinar sobre o preparo da solução clorada (fico pensando se esse seria um vídeo a parte dos 3 já produzidos, ou se caberia no vídeo de preparo)."	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
V2.8 "Assim como no vídeo 1, para maior acessibilidade de pacientes e/ou cuidadores com dificuldade auditiva o vídeo precisa ser legendado; a narração precisa ser melhorada, em termos de velocidade, pontuação e entonação da voz; o uso da palavra "infusão" pode não ser compreendido pelo paciente e/ou cuidador, assim sugiro explicar ou	Acatar: Incluir legendas. Reforça conteúdo, mais inclusivo. Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens.

substituir. A movimentação da boca do "avatar" não está bem "encaixada" com a narração.”	
V2. “ACHO QUE A QUALIDADE DO VÍDEO PODE MELHORAR. TEM HORA QUE A NUTRICIONISTA PARECE ESTAR DE LUVAS, ISSO PODE CONFUNDIR A PESSOA QUE ESTÁ ASSISTINDO, VISTO QUE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS JÁ É O SUFICIENTE.”	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens.
V2. “Sugestões: * No início do vídeo acho que poderia não falar vou continuar a orientar. Pois os vídeos podem ser vistos em momentos separados. Então talvez seja melhor.....vou orinetar quanto a infusão da dieta.... * o paciente é diferente do que estava no primeiro vídeo, mas a acompanhante é a mesma. Talvez fosse melhor padronizar. * acho que estipular que a dieta deve correr em no mínimo 40 minutos é muito variável, pois dependendo do volume (volume menor) o tempo de 40 minutos é muito. Talvez falar de volumes maiores a dieta deve correr em 40 minutos... não sei... sugestão apenas.”	Acatar: Fazer a correção da fala na abertura dos vídeos para: “Vou orientar ...” Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens. Não acatar: É falado que deve correr no mínimo em 40 minutos.
V2. “Atentar para a padronização dos personagens e também ao fato de estarem acamados (em relação ao decúbito)”	Acatar: Padronizar e melhorar imagem e feições dos personagens. Corrigir o personagem em decúbito zero grau, esta imagem era para ser incluída em cena de como a pessoa não deveria ficar.
V2. “Nos minutos 2:39 e 4:45 a imagem não mostra a inserção equipo + sonda. Parece que só tem equipo (não sei se é possível ajustar, mas foi um detalhe que percebi por olhar mais atentamente).”	Acatar: Mostrar melhor o processo de inserção do equipo na sonda.
V2. “A transição das informações sobre a temperatura da dieta e a administração via equipo ficou muito rápida. Acho que poderia dar uma leve pausa e usar de repente a expressão - "Agora que já verificamos a dieta, vamos começar a infusão..."”	Acatar: Melhorar a transição da informação.
V2. “No minuto 3:53 fala sobre a lavagem do equipo e frasco, mas não da higienização (não sei qual o protocolo do INCA nesse sentido, mas seria importante mencionar essa etapa para garantir o controle microbiológico desses utensílios).”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
V2.8. “Idem avaliação vídeo 1. Possibilidade de ao final incluir: "Você gostaria de me contar o que você aprendeu? Poderia me explicar como você fará em casa? Ao final do vídeo, poderia constar também alguns canais para contato, e-mail por exemplo (como habitualmente consta no receituário).”	Acatar: Usar a alternativa de utilizar algumas perguntas do paciente para dar andamento na explicação. Criar diálogo entre personagens para maior fixação do conteúdo e semelhança a prática. Usar a intervenção do paciente fazendo uma analogia para mostrar que entendeu. No final do vídeo informa que pode entrar em contato com o serviço.
V.2 “Sugiro inserir uma legenda que a pessoa deverá ficar 30 min recostada ou sentada após a infusão da dieta.	Acatar

V2. “Facilitar a compreensão de distância para o posicionamento do frasco "45 a 60 cm" acima da cabeça, sugiro oferecer uma medida simplificada (ex: equivalente a duas mãos).”	Acatar: Retirar a informação da distância exata da altura do frasco para infusão da dieta. Incluir de forma simples que deve ficar acima da cabeça do paciente para facilitar a infusão.
V2. “Talvez seja interessante, assim como no último vídeo, pedir ao final, que o cuidador explique sobre o que entendeu do que foi dito. É uma forma de reforçar e certificar-se se realmente a informação foi compreendida pelo familiar.”	Acatar: Usar a alternativa de utilizar algumas perguntas do paciente para dar andamento na explicação. Criar diálogo entre personagens para maior fixação do conteúdo e semelhança a prática. Usar a intervenção do paciente fazendo uma analogia para mostrar que entendeu. No final do vídeo informa que pode entrar em contato com o serviço.
V2. “Ótimo vídeo! Uma grande dúvida é a administração de dieta por gravidade. Achei as informações claras, objetivas e bem ilustradas.”	O vídeo mostra e fala da infusão gravitacional. Não cita o termo para não confundir
V2. “Mantenho a sugestão de legendar o vídeo sem depender da legenda automática do Youtube com intuito de ser mais inclusivo e permitir que as informações sejam consultadas sem áudio. A legenda automática apresenta uma escrita incorreta e sem pontuação.”	Acatar: Incluir legendas. Reforça conteúdo, mais inclusivo.
V2. Sugiro uma linguagem mais simples, não tão detalhada com números, por exemplo	Acatar parcialmente: Retirar a informação da distância exata da altura do frasco para infusão da dieta.
V2. Dos 3 vídeos, achei que é o que apresenta mais termos técnicos. O paciente oncológico acaba por se familiarizar com a maioria deles, mas sugiro revê-los, identificar os que possam por ventura não serem compreendidos. Para a dieta enteral não seria melhor usar o termo "administração" ao invés de "infusão"?	Acatar: Retirar termos técnicos. Revisar vídeos para substituição dos termos.
V2 “O vídeo explica de forma coerente a “lavagem da sonda” e destaca a importância de separar o material para higienização após a infusão. Porém, não explica com mais detalhes como deve ser feita a higienização dos frascos e equipos da dieta.”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
V3. “Assim como nos vídeos 1 e 2, para maior acessibilidade de pacientes e/ou cuidadores com dificuldade auditiva o vídeo precisa ser legendado; a narração precisa ser melhorada, em termos de velocidade, pontuação e entonação da voz; o uso da palavra "infusão" pode não ser compreendido pelo paciente e/ou cuidador, assim sugiro explicar ou substituir. A imagem da ponta da sonda, no minuto 1:40, não está adequada e pode confundir o paciente. A imagem da ponta da sonda usada no vídeo 2 está mais próxima da realidade. No minuto 1:49, o paciente está deitado para receber água, divergindo da orientação. A fala do paciente/cuidador no minuto 3:05 precisa ficar mais clara. A movimentação da	Acatar: Incluir legendas. Reforça conteúdo, mais inclusivo. Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens e materiais.

boca dos "avatares" não está bem "encaixada" com a narração."	
V3. "EM ALGUM MOMENTO PARECE QUE O PACIENTE ESTÁ DEITADO."	Acatar: Corrigir o personagem em decúbito zero grau. Esta imagem é para ficar na cena em que mostra como a pessoa não deveria ficar, e colocado símbolo de proibido em cima da imagem.
V3. "Sugestão: * No início do vídeo a mesma sugestão do anterior, não falar vou continuar e sim vou orientar sobre. * Mesma questão do paciente ser diferente do primeiro vídeo e a acompanhante a mesma, padronizar isso. * quando mostra a infusão da água o paciente está muito deitado, na infusão da dieta no vídeo anterior ele estava na posição correta (tempo de vídeo 1 min 51 ') . Já no minuto 2 e 2' do vídeo o paciente já está na posição correta."	Acatar: Fazer a correção da fala na abertura dos vídeos para: "Vou orientar ..." Corrigir o personagem em decúbito zero grau. Esta imagem é para ficar na cena em que mostra como a pessoa não deveria ficar, e colocado símbolo de proibido em cima da imagem.
V3. "Neste vídeo aparece um personagem totalmente deitado (decúbito zero grau), isto é totalmente inadequado para infusão de qualquer líquido."	Acatar: Corrigir o personagem em decúbito zero grau. Esta imagem é para ficar na cena em que mostra como a pessoa não deveria ficar, e colocado símbolo de proibido em cima da imagem.
V3. "No minuto 0:38 sugiro destacar de forma escrita 40 minutos pois o relógio é somente ilustrativo (como foi feito no minuto 2:22). No minuto 0:53, os equipos apresentados (de dieta e água) são iguais. Na prática e no vídeo de infusão é utilizado equipo com ponta em cruz e extremidade roxa para não confundir. Assim, sugiro demonstrar na imagem que são diferentes. No minuto 1:46 o paciente está deitado. Seria mesmo essa a indicação? No vídeo de infusão foi reforçado que ele deveria estar recostado e não deitado. No minuto 2:34 também está deitado (quando desacopla o equipo da sonda). No minuto 1:53 sugiro incluir a unidade de medida cm (centímetro), como nos outros vídeos. No minuto 3:06 o acompanhante do paciente fala "depois de 40 minutos é que eu dou para hidratar ele". Acho que ficou faltando a palavra água "é que eu dou água para hidratar ele"."	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens e materiais. Acatar: Corrigir o personagem em decúbito zero grau. Esta imagem é para ficar na cena em que mostra como a pessoa não deveria ficar, e colocado símbolo de proibido em cima da imagem. Rever vídeo para incluir unidade de medida e inclusão da palavra água.
V3. "Idem comentários vídeos 1 e 2"	Já respondido
V3. "Na figura do relógio, pode colocar uma legenda de esperar 40min após a infusão de dieta."	Acatar: Inclusão de legendas na cena para fixar conteúdo.
V3. "O único ponto do vídeo que poderia adaptar é quando aparece o frasco sendo preso por uma fita... seria melhor mostrá-lo pendurado das formas que foram mencionadas anteriormente..."	Acatar: Retirar a imagem da fita crepe fixando o frasco. Esta foi colocada sem anuência pela equipe de produção do vídeo. Embora identificada previamente e solicitada a retirada da cena, ela foi mantida.
V3. "Assim como sugerido para o vídeo 2, facilitar a compreensão de distância para o posicionamento do frasco "45 a 60 cm" acima da cabeça, sugiro oferecer uma medida simplificada (ex: equivalente a duas mãos)."	Acatar: Retirar a informação da distância exata da altura do frasco para infusão da dieta. Incluir de forma simples que deve ficar acima da cabeça do paciente para facilitar a infusão.
V3. "Orientar quanto a higienização dos frascos após o uso. Muitos pacientes perguntam se precisam	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá

deixar utensílios de cozinha exclusivos para o uso com a dieta enteral.”	seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
V3. “Senti falta falando sobre a explicação da higienização dos materiais utilizados.”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
V3. “Talvez valha só detalhar melhor a questão da infusão da água de forma mais rápida (em 3-5 minutos). Qual paciente pode fazer esta infusão mais rápida? Como? Com seringa ou no frasco? Acho que esta parte pode acabar gerando confusão e dúvidas para os pacientes e acompanhantes.”	Acatar: Rever vídeo para passar mensagem de forma mais clara no tempo da infusão da água
V3. “Como foi mostrado no vídeo, é bem importante, sempre que possível, perguntar ao paciente sobre plenitude gástrica, assim como outras sensações, de forma a não causar desconforto por excesso de volume.”	Não acatar: Requer novo vídeo específico para identificar sintomas gastrointestinais e usar medidas corretivas. Não cabe nestes vídeos. Avaliar para próximo estudo.
V3. “Nesse vídeo fala de higienização do equipo e frasco, diferente dos demais que fala de lavagem. deixo mais uma vez a sugestão de reforçar o que é lavagem e o que é higienização. Uma sugestão seria um vídeo abordando essa etapa.”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo. Acatar: Rever vídeos para utilização dos termos lavagem e higienização de forma correta.
V3. “O vídeo 3 poderia ser condensado com o vídeo 2”	Não acatar: Manter informações completa em todos os vídeos. Manter vídeos separados. Pois a pessoa pode optar em assistir apenas o vídeo que possui mais dúvidas.
V3. “Sugiro reforçar no vídeo que o cuidador assista antes da explicação da nutricionista e tire suas dúvidas com ela.”	Não acatar: A orientação é realizada presencialmente a pessoa e cuidador. É informada que em caso de dúvidas, retorne no vídeo quando achar necessário. Será incluído que poderá entrar em contato com serviço.
V3. “Seria válido incluir uma observação quanto aos sintomas gastrointestinais? Mediante a ocorrência de náuseas e vômitos e/ou diarreia, a hidratação precisará ser revista. Entrar em contato com a equipe multidisciplinar de saúde.”	Não acatar: Requer novo vídeo específico para identificar sintomas gastrointestinais e usar medidas corretivas. Não cabe nestes vídeos. Avaliar para próximo estudo.
Os vídeos são de fácil entendimento para pessoas em uso de terapia nutricional enteral ambulatorial/domiciliar.	

“ACHO QUE A PARTE DA INFUSÃO DA ÁGUA PODE SER RESUMIDO DENTRO DO VÍDEO 2, POIS NESTE JÁ FALA SOBRE CUIDADOS IMPORTANTES NA HORA DA INFUSÃO.”	Não acatar: Manter informações completa em todos os vídeos. Manter vídeos separados. Pois a pessoa pode optar em assistir apenas o vídeo que possui mais dúvidas.
“Com relação ao entendimento, os vídeos precisam ser melhorados conforme observações feitas nas análises anteriores para que possam ser de fácil entendimento.”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens e materiais.
“Fico na dúvida se para quem não entende do assunto, se as mensagens dos vídeos são de fácil compreensão. Para quem tem conhecimento, está ótimo. Seria bom aplicar esse questionário com pessoas que não orientam terapia nutricional enteral também.”	Não acatar: Devido ao tempo para o estudo não caberia este tipo de análise. Avaliar para próximo estudo.
“É fundamental que a orientação sobre a higienização do material seja abordada, ou ao final do vídeo sobre infusão, ou em novo vídeo.”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
“Quero parabenizar a todos os envolvidos, os vídeos são fáceis de entendimento, detalhados, didáticos.”	
“A inclusão da etapa de higienização, junto ao vídeo de hidratação, talvez seja pertinente para complementar toda a informação repassada sobre terapia nutricional enteral.”	Não acatar: No que diz respeito a higienização do material utilizado. Colocar que deverá seguir as orientações já foram fornecidas pelo nutricionista no hospital. Esse cuidado demandará elaboração de outro vídeo pela riqueza de detalhes no cuidado, não cabendo aqui, pois aumentara demasiadamente o tempo. Avaliar em próximo estudo.
“ALGUMAS INFORMAÇÕES SÃO ESPECÍFICAS PARA PACIENTES DO INCA. TALVEZ DEIXAR CLARO QUE ESSAS ORIENTAÇÕES SÃO PARA PACIENTES DO HOSPITAL.”	Não acatar: no Início e final dos vídeos informa que são do INCA.
“Talvez um pouco mais de interatividade ou dúvidas comuns dos pacientes pudessem ser incluídas no meio da orientação. Principalmente na hora de frisar alguma orientação. Os vídeos estão bem elucidativos e transmitindo as mensagens necessárias aos cuidados”	Acatar: Usar a alternativa de utilizar algumas perguntas do paciente para dar andamento na explicação. Criar diálogo entre personagens para maior fixação do conteúdo e semelhança a prática, maior interatividade.
“Na minha opinião todos os vídeos estão perfeitos. Colocaria em todos os vídeos para chamar a atenção do cuidador para que estes assistam antes de tirar as dúvidas com a nutricionista. Dessa forma, acredito que ficarão mais bem preparados para o manuseio dos kits, dieta enteral e hidratação. “	Não acatar: A orientação é realizada presencialmente a pessoa e cuidador. É informada que em caso de dúvidas, retorne no vídeo quando achar necessário. Será incluído que poderá entrar em contato com serviço.

“A imagem do profissional preparando a dieta é com ele de luva (ambiente hospitalar). Talvez seja interessante uma introdução no vídeo do preparo da dieta do profissional orientando o familiar/acompanhante a prender o cabelo, deixar livre e limpa a bancada/pia e lavar as mãos antes do preparo,”	Acatar: Adequar padronização personagens e materiais. Incluir cuidados de higiene básicas: lavagem de mãos, higiene do liquidificador (de preferência um exclusivo), colocar somente um texto escrito no vídeo, (pois senão aumentaria muito o tempo do vídeo, e demandaria outro vídeo específico).
“Sugiro fazer um vídeo de introdução, informando que as orientações da dieta serão divididos em 3 vídeos . Um de preparo de dieta, o segundo de infusão e o terceiro de hidratação. Em um segundo momento acho interessante fazer um vídeo de higienização dos materiais.”	Não acatar. Demandaria mais um vídeo.
Rodada 2 vídeos 1,2,3,	
Apresenta estética, ambiente, linguagem verbal e não verbal adequados.	Decisão (acatar, acatar parcialmente* ou não acatar*) *justificar
8.“Achei ótimo”	Obrigada!
10.“A nutricionista fala muito rápido. Para uma melhor compreensão a fala deveria ser mais pausada. Além disso, em muitos momentos a intonação não está adequada. Com relação a legenda, há necessidade que um revisor(a) de língua portuguesa faça a revisão de todo o texto. Pude observar vários trechos com falha na pontuação, ausência de hífen, palavras em minúsculo que deveriam estar em maiúsculo...”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica.
11.“Muito esclarecedor e didático.”	Obrigada!
12.“NA PARTE QUE FALA DA POSSIBILIDADE DE FICAR PÓ NO FUNDO DO LIQUIDIFICADOR, SE COLOCAR ÁGUA A MAIS VAI ULTRAPASSAR O VOLUME PRESCRITO. O IDEAL SERIA ANTES DE TRANSFERIR PARA O FRASCO, VERIFICAR SE FICOU PÓ NO FUNDO E BATER NOVAMENTE CASO NECESSÁRIO.”	Não acatar: Caso o volume fique maior que o prescrito, o importante é que seja utilizada a quantidade de suplemento correta, pois está é quem definirá as calorias e macro nutrientes necessários conforme o planejamento nutricional individualizado, e por vezes, ainda facilita a infusão, haja visto que ela é gravitacional.
14.“Somente um detalhe.....quando mostra no vídeo "a frente do INCA" apareceu escrito Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes..... , o nome do Inca não é mais esse, é somente Instituto Nacional de Câncer e esse detalhe pode ter problemas para a transmissão do vídeo.”	Acatar: Na cena que aparece a frente do INCA, corrigir para o nome atual e correto: Instituto Nacional de Câncer
16.“Reforço que o conteúdo explicativo do vídeo está totalmente adequado ao tema proposto na prática clínica.”	Obrigada!
18.“Sugiro inserir outra imagem após aquela da panela com água fervendo, uma que mostre a água em temperatura ambiente. Sugiro inserir uma imagem mostrando uma lata de lixo quando fala para descartar o medidor que vem na lata do suplemento. Fiquei em dúvida se seria indicado orientar também o uso da tampa da caneta BIC como alternativa para medir o sal. Sugiro orientar onde a lata aberta do suplemento deve ser guardada. Sugiro orientar que	Acatar: Enfatizar que deve ser preparada somente uma etapa de cada vez. Não acatar: “Orientar o uso da tampa da caneta BIC como alternativa para medir o sal”, devido a risco de contaminação, não higienização. “Inserir outra imagem após aquela da panela com água fervendo, uma que mostre a água em temperatura ambiente”. Será

deve ser preparada somente uma etapa de cada vez, alguns pacientes perguntam se pode preparar mais de uma etapa por vez e deixar essa próxima etapa guardada na geladeira.”	ênfatisado que a água deve ser previamente fervida e deverá estar em temperatura ambiente, pois muitos não utilizam água fervida e este item poderia ser mais uma informação que poderia gerar mais dúvidas.
10.“A nutricionista fala muito rápido. Para uma melhor compreensão a fala deveria ser mais pausada. Além disso, em muitos momentos a entonação não está adequada. Com relação a legenda, há necessidade que um revisor(a) de língua portuguesa faça a revisão de todo o texto. Pude observar vários trechos com falha na pontuação, ausência de acento, palavras em minúsculo que deveriam estar em maiúsculo...”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica, padronizar personagens e materiais.
11.“Fácil entendimento de todos os envolvidos.”	Obrigada
14.“Ficou excelente o vídeo”	Obrigada
18.“No vídeo 2 “Sugiro incluir outra imagem de equipo, aquele que é de ponta ao invés de cruz.”	Acatar: Rever cena, e colocar imagem do equipo correto.
19.“A única sugestão é ao final do vídeo, quando a acompanhante recorda as orientações, em um momento cita "o paciente", eu trocaria por "Antonio", já que está recordando o diálogo realizado na consulta. De resto, está ótimo!”	Acatar: Corrigir a fala usando o nome do personagem: Antônio.
7.“Reafirmo que todos os apontamentos estavam adequados e didáticos.”	Obrigada
10.“A nutricionista fala muito rápido. Para uma melhor compreensão a fala deveria ser mais pausada. Com relação a legenda, há necessidade que um revisor(a) de língua portuguesa faça a revisão de todo o texto. Pude observar vários trechos com falha na pontuação, palavras em minúsculo que deveriam estar em maiúsculo e vice-versa...”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica.
11.“Bastante didático e otimizando o tempo de orientação do nutricionista aos pacientes e acompanhantes.”	Obrigada
14.“No vídeo mais ou menos 3 minutos e 05 segundos, o nutricionista fala "qdo acabar de correr a dieta", mas na verdade seria qdo acabar de correr a água. Neste vídeo fala da água e não da dieta”	Acatar: Corrigir a palavra dieta por água.
15.“Poderia dar a opção da hidratação ser feita em bolus? Ênfatisar mais a importância de lavar a SNE para não obstruir.”	Não acatar: O serviço tem como padronização a infusão gravitacional, ofertando materiais necessários a este tipo de infusão. Acatar: Rever vídeo e ênfatisar mais a importância de lavar a SNE para não obstruir. Vai de encontro ao objetivo do vídeo.
16.“Sinalizo aqui que o vídeo apresentado se encontra claro e funcional, sendo totalmente adequado ao objetivo proposto da infusão da dieta”	Obrigada
19.“Ao final do vídeo, quando a nutricionista diz: se "você tiver dúvida", eu trocaria para o plural, "se vocês tiverem dúvidas" já que o diálogo costuma ser com o paciente e um familiar/cuidador. Vale para o vídeo 2 e 3.”	Acatar: Fazer correção ortográfica.
Comentários e/ou sugestões sobre os vídeos	

10.“A facilidade de compreensão pode ser maior se a fala for um pouco mais pausada, principalmente nas etapas de orientação de uso do equipo e conexão com a sonda.”	Acatar: Adequar vídeo na velocidade, entonação da narração, dublagem, correção ortográfica.
14.“Achei que os vídeos estão excelentes, claros e de fácil entendimento”	Obrigada
16.“Todos os três conteúdos apresentados em forma de vídeo estão adequados para uma visualização detalhada, de maneira clara e funcional. Eles servirão como instrumentos de apoio para o manejo correto do preparo, infusão da dieta e hidratação do paciente, minimizando ou até mesmo eliminando erros que poderiam ocorrer devido a uma má interpretação durante a primeira explicação na orientação nutricional da dieta enteral”	Obrigada
19.“Os vídeos estão excelentes, ajudarão a muitas pessoas, parabéns! E melhorou muito da 1a rodada para essa!”	Obrigada

ANEXO 3 - CARTA DA CHEFIA DO SETOR DE NUTRIÇÃO SOLICITANDO RELATÓRIO TÉCNICO DO ESTUDO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.



Solicitação de Relatório Técnico

Para: Mestranda Adriana Moreira Villas Bôas dos Santos

Prezada Mestranda,

Considerando o desenvolvimento do projeto de pesquisa no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional – PPGSAN – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, solicito, por gentileza, o envio do Relatório Técnico referente ao estudo realizado durante o curso de mestrado, intitulado: “Diagnóstico situacional para investigar adesão à terapia nutricional enteral domiciliar em indivíduos com câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Nutrição do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer (INCA).”

Estudo integra o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, intitulado “Orientação para pacientes oncológicos em terapia nutricional ambulatorial”, sob o CAAE nº 74154123.2.0000.5274 e Parecer nº 6.436.855 aprovado em 07 de dezembro de 2023.

O envio do relatório é importante para fins de acompanhamento acadêmico e conhecimento pelo Setor de Nutrição e Dietética do HCI, como está a adesão dos pacientes ambulatoriais atendidos no hospital à terapia nutricional.

Agradecemos antecipadamente pela atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 PATRICIA MOREIRA FEIJÓ
Data: 03/10/2025 16:28:17-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Patricia Moreira Feijó
Chefe do Setor de Nutrição e Dietética - SENUT/HCI
Instituto Nacional de Câncer - INCA

www.gov.br/inca

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 4 – NORMAS DA REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

<https://www.scielo.br/journal/tce/about/#instructions>

ANEXO E – INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES / REVISTA TEXTO&CONTEXTO

No documento **A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem** (páginas 141-143)

REVISTA TEXTO&CONTEXTO ENFERMAGEM – UFSC Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus*. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA Primeiro subtítulo = Caminhos percorridos

Segundo subtítulo = A cura pela prece

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à

publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23×16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e *respeitando o anonimato*. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...] (e7);

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al”.

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹ ou Segundo Oliveira et al⁹ (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de *Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE)*. Exemplos:

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

No documento A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem (páginas 141-143)

ANEXO 5 Quadro – Documentos normativos e orientadores encontrados relacionados à segurança alimentar, educação em saúde, terapia nutricional enteral encontrados e atenção domiciliar.

Documento	Ementa / Objetivo Central	Fonte / Link
Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006	Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm
Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010	Regulamenta a Lei nº 11.346/2006, institui a PNSAN e o SISAN, definindo diretrizes e objetivos da segurança alimentar e nutricional no Brasil.	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece as diretrizes para a organização da RAS no SUS, assegurando continuidade do cuidado e integralidade da atenção.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 (Ministério da Saúde)	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD), definindo critérios e organização da atenção domiciliar.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013	Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS), fundamentada na participação, diálogo e valorização do saber popular.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
Nota Técnica nº 16/2013 – Educação Popular em Saúde	Define orientações práticas para implementação da PNEPS, destacando princípios, diretrizes e estratégias educativas no SUS.	https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 2012	Define princípios, diretrizes e responsabilidades para a promoção da alimentação adequada e saudável, reconhecendo indivíduos com necessidades alimentares especiais.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (2012)	Define conceitos, princípios e diretrizes da Educação Alimentar e Nutricional no contexto das políticas públicas de saúde e segurança alimentar.	https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf
Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (INCA) (INCA, 2009/2015)	Reúne recomendações e diretrizes sobre o cuidado nutricional de pacientes com câncer, incluindo uso de nutrição enteral e parenteral.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_nacional_nutricao_oncologico.pdf
Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde (2010)	Aborda a integração do DHAA e da SAN nas políticas de saúde, orientando gestores e profissionais do SUS.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_humano_alimentacao_seguranca.pdf

Resolução RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, abrangendo segurança e qualidade na dispensação de nutrição enteral.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) 2014	Estabelece diretrizes e ações voltadas à promoção da saúde, enfatizando a educação em saúde, integralidade e equidade.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral (2014)	Propõe um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, com foco em cuidado contínuo e promoção da qualidade de vida.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) 2011	Instrumento validado para mensuração da insegurança alimentar nos domicílios brasileiros.	https://www.caisan.gov.br
Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2012–2015 (CAISAN)	Define metas, ações e estratégias intersetoriais para promover o acesso à alimentação adequada no Brasil.	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013	Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), baseada na dialogicidade, participação e valorização dos saberes populares.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
Caderno de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa (Ministério da Saúde, 2013)	Manual prático com orientações operacionais e técnicas para execução do SAD, critérios de inclusão, indicadores e orientações para profissionais e gestores.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_em_casa.pdf
Instrutivo para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica 2016	Fornece orientações metodológicas para o trabalho em grupos e ações de educação alimentar e nutricional na Atenção Básica.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf
Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, no Programa “Melhor em Casa”, e estabelece diretrizes e critérios para o cuidado domiciliar, incluindo pacientes em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED).	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar — BRASPEN (2018)	Diretrizes técnicas e organizacionais para Terapia Nutricional Domiciliar (TND), incluindo indicação, acompanhamento multidisciplinar e segurança da TNE domiciliar.	https://www.braspen.org.br/diretrizes
Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000	Aprova o Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos para a Terapia de Nutrição Enteral, incluindo preparo, prescrição e administração.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/res0063_06_07_2000.html
Ferramenta TRIA – Triagem de Insegurança Alimentar 2020	Instrumento simplificado para identificar famílias em risco de insegurança alimentar nos serviços de saúde.	https://aps.saude.gov.br/biblioteca
Relatório FAO – O Estado da	Analisa os desafios da fome e má nutrição no mundo, propondo transformações nos	https://www.fao.org/publications/sofi/2020/pt/

Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo (2020)	sistemas alimentares para garantir alimentação saudável e acessível.	
RDC nº 503, de 27 de maio de 2021 (ANVISA)	Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral (TNE) em serviços de saúde, atualizando parâmetros técnicos e de segurança.	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024	Institui e estrutura o Programa Melhor em Casa (PMeC), definindo objetivos, composição e diretrizes para fomento e pactuação do SAD no SUS.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-529746514