Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Alta nutricional em um centro de cuidados paliativos oncológico no Pará: percepções de pacientes e profissionais e desenvolvimento de instrumento

Nutritional discharge in an oncology palliative care center in Pará: patients' and health professionals' perceptions and instrument development

Alta nutricional en un centro de cuidados paliativos oncológicos en Pará: percepciones de pacientes y profesionales de la salud y desarrollo de un instrument

Sofia Yurie Ribeiro Ishigaki[1], Jamilie Suelen dos Prazeres Campos[2], Alyne França da Silva[1], Yasmin de Fátima Brito Moraes[1], Vitória Viana Mileo[1], Lorena Modesto da Silva[1], Jamille Jheniffer Nascimento Farias[2], Liliane de Cássia Ramos da Silva[2], Emanuelle Christina Lobato Andrade[2], Luana Rodrigues Pompeu[3].

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de pacientes e profissionais sobre a alta nutricional em um Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos no Pará e desenvolver um instrumento. **Métodos:** Estudo quantitativo e qualitativo, realizado no Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos no Pará, de abril a novembro de 2025, com pacientes (n= 26) e profissionais de saúde do serviço (n= 11). As análises foram realizadas por meio do software IRAMUTEQ possibilitando análises estatísticas textuais clássicas, análise de similitude e nuvem de palavras**. Resultados:** Participaram pacientes, em sua maioria oriundos do interior do Pará, com escolaridade limitada e baixa renda familiar. Na análise textual dos pacientes, "comer" foi o núcleo do discurso, associado à qualidade de vida, conforto e vida cotidiana, com referências ao domicílio ("casa"), a alimentos regionais ("açaí", "peixe", "carne") e à relação entre comer e estar "forte" ou "fraco". Entre profissionais, o eixo central foi "paciente", com ênfase em orientação, segurança, protocolo, comunicação e equipe, reconhecendo família, cultura e financeiro como condicionantes e "dúvidas/falta/demanda" como barreiras na alta. **Conclusão:** Os achados sustentam que o instrumento deve ser claro e padronizado, favorecer comunicação/registro multiprofissional, considerar adequação cultural e viabilidade socioeconômica com apoio familiar.

Palavras-chave: Alta nutricional, Cuidados paliativos, Oncologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze patients' and health professionals' perceptions of nutritional discharge in an Oncology Palliative Care Center in Pará and to develop an instrument. **Methods:** Quantitative and qualitative study conducted at the Oncology Palliative Care Center in Pará, from April to November 2025, with patients (n=26) and healthcare professionals of the service (n=11). The analyses were performed using the IRAMUTEQ software, enabling classical textual statistical analyses, similarity analysis and word cloud. **Results:** Patients

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.
[2] Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém – PA.
[3] Centro Universitário da Amazônia (UNIESAMAZ), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 3/2026**

participated, mostly from the interior of Pará, with limited schooling and low family income. In the patients' textual analysis, "eating" was the core of the discourse, associated with quality of life, comfort and everyday life, with references to the home ("home"), to regional foods ("açaí", "fish", "meat") and to the relationship between eating and being "strong" or "weak". Among professionals, the central axis was "patient", with emphasis on guidance, safety, protocol, communication and team, recognizing family, culture and financial aspects as conditioning factors and "doubts/lack/demand" as barriers at discharge. **Conclusion:** The findings support that the instrument should be clear and standardized, favor multiprofessional communication/records, consider cultural adequacy and socioeconomic feasibility with family support.

Keywords: Nutritional discharge, Palliative care, Oncology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de pacientes y profesionales de la salud sobre la alta nutricional enun Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos en Pará y desarrollar un instrumento. **Métodos:**Estudio cuantitativo y cualitativo, realizado en el Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos de Pará, de abril a noviembre de 2025, con pacientes (n=26) y profesionales de salud del servicio (n=11). Los análisis se realizaron mediante el software IRAMUTEQ, posibilitando análisis estadísticos textuales clásicos, análisis de similitud y nube de palabras. **Resultados:** Participaron pacientes, en su mayoría procedentes del interior de Pará, con escolaridad limitada y baja renta familiar. En el análisis textual de los pacientes, "comer" fue el núcleo del discurso, asociado a calidad de vida, confort y vida cotidiana, con referencias al domicilio ("casa"), a alimentos regionales ("açaí", "pescado", "carne") y a la relación entre comer y estar "fuerte" o "débil". Entre los profesionales, el eje central fue "paciente", con énfasis en orientación, seguridad, protocolo, comunicación y equipo, reconociendo familia, cultura y aspectos financieros como condicionantes y "dudas/falta/demanda" como barreras en el alta. **Conclusión:** Los hallazgos sustentan que el instrumento debe ser claro y estandarizado, favorecer comunicación/registros multiprofesionales, considerar adecuación cultural y viabilidad socioeconómica con apoyo familiar.

Palabras clave: Alta nutricional, Cuidados Paliativos, Oncología.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia multifatorial e configura-se como um dos principais problemas de saúde pública entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). De acordo com o Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), em 2022 foram registrados cerca de 20 milhões de novos casos de câncer e aproximadamente 9,7 milhões de mortes. No cenário atual, estima-se que esse número possa alcançar 35 milhões de novos casos até 2050 (BRAY F, et al., 2024).

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que deve ser iniciada desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, de forma contínua e integral. Essa abordagem considera o indivíduo em sua totalidade, contemplando aspectos psicossociais, físicos e espirituais (WHO, 2020). Assim, no contexto oncológico, o CP segue essa mesma premissa e, por meio da atuação multidisciplinar, busca beneficiar o curso da doença, evitando tratamentos e terapias agressivas e não benéficas (STRANG P, 2022).

No âmbito hospitalar, o acompanhamento nutricional em CP tem como principal função auxiliar no manejo dos sintomas gastrointestinais, respeitando a tolerância do paciente, bem como a complexidade e o valor simbólico da alimentação (COTOGNI P, et al., 2021).

Conforme o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, a assistência nutricional ao paciente oncológico adulto em CP tem como objetivo promover qualidade de vida por meio do alívio de sintomas e da dor total. Dessa forma, a conduta nutricional deve estar alinhada à expectativa de vida e às necessidades do paciente (INCA, 2015).

O planejamento da alta hospitalar deve ser iniciado desde o início da internação, de modo que a equipe multiprofissional atue como facilitadora na transição do cuidado no momento da alta (BARBOSA SM, et al., 2023). Nesse contexto, o instrumento de planejamento de alta torna-se um recurso benéfico para a organização do cuidado e para a redução de eventos adversos associados à transferência de informações (KUUSISTO A, et al., 2019). Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo analisar a percepção de pacientes e profissionais sobre a alta nutricional em um Centro de CP Oncológicos no Pará e desenvolver um instrumento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, desenvolvido por meio da coleta de informações necessárias para a elaboração de um instrumento de planejamento de alta nutricional, atribuído aos pacientes oncológicos em CP. O estudo foi desenvolvido no Centro de CPO oncológicos no Pará, no período de abril a novembro de 2025.

A coleta de informações necessárias à pesquisa foi direcionada aos pacientes internados no centro de cuidados paliativos oncológicos do HOL, assim como aos profissionais da equipe multidisciplinar de CP. Teve como amostra por conveniência de 26 pacientes, adultos e idosos na faixa etária de 42 a 89 anos e 11 profissionais de saúde de 6 categorias, sendo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos.

Foram incluídos neste estudo indivíduos portadores de neoplasia maligna em CP e que aceitaram participar de maneira voluntária na presente pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV) (APÊNDICE B). Aqueles pacientes que apresentaram limitações de fala e/ou compreensão participaram da pesquisa auxiliados por seus acompanhantes. Além disso, participaram os profissionais de saúde atuantes no local.

Foram excluídos os pacientes que não se enquadraram na faixa etária estabelecida, que não aceitaram assinar o TCLE e TAGV e que não apresentaram perspectiva de alta hospitalar e/ou estavam em fase final de vida. Além dos profissionais da equipe multidisciplinar que não assinaram o TCLE e que estivam de licença e/ou férias no período da coleta.

Os pacientes e profissionais foram esclarecidos dos objetivos e procedimentos da investigação e da coleta dos dados, sendo então solicitada a assinatura do TCLE e TAGV para participação efetiva na pesquisa.

A presente pesquisa foi desenvolvida estabelecendo as normas éticas determinadas pelas Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/2012 e 508/18. Para garantir a proteção e o direito dos participantes e voluntários assegurados, a pesquisa passou por meio da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola (CEP- HOL), e cumpriu rigorosamente os Aspectos Éticos e Legais, sendo aprovado pelo CEP-HOL (Parecer nº: 7.445.234/ CAAE: 85835225.2.0000.5550) e garantindo a voluntariedade, confidencialidade e assinatura do TCLE e TAGV pelos participantes.

No momento da coleta de dados foi informado ao entrevistado o objetivo e a metodologia seguida, assim como os possíveis riscos e benefícios da pesquisa. Para evitar possíveis constrangimentos em relação a alguma pergunta do formulário de pesquisa, a entrevista foi realizada em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de informações. Caso ocorresse desconforto emocional relacionado à presença do pesquisador, foi assegurado ao participante a liberdade de se recusar a ingressar ou dar continuidade à coleta.

Foi estabelecido o zelo pelos sigilos dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações, que foram arquivadas pelos pesquisadores responsáveis por um período de até cinco (5) anos e utilizadas exclusivamente para uso científico, publicações e apresentações. Este estudo assume também o compromisso de não publicar o nome do participante (nem mesmo suas iniciais) ou qualquer outra forma

que permita a identificação individual, evitando assim a divulgação de dados confidenciais. A elaboração do instrumento de planejamento de alta nutricional para pacientes oncológicos em CP foi realizada por meio das seguintes etapas:

Para o levantamento bibliográfico, utilizou-se como base de dados a National Library of Medicine (PUBMED), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca, utilizou-se descritores em Ciência da Saúde associado ao booleano AND “Palliative care and Oncology”, “Hospital Discharge Planning” e "Nutritionand Palliative Care".

Assim, para a elaboração do instrumento de planejamento de alta nutricional empregou-se como critérios de inclusão, artigos publicados nos últimos 5 anos no idioma português, inglês e/ou espanhol, além dos últimos consensos e materiais publicados como referência da temática abordada. Ademais, em relação aos critérios de exclusão utilizou-se os que estavam fora da temática estudada e impossibilidade de visualização na íntegra.

Para a coleta de informações foram desenvolvidos dois formulários com perguntas distintas e adaptadas para os diferentes públicos, por meio do aplicativo Google Forms, sendo um formulário direcionado aos profissionais de saúde e o outro para os pacientes, caso apresentassem limitações de fala e/ou compreensão participaram da pesquisa desde que auxiliados por seus acompanhantes.

A coleta das informações foi realizada com a equipe multidisciplinar por meio do Formulário de Coleta de Dados do Profissional de Saúde (APÊNDICE C), que foi enviado por aplicativo móvel para que os próprios profissionais respondessem questões sobre dados pessoais e sua percepção sobre a alta hospitalar.

A partir do momento em que o paciente apresentasse previsão de alta foi aplicado à beira leito o Formulário de Coleta de Dados do Paciente (APÊNDICE D), onde foram coletados, de modo presencial pelo pesquisador, dados sociodemográficos, história clínica e perguntas sobre a percepção do paciente em relação à nutrição no processo da alta hospitalar. A entrevista teve duração de 10 a 20 minutos.

De modo a facilitar a análise qualitativa equantitativa da percepção do paciente quanto à alta hospitalar, as respostas sobre este tema foram gravadas e transcritas por meio de um aplicativo de transcrição de texto, aqueles que apresentassem limitações de fala e/ou compreensão participaram da pesquisa desde que auxiliados por seus acompanhantes.

O instrumento de planejamento de alta nutricional hospitalar foi desenvolvido baseado no levantamento de informações coletadas nos formulários de entrevista, tendo como objetivo sistematizar a padronização e orientação da conduta do profissional nutricionista no momento da alta nutricional hospitalar. Consequentemente, pretende-se com este instrumento garantir uma alta nutricional hospitalar segura, onde os pacientes oncológicos em CP recebam toda a orientação necessária para que tenham autonomia no manejo dos principais sinais e sintomas nutricionais apresentados em seu domicílio.

O instrumento pode possibilitar ainda a organização do processo de alta nutricional e a normatização da comunicação efetiva entre paciente, cuidadores e profissionais de saúde.

A partir das informações coletadas através dos formulários de entrevista, os dados coletados na plataforma Google Forms foram automaticamente apresentados na forma de gráficos e tabulados em planilhas no programa Microsoft Excel para o acompanhamento das informações.

Em relação aos dados coletados com os pacientes e seus familiares, as análises foram realizadas por meio do software IRAMUTEQ (Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), possibilitando análises estatísticas textuais clássicas, análises de similitude e nuvem de palavras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração do instrumento de planejamento de alta nutricional para pacientes internados no Centro de Cuidados Paliativos surge como um passo fundamental para padronizar e qualificar o cuidado nutricional.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra de pacientes, n=26.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	16	61,5
Feminino	10	38,5
Idade		
Adultos	8	30,76
Idosos	18	69,23
Naturalidade		
Região Metropolitana de Belém	6	23,07
Interior do Pará	15	57,69
Outros estados	5	19,23
Escolaridade		
Ensino Superior	-	-
Ensino Médio	13	50
Ensino Fundamental	6	23,1
Analfabeto	7	26,9
Renda Familiar		
<1 Salário-mínimo	12	46,2
1 a 2 Salários-mínimos	13	50
>2 Salários-mínimos	1	3,8

Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

A amostra foi composta por 26 pacientes internados no Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos, cujas características estão apresentadas na **Tabela 1**. A população era majoritariamente do sexo masculino (61,5%), enquanto (38,5%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 42 e 89 anos, com predominância de idosos (69,23%). Esse predomínio de pacientes idosos e o perfil clínico-sociodemográfico corrobora com o que é descrito em serviços oncológicos e de CP na região norte, com forte presença de vulnerabilidade socias e assistenciais (BASTOS BR, et al., 2018; MAIA AES, et al., 2021).

Quanto à naturalidade, observou-se predominância de participantes oriundos do interior do Pará (57,69%), seguidos por indivíduos da Região Metropolitana de Belém (23,07%) e de outros estados (19,23%). Este achado é coerente com a organização da região ao acesso aos serviços especializada em oncologia e paliativos, sendo frequentemente concentrada na capital, o que favorece o fluxo do interior para os centros de referências (BASTOS BR, et al., 2018; MAIA AES, et al., 2021).

Em relação à escolaridade, houve predomínio de ensino médio (50%), seguido pelo analfabetismo (26,9%). A renda familiar variou entre menos de um salário-mínimo e mais de dois salários-mínimos, com maior proporção de pacientes na faixa de 1 a 2 salários-mínimos (50%), seguida por aqueles com renda inferior a 1 salário-mínimo (46,2%). As condições socioeconômicas e de ensino, influenciam diretamente na compreensão e adesão as orientações de alta, em especial, quando o cuidado passa a ser em domicílio e depende diretamente do cuidador/família e de recursos ali disponíveis. Do ponto de vista da alta e do cuidado em casa, esse perfil sugere que há um maior risco de barreiras práticas, como financeiras ou/e de compressão das orientações, reforçando a necessidade de uma linguagem simples, estratégias de reforço e participação ativa da família e cuidador no planejamento de alta (ATTY ATM e TOMAZELLI JG, 2018; MELO RC, et al., 2025).

Tabela 2 - Histórico clínico da amostra de pacientes, n=26.

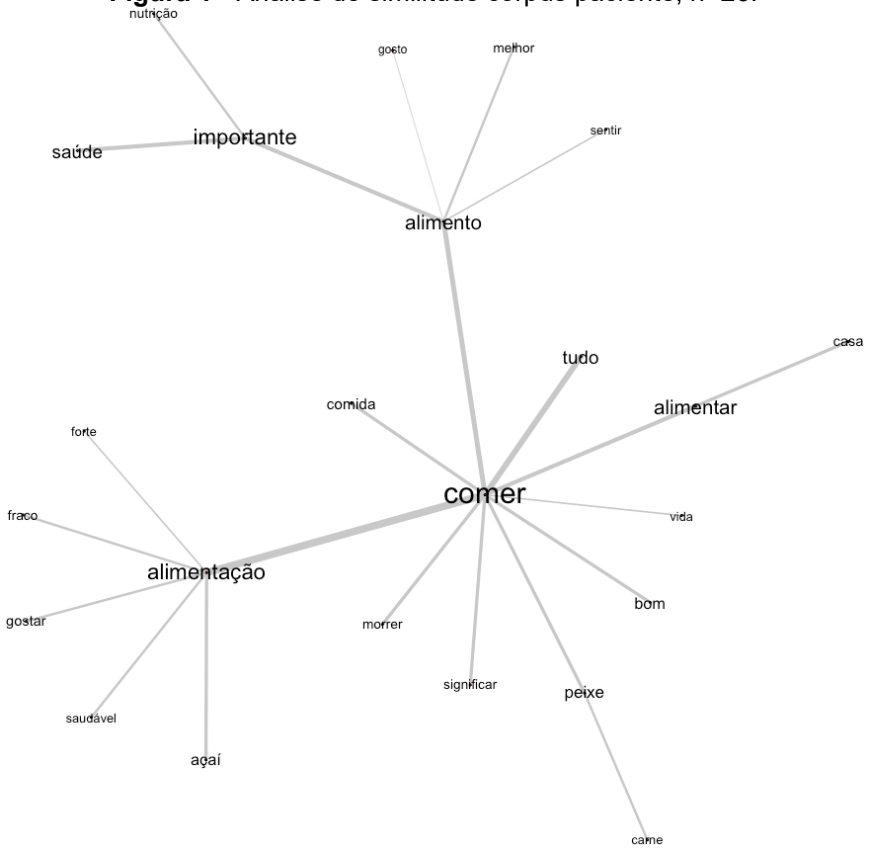
Variável	N	%
Via alimentar		
Oral	23	88,4
Sonda/Gastrostomia	3	11,5
Nutrição Parenteral	-	-
Dieta mista	-	-
Tempo de internação		
Até 10 dias	10	38,46
>10 dias até 30 dias	13	50
>30 dias	3	11,53

Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

Na **Tabela 2**, observa-se o histórico clínico dos pacientes relacionados a via alimentar e tempo de internação, tendo como maioria pacientes que se alimentam por via oral e tempo médio de internação de 11 a 30 dias. Quando se fala de CP, a via oral tende a ser priorizada quando for possível, por conta de estar associada ao conforto, autonomia e experiencia alimentar; quando há necessidade de nutrição ou hidratação artificiais, é recomendando decisão individualizada, sendo proporcional e alinhada com metas de cuidado e conforto (BRASIL, 2018; BRASIL, 2024; MAGALHÃES MÂBCO, et al., 2024).

De acordo com o perfil da amostra de profissionais de saúde, participaram as áreas de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e outros atuantes em CP oncológicos. A participação multiprofissional está alinhada às diretrizes nacionais mais recentes para a organização do CP no SUS, que focam no cuidado integral, continuidade da assistência e abordagem centrada na pessoa e família (BRASIL, 2024).

Figura 1 - Análise de similitude corpus paciente, n=26.



Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

Na análise de similitude do corpus dos pacientes (**Figura 1**), o termo central que surge como núcleo organizador do discurso é “Comer”. Esse achado é de extrema importância em CP, pois, reforça que na visão do paciente, a alimentação é vista menos como uma prescrição e mais como uma experiência concreta do cotidiano, que está ligada ao bem-estar, funcionalidade e significado. Esses achados convergem com discussões brasileiras em CP oncológicos que tratam a alimentação como experiencia de conforto e sentido (CAMARGO NRP, et al., 2023; BRASIL, 2024).

A rede de concorrências mostra uma forte ligação entre “comer” e “alimentação” / “alimento”, ademais mostra conexões com “tudo”, “vida”, “bom” e “melhor”, o que sugere que comer está associado a uma ideia ampla de qualidade de vida e de se seguir “vivendo da melhor forma possível”, dentro do contexto clínico de CP. A associação entre comer, qualidade de vida e conforto é compatível com o entendimento de CP como cuidado ativo voltado a qualidade de vida e alívio de sofrimento do paciente, com suas metas individualizadas (BRASIL, 2024).

Importante salientar a proximidade de “importante” com “saúde” e “nutrição, o que indica que os pacientes reconhecem o valor da nutrição, porém expressam com linguagem cotidiana, vinculando ao ato de comer e ao que faz bem. Este achado reforça a necessidade de orientar com linguagem acessível e centrada no cotidiano do paciente, especialmente no momento de transição para o domicílio, onde essa continuidade de cuidado depende de uma comunicação efetiva e da compressão das orientações (MELO RC, et al., 2025; COSTA MFBNA, et al., 2021).

Destaca-se, ainda, a presença de termos relacionados ao domicílio (ex: “casa”) conectados a “comer” / “alimentar”, sustentando assim, que a alta deve preparar o paciente e cuidador para o adequado manejo em casa, eixo que permeia a proposta do instrumento. A literatura acerca da transição e continuidade do cuidado pós-alta reforça que o planejamento deve antecipar as necessidades no domicílio, com organização de informações e responsabilidades, de modo que reduza a descontinuidade do cuidado (MELO RC, et al., 2025; RODRIGUES TFCS, et al., 2023).

Além disso, surgem termos regionais e culturais, como “açaí”, “peixe” e “carne”, demonstrando que o repertório alimentar do paciente é atravessado por alimentos tradicionais do território amazônico. Esse achado é central para aplicabilidade do instrumento: recomendações precisam ser culturalmente adequadas, realista e negociadas, considerando preferências, disponibilidade e o simbolismo da alimentação. Esse achado dialoga com reflexões brasileiras sobre os desafios de uma recomendação padronizada e a diversidade alimentar regional, em especial na Amazônia (CORRÊA NA e SILVA HP, 2021).

Ademais, encontram-se termos como “forte” e “fraco”, reforçando uma compreensão comum dos pacientes, de que, comer se relaciona com força, energia e resistência. Em CP, isso demanda uma abordagem que seja educativa e cuidadosa, para alinhar expectativas e evitar a culpabilização do paciente, mantendo seu foco em conforto, prazer e metas individualizadas. O olhar de “conforto” como eixo do cuidado alimentar é destacado em publicações brasileiras voltadas ao cenário oncológico paliativo (CAMARGO NRP, et al., 2023; BRASIL, 2018).

Figura 2 - Nuvem de palavras corpus paciente, n=26.



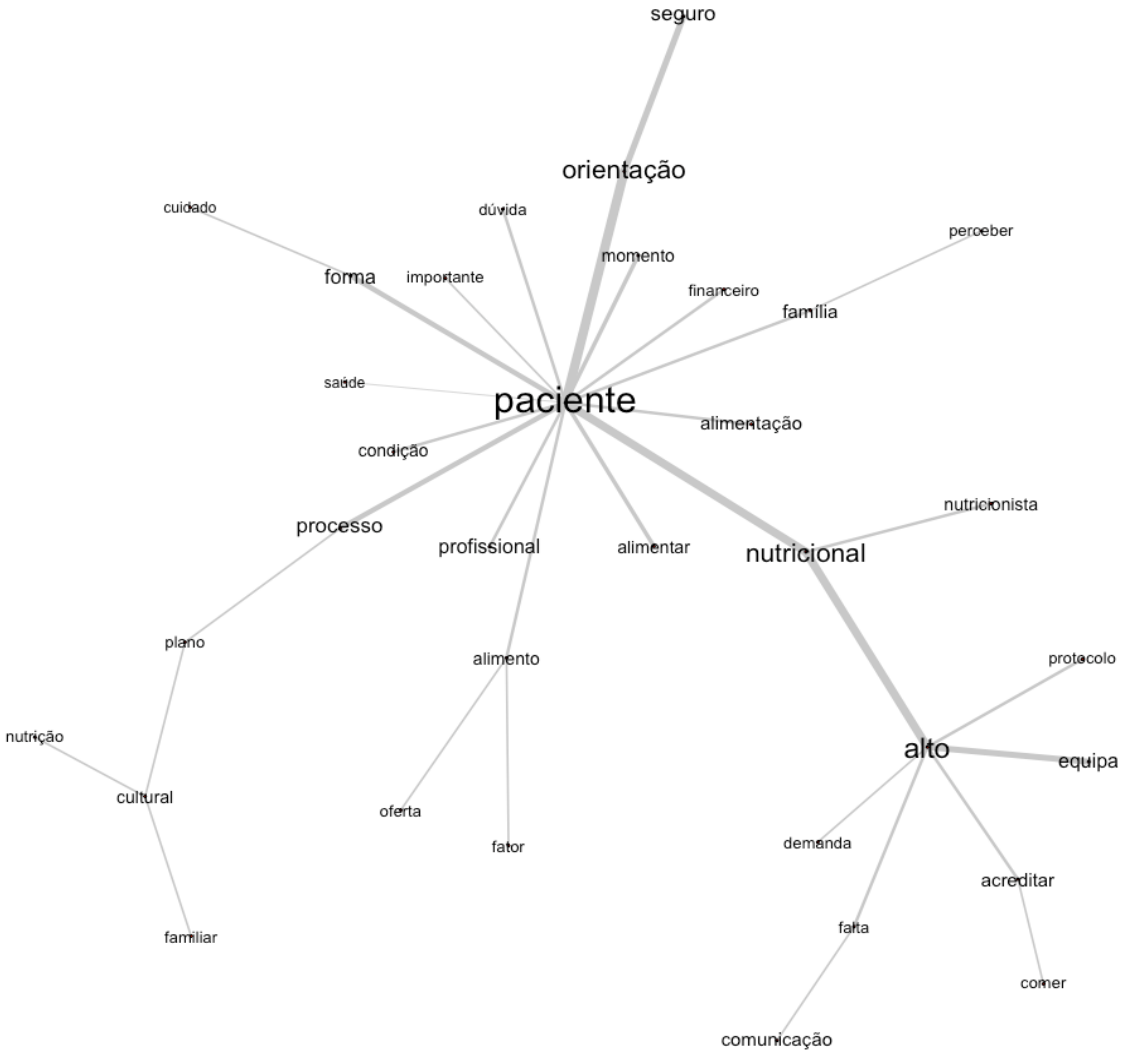
Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

A nuvem de palavras do corpus de paciente (**Figura 2**), evidencia juntamente com a similitude, o predomínio do termo “comer” como o mais frequente. Em seguida, aprecem palavras diretamente ligadas ao ato alimentar e o cuidado nutricional, como “alimento”, “alimentar”, e “alimentação”, além de, termos avaliativos e afetivos como “importante”, “bom”, “melhor”, “sentir”, “gosto” e “gostar”. Esse conjunto sugere

que, para os pacientes, a nutrição é percebida principalmente a partir da vivência prática da alimentação, com associação forte ao conforto e bem-estar, pilares norteadores do CP. A interpretação corrobora com estudos que situam a comida como fonte de conforto e sentido no CP oncológico (CAMARGO NRP, et al., 2023)

Um achado fundamental, que condiz com a análise de similitude, é a presença de marcadores culturais em destaque, como “açaí” e “peixe”, o que reforça que o planejamento de alta nutricional deve ser estruturado com linguagem acessível (“comer”, “alimento”, “casa”), foco em metas realistas para o domicílio, sendo alinhadas com o conforto e qualidade de vida. Esta adequação cultural é condição de aplicabilidade e adesão a orientação, especialmente em regiões com forte identidade alimentar (CORRÊA NA e SILVA HP, 2021).

Figura 3 - Análise de similitude corpus profissional da saúde, n=11.

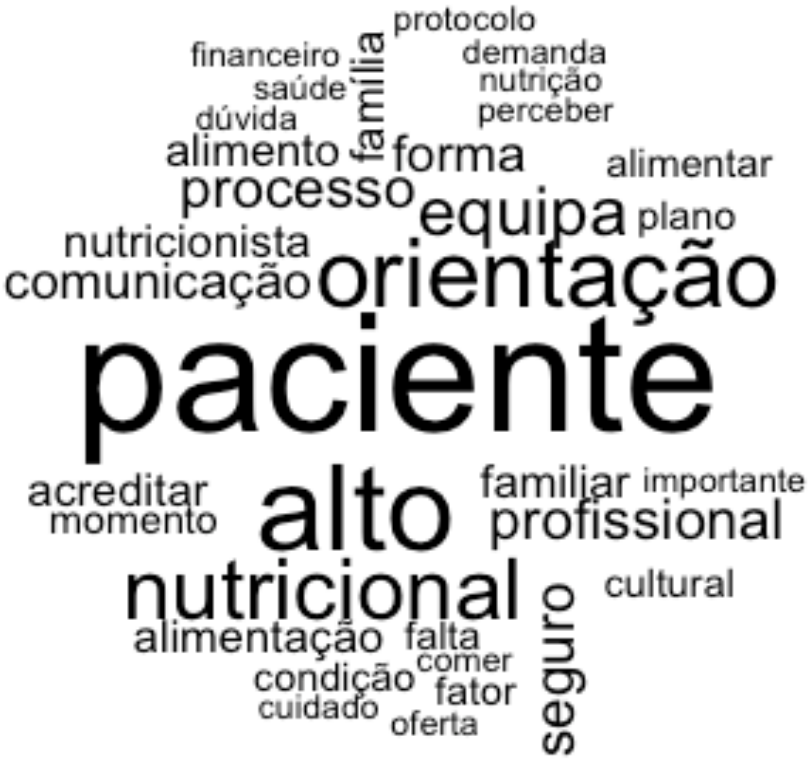


Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

Na análise de similitude do corpus profissional (**Figura 3**), observa-se como eixo central do discurso o termo “paciente”, indicando que o processo de alta hospitalar é entendido como centrado na pessoa, não apenas e uma etapa administrativa. A partir disso, o núcleo destaca conexões relevantes com os termos “orientação” e “seguro”, sugerindo que, para os profissionais, a alta nutricional deve ser entendida como um momento de educação em saúde e de redução de riscos. A literatura sobre alta e continuidade do cuidado ressalta que a transição segura requer um planejamento, orientação e checagem de compreensão, tendo foco no domicílio (COSTA MFBNA, et al., 2021; MELO RC, et al., 2025).

Outro agrupamento relevante associa “alto” (alta) a “nutricional”, com ramificações para “equipe”, “protocolo” e “comunicação”. Este padrão aponta para um entendimento prático: a alta nutricional depende de uma padronização mínima (protocolo/rotina) e, principalmente, de uma comunicação efetiva entre equipe, paciente e cuidadores, sendo essa questão crítica para garantir a continuidade do cuidado. Esse entendimento é consistente com a própria finalidade do instrumento proposto no estudo, voltado a uma padronização de conduta e orientação no momento da alta, dando foco em autonomia e segurança no domicílio. Checklists e rotinas de preparo para alta, são ferramentas estruturadas que vêm sendo propostas e validadas como estratégias para reduzir omissões e apoiar segurança do paciente (GHENO T, et al., 2024).

Figura 4 - Nuvem de palavras de corpus profissional da saúde, n=11.



Fonte: Ishigaki SYR, et al., 2026.

A nuvem de palavras dos profissionais (**Figura 4**), reforça esse panorama, evidenciando com maior frequência os termos como “paciente”, “orientação”, “alta”, “nutricional” e “equipe”. A presença de palavras como “processo”, “profissional”, “protocolo” e “comunicação” demonstra que a alta é percebida como um processo multiprofissional, tendo a necessidade de coordenação e alinhamento entre as equipes. Essa compreensão é consistente com as diretrizes do SUS para CP, que ressaltam a integração entre pontos de atenção, equipe multiprofissional e participação da família (BRASIL, 2018; BRASIL, 2024).

Ademais, a ocorrência de termos como “família/familiar”, “cultura” e “financeiro” demonstra que os profissionais reconhecem condicionantes relevantes para a adesão as orientações: participação do cuidador/família, hábitos alimentares da região/culturais e limitações socioeconômicas. Esse achado corrobora com a literatura brasileira acerca da atenção domiciliar e paliativa, que reforça a centralidade da família e/ou cuidador e das condições de vida para viabilizar o cuidado no domicílio (ATTY ATM e TOMAZELLI JG, 2018).

Ao analisarmos sobre a ótica de barreiras presentes na alta, aparecem elementos como “dúvidas”, “falta”, “demanda” e “momento”, que podem ser entendidas como: persistências de incertezas do paciente/cuidador no momento da alta, lacunas de tempo e recursos para orientar com qualidade; e pressão

assistencial(“demanda”) que podem vir a reduzir a efetividade da comunicação. Esse cenário dialoga diretamente com discussões sobre a descontinuidade do cuidado pós-alta e a necessidade de estratégias de comunicação, que sustentem a transição para o domicílio (MELO RC, et al., 2025; COSTA MFBNA, et al., 2021). Sendo assim, os resultados apontam que um instrumento de alta nutricional, para que seja aplicável, necessita ser objetivo, padronizado, e ao mesmo tempo flexível para que possa contemplar as singularidades vividas pelos pacientes (condição clínica, família, recursos disponíveis e cultura). O reconhecimento da alimentação como dimensão de conforto e significado é um aspecto frequentemente destacado nas discussões sobre o CP oncológico (CAMARGO NRP, et al., 2023; CORRÊA NA e SILVA HP, 2021).

Ao integrar as duas análises dos corpus, observa-se a convergência e complementaridade, para os profissionais, a alta nutricional se organiza como processo que exige orientação, protocolo, comunicação e atuação em equipe, com segurança e foco. Já para os pacientes, a nutrição é entendida no verbo “comer”, associando ao prazer, bem-estar, força, vida cotidiana e saúde, especialmente no contexto familiar.

Esses resultados sustentam que o instrumento de planejamento de alta nutricional, para ser efetivo, precisa comtemplar pelo menos 4 dimensões: A primeira é a clareza e padronização mínima: checklist de pontos essenciais, linguagem simples e estrutura que facilite sua execução, mesmo em cenários onde há alta demanda; a comunicação e registro multiprofissional: orientar o que deve ser comunicado e como deve ser, reduzindo assim a perda de informações no momento de transição para o cuidado em domicílio; a adequação cultural: incluir estratégias compatíveis com a cultura alimentar local, bem como a disponibilidade dos alimentos, evitando assim orientações inviáveis e aumentando a aceitabilidade do paciente; a viabilidade socioeconômica e o apoio familiar: Reconhecer as barreiras financeiras e o papel da família/cuidador, criando propostas alternativas e acessíveis. A primeira e a segunda dimensão têm respaldo em propostas de checklist do preparo para alta e em estudos sobre prática profissionais na transição do cuidado, já a terceira e a quarta, dialogam diretamente com o debate da diversidade alimentar regional, e com as diretrizes do SUS para organização do CP (GHENO T, et al., 2024; COSTA MFBNA, et al., 2021; CORRÊA NA e SILVA HP, 2021; BRASIL, 2024).

Como limitações da pesquisa, destaca-se o uso de amostra por conveniência, a dependência de respostas autorrelatadas e a possibilidade de variações na riqueza do discurso em razão da condição clínica, fadiga e apoio do acompanhante durante as entrevistas, quando necessário.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou integralmente seu objetivo para a elaboração do instrumento de planejamento de alta nutricional para pacientes internados no Centro de CP oncológico do Pará. Com o estudo foi possível identificar e organizar, de forma objetiva, os principais núcleos de sentindo sobre a alta nutricional sob a perspectivas dos dois principais autores desse momento, pacientes e profissionais, contribuindo assim, para o delineamento de um instrumento aplicável e centrado na realidade do serviço na região amazônica.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM GKD e SILVA GSN. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. Revista Bioética, 2021; 29(3): 547-557.
2. ATTY ATM e TOMAZELLI JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. Saúde em Debate, 2018; 42(116): 225-236.
3. BARBOSA SM, et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. Revista Brasileira de Enfermagem, 2023; 76(6): e20220772.
4. BASTOS BR, et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amazônica de Saúde, 2018; 9(2): 31-36.

5. BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui/atualiza diretrizes e organização dos cuidados paliativos no SUS (normativo vigente). 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_07_05_2024.html. Acessado em: 10 de dezembro de 2025.
6. BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, no âmbito do SUS. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acessado em: 10 de dezembro de 2025.
7. BRAY F, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2024; 74(3): 229-263.
8. CAMARGO NRP, et al. Dieta de conforto em cuidados paliativos oncológicos: contribuições para qualidade de vida e bem-estar. Revista Brasileira de Cancerologia, 2023; 69(2): e-232372.
9. CORRÊA NA e SILVA HP. Da Amazônia ao guia: recomendações dietéticas em cuidados paliativos oncológicos na região Norte. Saúde e Sociedade, 2021; 30(1): e200348.
10. COSTA MFBNA, et al. Práticas da enfermeira hospitalar para continuidade do cuidado na transição para a atenção primária à saúde. Texto & Contexto Enfermagem, 2021; 30: e20200497.
11. COTOGNI P, et al. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. Nutrients, 2021; 13(2): 306.
12. GHENO T, et al. Checklist de preparo para alta hospitalar de pacientes adultos e idosos. Acta Paulista de Enfermagem, 2024; 37: eAPE02291.
13. INCA. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso_nacional_de_nutricao_oncologica_2edicao_2015.pdf. Acessado em: 10 de dezembro de 2025.
14. KUUSISTO A, et al. Standardizing key issues from hospital through an electronic multi-professional discharge checklist to ensure continuity of care. Stud Health Technol Inform, 2019; 264: 664-668.
15. MAIA AES, et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. Revista Brasileira de Cancerologia, 2021; 67(2): e-05864.
16. MAGALHÃES MÂBCO, et al. Dimensão ética da alimentação e hidratação artificiais no doente terminal. Revista Bioética, 2024; 32: e3604.
17. MELO RC, et al. Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2025; 35(2): e350216.
18. RODRIGUES TFCS, et al. Discharge planning performed by nurses increased the competence of caregivers of dependent patients: a randomized clinical trial. Texto & Contexto Enfermagem, 2024; 33: e20230147.
19. STRANG P. Palliative oncology and palliative care. Molecular Oncology, 2022; 16(19): 3399-3409.
20. WHO. Palliative care. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acessado em: 20 de julho de 2024.