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

# Validação de protocolo de terapia nutricional oral e enteral para pacientes oncológicos em cuidados paliativos na Amazônia

Validation of oral and enteral nutritional therapy protocol for cancer patients in palliative care in the Amazon

Validación de protocolo de terapia nutricional oral y enteral para pacientes oncológicos en cuidados paliativos en la Amazonía

Alyne França Da Silva[1], Jamille Jheniffer Nascimento Farias[2], Sofia Yurie Ribeiro Ishigaki[1], Lorena Modesto da Silva[1], Yasmin de Fátima Brito de Oliveira Moraes[1], Vitória Viana Mileo[1], Jamilie Suellen Dos Prazeres Campos[2], Liliane de Cássia Ramos da Silva[2], Emanuelle Christina Lobato Andrade[2], Suzany Trindade Queiroz[3].

**RESUMO**

**Objetivo:** Validar o conteúdo de um protocolo para a indicação e acompanhamento da terapia nutricional oral e enteral em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Métodos:** Estudo metodológico descritivo utilizou o instrumento AGREE II para a validação por 8 juízes especialistas (nutricionistas). **Resultados:** Todos os seis domínios do AGREE II alcançaram escores de adequabilidade elevados, superando o ponto de corte de 60%, com percentuais variando de 90,10% (Aplicabilidade) a 98,58% (Clareza da Apresentação). O protocolo foi considerado válido, demonstrando alta credibilidade e viabilidade de implementação. Sugestões de correções incluíram a formalização de um cronograma de revisão (máximo de 3 anos), a inclusão de indicadores de qualidade específicos e a formalização da Declaração de Conflito de Interesses. **Conclusão:** O protocolo validado é uma ferramenta essencial para uniformizar e qualificar o cuidado nutricional no CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia), promovendo condutas baseadas em evidências e centradas na autonomia do paciente.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos, Terapia nutricional, Oncologia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To validate the content of a protocol for the indication and monitoring of oral and enteral nutritional therapy in oncology patients in palliative care. **Methods:** A descriptive methodological study used the AGREE II instrument for validation by 8 expert judges (nutritionists). **Results:** All six domains of AGREE II achieved high adequacy scores, exceeding the cutoff point of 60%, with percentages ranging from 90.10% (Applicability) to 98.58% (Clarity of Presentation). The protocol was considered valid, demonstrating high credibility and feasibility of implementation. Suggestions for corrections included the formalization of a review

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.
[2] Hospital Ophir Loyola, Belém – PA.
[3] Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – PA.

**SUBMETIDO EM: 12/2025** | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

schedule (maximum of 3 years), the inclusion of specific quality indicators, and the formalization of a Conflict of Interest Declaration. **Conclusion:** The validated protocol is an essential tool for standardizing and improving the quality of nutritional care in the CACON (High Complexity Oncology Center), promoting evidence-based practices centered on patient autonomy.

**Keywords:** Palliative care, Nutritional therapy, Oncology.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Validar el contenido de un protocolo para la indicación y el seguimiento de la terapia nutricional oral y enteral en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. **Métodos:** Estudio metodológico descriptivo que utilizó el instrumento AGREE II para su validación por 8 jueces expertos (nutricionistas). **Resultados:** Los seis dominios de AGREE II obtuvieron puntuaciones de adecuación elevadas, superando el umbral del 60%, con porcentajes que oscilaron entre el 90,10% (Aplicabilidad) y el 98,58% (Claridad de la presentación). El protocolo se consideró válido, demostrando alta credibilidad y viabilidad de implementación. Las sugerencias de mejora incluyeron la formalización de un calendario de revisiones (máximo de 3 años), la inclusión de indicadores de calidad específicos y la formalización de una declaración de conflicto de intereses. **Conclusión:** El protocolo validado es una herramienta esencial para estandarizar y mejorar la calidad de la atención nutricional en el CACON (Centro Oncológico de Alta Complejidad), promoviendo prácticas basadas en la evidencia centradas en la autonomía del paciente.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Terapia nutricional, Oncología.

## INTRODUÇÃO

O câncer representa um conjunto de doenças de grande impacto social e econômico em escala global, resultado de alterações celulares complexas que promovem o crescimento anormal e desordenado de células e sustentam a oncogênese (HE K, et al., 2023; O'FLANAGAN CH, et al., 2021).

No Brasil, a estimativa é de 704 mil novos casos de câncer, excluindo os de pele não melanoma, o que ressalta a relevância da divulgação de informações clínico-epidemiológicas para o sistema de saúde (INCA, 2022; REIS M, et al., 2024).

Diante da gravidade das neoplasias, os Cuidados Paliativos (CP) mostram-se essenciais, devendo ser iniciados desde o diagnóstico, como complemento ao tratamento oncológico, com o objetivo de garantir a dignidade humana. Conforme a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), o CP é definido como um conjunto de ações que visam ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças que limitam ou ameaçam a continuidade da vida (BRASIL, 2024).

Essa modalidade de cuidado aborda as esferas física, emocional, social e espiritual, buscando um tratamento mais humanizado, centrado nas necessidades individuais e familiares, tratando o que Cicely Saunders definiu como "dor total" (DA SILVA MJ e DE ARAÚJO MM, 2012; WHO, 2020).

A assistência nutricional assume papel crucial na qualidade de vida dos pacientes em CP, integrando a equipe multidisciplinar de forma humanizada (BEZERRA JR, et al., 2023; COTOGNI P, et al., 2021). O nutricionista, cuja especialidade em Nutrição Clínica em Cuidados Paliativos foi reconhecida pelo Conselho Federal de Nutricionistas por meio da Resolução nº 689/2021, atua na prevenção da caquexia oncológica, no controle de sintomas e na ressignificação do papel da alimentação (BRASIL, 2018; MORAIS SR, et al., 2016).

No entanto, a Terapia Nutricional (TN) em pacientes oncológicos paliativos é complexa e exige um plano de cuidado individualizado, uma vez que o tratamento oncológico e as alterações metabólicas, como a desregulação do metabolismo celular nos *hallmarks* do câncer, são deletérios ao estado nutricional (KOWATA CH, et al., 2009; PEIRIS-PAGÈS M, et al., 2016).

A decisão sobre iniciar, manter ou suspender a TN demanda um julgamento clínico complexo, que deve equilibrar os potenciais benefícios, como a prevenção de desidratação ou desnutrição grave, com os riscos e desconfortos, incluindo o risco de broncoaspiração, dor e o potencial prolongamento desnecessário do sofrimento (DE CASTRO JMF, et al., 2017; PINHO-REIS C, 2012; SILVA MP, et al., 2020).

Nesse cenário de incertezas e necessidade de individualização, observa-se escassez de protocolos e diretrizes nacionais específicos que ofereçam um guia prático e baseado em evidências para o nutricionista clínico, especialmente no contexto da Terapia Nutricional Enteral (TNE) em pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, conforme apontado na literatura. Essa lacuna frequentemente resulta em variabilidade de condutas e pode comprometer a qualidade da assistência, considerando a complexidade da decisão entre o suporte nutricional para prolongar a vida e o foco no conforto e na qualidade de vida (BARBOSA DE MOURA RB, et al., 2020; PEREIRA ÂC, 2022).

Nesse viés, este estudo teve como objetivo validar o conteúdo de um protocolo para a indicação e o acompanhamento da terapia nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

## MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um estudo metodológico descritivo focado na validação de conteúdo de um protocolo de indicação e acompanhamento da terapia nutricional para pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

Inicialmente, foi realizado um levantamento Bibliográfico rigoroso nas bases de dados PubMed, LILACS e BVS, utilizando descritores controlados (MeSH/DeCS) combinados com operadores booleanos (OR e AND) para fundamentar a elaboração do protocolo.

A etapa de elaboração do protocolo consistiu na organização e síntese desse referencial teórico, resultando em um documento com linguagem acessível, que aborda desde os critérios de indicação e avaliação nutricional até as considerações éticas e cuidados de conforto.

Utilizou-se amostragem intencional para selecionar os nutricionistas especialistas (juízes). Essa estratégia permite escolher um grupo de profissionais com conhecimento aprofundado no tema, garantindo assim a qualidade dos dados coletados.

Em relação ao quantitativo total de juízes, Pasquali (2009) em seu estudo, sugere a participação de 6 a 20 sujeitos para a análise e validação do instrumento. Neste estudo, para operacionalização desta etapa, foi realizada a seleção de 8 juízes, sendo todos nutricionistas com atuação nas clínicas de cuidados paliativos do Hospital Ophir Loyola com experiência mínima de seis meses e titulação de especialização, para avaliar o protocolo.

Foram excluídos profissionais que estivessem de férias e/ou licença médica, além dos quais não aceitassem participar de forma voluntária e se recusassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2025, de forma presencial, onde foi entregue o TCLE, a carta convite e instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) em sua versão traduzida, essa ferramenta foi utilizada para a validação deste protocolo. O AGREE II, pode ser utilizado para protocolos relacionadas a qualquer condição clínica, em qualquer fase do cuidado em saúde, seja na promoção da saúde, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou prevenção.

Ele é aplicável tanto a diretrizes novas quanto às já existentes ou em processo de atualização, permitindo avaliar a validade das recomendações, ou seja, a probabilidade de que elas alcancem os resultados pretendidos.

O instrumento organiza a avaliação em seis domínios (Escopo e Finalidade, Rigor do Desenvolvimento, etc.), com os itens classificados em uma Escala Likert de 7 pontos.

**Quadro 1 -** Descrição dos domínios avaliados pelo instrumento AGREE II.

| Domínios | Descrição |
|---|---|
| Escopo e finalidade (itens 1 a 3) | Refere-se ao objetivo principal da diretriz, avaliando sua relevância para a prática clínica e se ela aborda uma necessidade de saúde previamente identificada. |
| Envolvimento das partes interessadas (itens 4 a 6) | Verifica até que ponto a diretriz incorpora as perspectivas de seus usuários e se houve representação adequada de todos os grupos profissionais relevantes no processo de desenvolvimento. |
| Rigor do desenvolvimento (itens 7 a 14) | Foca na utilização de métodos sistemáticos para a busca e análise das evidências que sustentam as recomendações. |
| Clareza da apresentação (itens 15-17) | Trata da organização, linguagem e formato da diretriz, garantindo que as informações sejam facilmente compreensíveis. |
| Aplicabilidade (Itens 18 a 21) | Avalia a viabilidade de implementação da diretriz, considerando possíveis barreiras organizacionais e os recursos necessários para sua adoção. |
| Independência editorial (itens 22 a 23) | Analisar potenciais conflitos de interesse que possam ter influenciado a formulação das recomendações, assegurando a imparcialidade do conteúdo. |
| Avaliação global da diretriz | Avalia a qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser utilizada na prática. |

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026. Fundamentado em Agree Collaboration (2009).

Para a análise da validação, os dados foram organizados no *Microsoft Office Professional Plus Excel* e a pontuação de cada domínio foi padronizada em percentual conforme o cálculo da porcentagem total do domínio segundo instrumento AGREE II (**Quadro 2**) e adotou-se o ponto de corte de ≥60% de adequabilidade para considerar o protocolo finalizado como válido.

**Quadro 2 -** Cálculo da porcentagem total do domínio segundo instrumento AGREE II.

$$\frac{(\textbf{Pontuação Obtida} - \textbf{Pontuação Mínima **})}{\textbf{Pontuação Máxima*} - \textbf{Pontuação Mínima**}} \times 100$$

Pontuação Obtida: Soma de todas as pontuações dos itens individuais de cada domínio.

*Pontuação máxima possível = 7 (concordo totalmente) x número de itens no domínio x número de avaliadores.

**Pontuação mínima possível = 1 (discordo totalmente) x número de itens no domínio x número de avaliadores.

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026. Fundamentado em Agree Collaboration (2009).

Por fim, a pesquisa em questão foi conduzida em conformidade com os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as resoluções pertinentes às Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, como a Resolução CNS 466/12 e 580/18, do Conselho Nacional de Saúde. A confidencialidade e a privacidade das informações dos participantes foram asseguradas, com os dados sendo coletados de forma anônima, organizados por um código alfanumérico e armazenados pelos pesquisadores por até cinco anos. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, publicações e apresentações durante esse período, a partir da data de publicação dos resultados.

Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual estavam descritos os termos de participação, os possíveis riscos e benefícios associados à pesquisa, reforçando que a participação era voluntária. Os riscos potenciais para os participantes incluíram desconforto ao responder ao instrumento de coleta de dados e possíveis vazamentos de informações. Para mitigar esses riscos, foi enfatizada a liberdade de desistência a qualquer momento sem prejuízo, conforme previsto no TCLE. Além disso, pôde ocorrer cansaço mental devido à extensão do instrumento e à complexidade das respostas exigidas; para minimizar esse risco, os participantes tiveram um prazo de 20 dias para completar o questionário. A segurança das informações coletadas foi garantida, com acesso restrito aos pesquisadores, por meio de um sistema eletrônico protegido por senha criptografada.

A pesquisa gerou risco mínimo aos participantes, pois os tópicos discutidos eram de natureza sensível da prática clínica, o que poderia evocar respostas emocionais. Além disso, houve a possibilidade de dores osteoarticulares decorrentes da manipulação de livros e materiais, assim como do tempo dedicado à pesquisa na internet, digitação e desenvolvimento do protocolo. Como medidas preventivas, foram fornecidas informações claras e completas sobre a natureza da pesquisa, incluindo a possibilidade de desconforto emocional, além da garantia de anonimato dos participantes e da confidencialidade das informações compartilhadas, para que eles se sentissem mais confortáveis ao discutir temas sensíveis, sem medo de exposição ou repercussão. Também foram realizadas pausas regulares e exercícios laborais ao longo das atividades.

Os benefícios esperados incluíram a geração de conhecimento sobre a criação e validação de um protocolo para a indicação e acompanhamento da terapia nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o que contribuiu para um atendimento mais padronizado e integral. Além disso, os resultados puderam servir de base para futuras pesquisas e novas abordagens na área dos cuidados paliativos oncológicos, beneficiando a comunidade científica.

O estudo cumpriu rigorosamente os Aspectos Éticos e Legais, sendo aprovado pelo CEP-HOL (Parecer nº 7.445.229 e CAAE 85674825.1.0000.5550) e garantindo a voluntariedade, confidencialidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A validação deste protocolo surge como um passo fundamental para uniformizar e qualificar o cuidado nutricional em centros de alta complexidade. A validação do protocolo ocorreu com a participação de 08 juízes especialistas, nomeados como J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7 e J8 (**Tabela 1**).

**Tabela 1 -** Perfil dos juízes participantes da validação do protocolo de indicação e acompanhamento da terapia nutricional oral e enteral em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

| Juiz | Sexo | Idade | Nível de Formação | Tempo de atuação em oncologia e cuidados paliativos |
|---|---|---|---|---|
| J1 | F | 56 | Mestrado | 20 |
| J2 | F | 44 | Especialização | 13 |
| J3 | F | 46 | Especialização | 16 |
| J4 | F | 44 | Mestrado | 18 |
| J5 | F | 51 | Especialização | 7 |
| J6 | F | 51 | Especialização | 14 |
| J7 | F | 37 | Especialização | 10 |
| J8 | F | 43 | Mestrado | 13 |

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026.

A amostra do estudo foi composta por oito nutricionistas (n=8), sendo a totalidade do sexo feminino (100%), a idade média dos juízes foi de 46.5 anos (± 5.41). Quanto ao nível de formação, a maioria dos participantes (62,5%) possuía o título de Especialista, enquanto 3 juízes (37.5%) eram mestres. Já o tempo médio de atuação em oncologia e cuidados paliativos foi de 13.88 anos (± 4.19).

Em relação ao quantitativo total de juízes, Pasquali L (2009), em seu estudo, sugere a participação de 6 a 20 sujeitos para a análise e validação de protocolos, corroborando o quantitativo adotado nesta pesquisa. Soma-se a isso o fato de que, conforme a Resolução CFN nº 600/2018, o nutricionista é o único profissional habilitado para prescrever a terapia nutricional, o que reforça a relevância de sua participação na validação deste protocolo específico (BRASIL, 2018). Ademais, a expressiva experiência média dos juízes, aliada ao elevado nível de titulação, constitui uma garantia de que o protocolo reflete o consenso da equipe profissional pertinente, conforme preconizado pelo instrumento.

**Tabela 2 -** Avaliação do protocolo de indicação e acompanhamento da terapia nutricional oral e enteral em pacientes oncológicos em cuidados paliativos de acordo com os domínios do instrumento AGREE II.

| Item | Descrição do Item | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | Soma do total de domínios |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Domínio 1: Escopo e Finalidade – 97,22 % de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 1 | Os objetivos globais do protocolo encontram-se especificamente descritos | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| 2 | As questões de saúde cobertas pela diretriz encontram-se especificamente descritas | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **54** |
| 3 | A população a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| **Total** | | | | | | | | | | **164** |
| **Domínio 2: Envolvimento das Partes Interessadas – 96,52% de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 4 | Grupo de desenvolvimento inclui indivíduos de todas as disciplinas relevantes | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | **54** |
| 5 | Opiniões e preferências da população-alvo foram buscadas | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | **54** |
| 6 | Usuários alvo são amplamente definidos | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| **Total** | | | | | | | | | | **163** |
| **Domínio 3: Rigor do Desenvolvimento – 92,42% de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 7 | Métodos sistemáticos foram utilizados para a pesquisa das evidências | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 5 | 6 | **51** |
| 8 | Os critérios de seleção das evidências estão claramente descritos | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 5 | 6 | 7 | **50** |
| 9 | Os pontos fortes e limitações das evidências estão claramente apresentados | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 6 | 6 | 7 | **53** |
| 10 | Os métodos para formular as recomendações estão claramente descritos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **56** |
| 11 | Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| 12 | Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | **55** |
| 13 | A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **56** |
| 14 | O procedimento para atualização da diretriz está disponível | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 1 | 7 | **43** |
| **Total** | | | | | | | | | | **419** |
| **Domínio 4: Clareza da Apresentação – 98,58 % de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 15 | Recomendações são especificas e não ambíguas | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| 16 | Opções de manejo estão claramente apresentados | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | **55** |
| 17 | Recomendações chave são facilmente identificáveis | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | **56** |
| **Total** | | | | | | | | | | **166** |
| **Domínio 5: Aplicabilidade – 90,10% de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 18 | Potenciais facilitadores/barreiras à aplicação são discutidos | 7 | 7 | 5 | 7 | 7 | 6 | 6 | 2 | **47** |
| 19 | Conselhos/ferramentas de aplicação são fornecidos | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | **54** |
| 20 | Potenciais implicações de recursos são consideradas | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | **55** |
| 21 | Monitoramento/auditoria são sugeridos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 1 | 6 | **49** |
| **Total** | | | | | | | | | | **205** |
| **Domínio 6: Independência editorial – 97,91 % de Adequabilidade** | | | | | | | | | | |
| 22 | O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 55 |
| 23 | Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 55 |
| **Total** | | | | | | | | | | 110 |

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026.

O Domínio 1 revelou um resultado extremamente positivo, com adequabilidade de 97,22%. Esse achado sugere que o protocolo cumpre o critério fundamental de ser claro, específico e relevante para o fim a que se propõe (AGREE, 2009). Segundo Ronsoni RD (2013), em estudos de validação de diretrizes brasileiras, o escopo e a finalidade são considerados pontos fortes, especialmente na temática do protocolo desenvolvido, uma vez que a Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos exige alinhamento rigoroso da equipe quanto à meta do cuidado, contribuindo para a redução dos riscos de má aplicação e garantindo elevado rigor metodológico e transparência da diretriz (LATORRACA CO, et al., 2018).

O Domínio 2 (Envolvimento das Partes Interessadas) apresentou um percentual de adequabilidade de 96,52%, indicando que o protocolo é legítimo e representativo. A homogeneidade das notas no Item 4, que trata da inclusão de todas as disciplinas relevantes, constitui um indicativo robusto da natureza multiprofissional do protocolo. Nesse cenário, a juíza J5 sugeriu a inclusão da avaliação da Psicologia, visto que, em Cuidados Paliativos, o cuidado transcende o aspecto físico, englobando o sofrimento existencial e psicossocial relacionado à decisão de alimentação. A participação dessa categoria profissional reforça a abordagem holística do cuidado (INCA, 2022b). Corroborando essa perspectiva, Corrêa PH e Shibuya E (2007) destacam que a integração de diferentes saberes e ferramentas é fundamental para sopesar os benefícios clínicos e os dilemas bioéticos, garantindo a integralidade do cuidado.

O alto escore obtido no Item 5 (“Opiniões e preferências da população-alvo foram buscadas”) indica que o processo de desenvolvimento do protocolo priorizou a autonomia do paciente. No entanto, o juiz 6 (J6) sugeriu a inclusão do *Palliative Prognostic Index* (PPI) para instrumentalizar a tomada de decisão. Embora o PPI seja uma escala prognóstica útil para estimar a sobrevida, o protocolo atual já utiliza o *Palliative Performance Scale* (PPS). O PPS é amplamente reconhecido e considerado a escala de performance mais utilizada pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, conforme vasta literatura e revisões integrativas (BEZERRA TPP, et al., 2024). Essa preferência se deve à sua praticidade na avaliação da funcionalidade, aspecto crucial para a elaboração do plano de cuidado.

O Domínio 3 apresentou adequabilidade de 92,42%, indicando elevada confiabilidade científica do protocolo, uma vez que contempla os principais elementos relacionados à credibilidade metodológica da diretriz. As notas atribuídas ao Item 7, referente aos métodos sistemáticos para a busca das evidências, e ao Item 10, que trata da descrição clara dos métodos para a formulação das recomendações, sustentam essa afirmação, ao evidenciar que o protocolo se baseia em informações fundamentadas no conhecimento científico (LATORRACA CO, et al., 2018).

Entretanto, alguns juízes apontaram a necessidade de maior detalhamento metodológico. O J6 indicou que “não fica claro quais métodos foram utilizados para a busca de evidências” (Item 7), enquanto o J3 sugeriu a utilização de revisões sistemáticas. Essas observações evidenciam a necessidade de detalhar o processo de elaboração para assegurar a rastreabilidade metodológica. Em resposta a tais sugestões, destaca-se que o protocolo foi elaborado com base em uma revisão abrangente da literatura, incluindo protocolos e diretrizes, com as referências bibliográficas devidamente citadas no corpo do texto, nas tabelas e compiladas ao final do documento.

O Item 11 (“Benefícios, riscos e efeitos colaterais foram considerados”) evidencia que as informações apresentadas no protocolo são essenciais dentro da temática, uma vez que as questões bioéticas são centrais nos Cuidados Paliativos e precisam ser abordadas, reforçando recomendações científicas que evitem a obstinação terapêutica (BARBOSA DE MOURA RB, et al., 2020).

A qualidade do protocolo foi ainda reforçada pela concordância total no Item 13 (“A diretriz foi revisada externamente por experts”), o que confere maior legitimidade e aceitação clínica ao documento. Contudo, o Item 14 (“O procedimento para atualização da diretriz está disponível”) apresentou a menor pontuação (soma = 43), indicando inconformidade na descrição ou na definição de um plano de manutenção.

Nesse contexto, a juíza J4 solicitou que o procedimento de atualização fosse descrito na discussão, enquanto a J3 requisitou esclarecimentos quanto à forma de atualização. Considerando que as evidências na área de Nutrição e Cuidados Paliativos estão em constante evolução, a ausência de um procedimento

explícito de atualização pode ser considerada uma limitação que impacta a utilidade do protocolo a longo prazo.

Para correção dessa inconformidade, em alinhamento com os apontamentos dos juízes e seguindo o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, foi estabelecido um cronograma de revisão do protocolo com prazo máximo de três anos, ou acionado imediatamente por gatilhos como a publicação de novas revisões sistemáticas ou a incorporação de novas fórmulas ou tecnologias que impactem a temática (BRASIL, 2020).

O Domínio 4, relacionado à usabilidade e à qualidade do formato do protocolo, apresentou a maior pontuação no processo de validação, atingindo adequabilidade de 98,58%. O Item 15 (“Recomendações são específicas e não ambíguas”) constitui um indicador fundamental de segurança, uma vez que a ausência de ambiguidade nas condutas é crucial em serviços de alta complexidade para prevenir e reduzir riscos e danos à assistência em saúde (SARTOR GD, et al., 2016).

Adicionalmente, o Item 17 (“Recomendações-chave são facilmente identificáveis”) assegura que o nutricionista e a equipe multiprofissional possam acessar rapidamente informações essenciais, como condutas para controle de sintomas gastrointestinais ou diretrizes para transição de dieta, aspectos críticos para a agilidade do cuidado paliativo.

Assim, a clareza do protocolo não apenas favorece a adesão da equipe, mas também facilita a transposição do conhecimento científico para a prática clínica, fator preditivo de sucesso na implementação de diretrizes clínicas (LATORRACA CO, et al., 2018).

O Domínio 5 (Aplicabilidade) apresentou adequabilidade geral de 90,10%, sugerindo elevada viabilidade de implementação do protocolo. Os juízes demonstraram alto consenso quanto às implicações de recursos (Item 20) e ao fornecimento de conselhos e ferramentas (Item 19), reforçando que o protocolo é exequível do ponto de vista operacional e de custos.

Entretanto, o Item 18 (“Potenciais facilitadores e barreiras à aplicação são discutidos”) apresentou a maior variabilidade de pontuações e escores individuais mais baixos, como observado para o J8 (pontuação = 2), indicando fragilidade na comunicação desse conteúdo.

Essa dispersão sugere que, embora aspectos relacionados a barreiras logísticas e operacionais estivessem presentes no protocolo, eles não foram percebidos ou não estavam suficientemente explícitos para todos os juízes.

Tal achado é relevante, considerando que a aplicabilidade de protocolos clínicos frequentemente enfrenta barreiras relacionadas a fatores culturais, diferentes interpretações das evidências e características dos sistemas de saúde (MÉIER APO, et al., 2020; MORAIS SR, et al., 2016; RONSONI RD, 2013).

Por fim, o Item 21 (“Monitoramento/auditoria são sugeridos”) demandou maior clareza, ao reforçar a necessidade de definição de indicadores de qualidade para o acompanhamento contínuo do protocolo. Essa definição é fundamental para assegurar que o cuidado nutricional oferecido seja qualificado, auditável e passível de aprimoramento contínuo, conforme preconizado pelas diretrizes do AGREE II (BEZERRA TPP, et al., 2024). Para atender a essa exigência, foi acrescentado um novo item com indicadores de qualidade específicos, a serem utilizados no monitoramento da terapia nutricional na versão final do protocolo.

O Domínio 6 (Independência Editorial) alcançou adequabilidade de 97,91%, evidenciando a confiabilidade e a imparcialidade das recomendações. Esse domínio é fundamental, pois assegura que o conteúdo do protocolo foi elaborado com base em evidências científicas, sem influência de viés comercial ou de agências financiadoras. A elevada pontuação nos Itens 22 e 23 está alinhada ao fato de o projeto possuir financiamento próprio, o que minimiza conflitos explícitos.

Ainda assim, as sugestões dos juízes (J1, J4 e J5) indicaram a necessidade de descrição mais clara dos conflitos de interesse no documento. Em consonância com os princípios de transparência, o protocolo foi ajustado para incluir uma seção explícita de Declaração de Conflito de Interesses, assegurando o pleno atendimento aos critérios de independência editorial.

**Tabela 3 -** Sugestão dos juízes avaliadores de acordo com domínios do instrumento AGREE II sobre o protocolo de indicação e acompanhamento da terapia nutricional oral e enteral em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

| Item | Juíz/Descrição do Item | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Comentários – Domínio 1: Escopo e Finalidade** | | | | |
| **Item 1** | J3. Caracterizar os profissionais que implementam o protocolo. | | | |
| **Item 2** | J3. Descrever pontualmente sobre as questões de saúde abordadas: cuidados paliativos e as fases de cuidado, terapias nutricionais utilizadas. | | | |
| **Item 3** | J3. Especificar população alvo – idade, faixa etária. | | | |
| **Comentários – Domínio 2: Envolvimento das Partes Interessadas** | | | | |
| **Item 4** | J5. Incluir a avaliação da psicologia | | | |
| **Item 5** | J3. Acrescentar evidencias de que a indicação da terapia nutricional nessa população é necessária e benéfica | J6. Sim, pois utiliza-se de referências, critérios de eligibilidade | Sugiro a associação para o início da TN a fase do cuidado, o PPS e a inclusão do índice de prognostico paliativo (PPI) que pode ser uma ferramenta muito ultil para a tomada de decisão sem esquecer dos aspectos éticos | |
| **Comentários – Domínio 3: Rigor do Desenvolvimento** | | | | |
| **Item 6** | J3. Os usuários estão descritos de forma geral, faz-se necessário especificar | | | |
| **Item 7** | J3. Para melhor fundamentação, é importante se utilizar de revisões sistemáticas para a utilização de terapias nutricionais. | J6. Não fica claro quais métodos foram utilizados para busca de evidências | | |
| **Item 8** | J3. Está descrito de forma generalista | | | |
| **Item 9** | J3. Ressaltar pontos fortes e limitações das evidências | J6. Destaca-se a presença de todos os parâmetros referenciados | | |
| **Item 11** | J3. Acrescentar possíveis efeitos e riscos à saúde dos pacientes | | | |
| **Item 14** | J3. Acrescentar a forma de atualização | J4. Precisa descrever a sugestão de atualização na discussão | | |
| **Comentários - Domínio 4: Clareza e Apresentação** | | | | |
| **Item 15** | J3. Ajustar indicação da terapia nutricional para todas as fases de cuidado e faixa etária | J4. A maior parte sim, mas recomendações quanto as kcal e proteínas necessita especificar | | |
| **Item 16** | J6. Sim, de acordo com a recomendação | | | |
| **Comentários - Domínio 5: Aplicabilidade** | | | | |
| **Item 18** | J3. Descrever pontos de convergência e divergência para utilização do protocolo relacionado a equipe | J8. Não observei possíveis barreiras para a aplicação. | | |
| **Item 19** | J3. Acrescentar onde (local de implementação do protocolo), como (meio físico, sistema) e por quem (divulgação) | | | |
| **Item 20** | J3. Não se aplica | | | |
| **Comentários - Domínio 6: Independência Editorial** | | | | |
| **Item 23** | J1. Sugiro que acrescente essas informações, pois são relevantes para a pesquisa | J3. Não há conflito de interesse por parte desta avaliadora | J4. Precisa ser descrito | J5. Incluir ou não se houve conflitos de interesses |

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026.

O J2 não apresentou nenhum comentário em nenhum dos domínios.

**Tabela 4 -** Avaliação global do AGREE II após validação do protocolo de indicação e acompanhamento da terapia nutricional oral e enteral em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

| Avaliação global | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Classifique a qualidade global da diretriz | 7 | 7 | 5 | 6 | 7 | 7 | 6 | 7 |
| Eu recomendo o Uso dessa diretriz | Sim | Sim | Sim, com modificações | Sim, com modificações | Sim | Sim | Sim com modificações | Sim |

**Fonte:** Silva AF, et al., 2026.

Na avaliação global do protocolo clínico, os juízes consideraram os 23 itens previamente avaliados, utilizando uma escala de pontuação de 1 (qualidade mais baixa possível) a 7 (qualidade mais alta possível). Os resultados demonstraram alta qualidade, visto que 87,5% (n=7) dos avaliadores classificaram o protocolo com notas máximas ou quase máximas (6 ou 7) e 12,5% (n=1) do corpo de juízes concedeu nota 5, onde representa que o documento atende à maioria dos critérios. Adicionalmente, quanto ao parecer para uso prático, 62,5% (n=5) dos avaliadores recomendaram a diretriz, enquanto 37,5% (n=3) a recomendaram com modificações. Em suma, todos os domínios do AGREE II satisfizeram o percentual mínimo de validade estabelecido e a avaliação global atesta que o protocolo é considerado válido, seguro e pronto para ser implementado.

## CONCLUSÃO

Este trabalho alcançou integralmente seu objetivo de validar um protocolo de indicação e acompanhamento da Terapia Nutricional Oral e Enteral para pacientes oncológicos em CP uma intervenção de suma importância diante dos dilemas éticos e clínicos que cercam a TN em estágios avançados da doença, exigindo um julgamento complexo que equilibre benefícios e riscos para o paciente. A validação deste protocolo, por meio do instrumento AGREE II e com a participação de oito juízes especialistas, demonstrou alta qualidade metodológica (com todos os domínios acima do mínimo de adequabilidade) e atestou que o documento é válido, seguro e pronto para ser implementado. Assim, este protocolo se estabelece como uma ferramenta essencial para uniformizar e qualificar o cuidado nutricional no CACON, promovendo condutas baseadas em evidências e centradas na autonomia do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. The AGREE II Instrument: versão em português. 2009.
2. BARBOSA DE MOURA RB, et al. Management approach for anorexia in palliative care: an integrative literature review. Rev Pesqui Cuid Fundam, 2020.
3. BEZERRA JR, et al. Nutrição nos cuidados paliativos: uma busca por qualidade de vida. Rev Bras Saúde Mil, 2023; 2(2): 65-78.
4. BEZERRA TPP, et al. Instrumentos para avaliação de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos: revisão integrativa. Cogitare Enferm, 2024; 29: e90754.
5. BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 26 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Brasília, DF: CFN; 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de protocolo clínico e diretriz terapêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global. Rio de Janeiro: INCA; 2020.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3681, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
9. CORRÊA PH e SHIBUYA E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol, 2007; 53(3): 317-323.
10. COTOGNI P, et al. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. Nutrients, 2021; 13(2): 306.
11. DA SILVA MJ e DE ARAÚJO MM. Comunicação em cuidados paliativos. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 1 ed. São Paulo: ANCP; 2012.
12. DE CASTRO JMF, et al. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. ABCS Health Sci, 2017.
13. HE K, et al. Metastasis organotropism in colorectal cancer: advancing toward innovative therapies. J Transl Med, 2023; 21(1): 612.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A avaliação do paciente em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
16. KOWATA CH, et al. Fisiopatologia da caquexia no câncer: uma revisão. Arq Ciênc Saúde UNIPAR, 2009; 13(3): 189-195.
17. LATORRACA CO, et al. AGREE II: uma ferramenta para avaliar a qualidade e o relato de guidelines. Diagn Tratamento, 2018; 23(4): 141-146.
18. MÉIER APO, et al. Proposta de protocolo de assistência nutricional em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. Rev Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 12(4): e2715.
19. MORAIS SR, et al. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Rev Dor, 2016; 17(3): 136-140.
20. O'FLANAGAN CH, et al. Molecular and metabolic mechanisms underlying the obesity–cancer link. Nat Rev Endocrinol, 2021; 17(4): 213-233.
21. PASQUALI L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2009.
22. PEIRIS-PAGÈS M, et al. Cancer stem cell metabolism. Breast Cancer Res, 2016; 18(1): 1-10.
23. PEREIRA ÂC. Construção e validação de protocolo de cuidados paliativos em nutrição clínica para o paciente hospitalizado. Dissertação de Mestrado. 2022.
24. PINHO-REIS C. Suporte nutricional em cuidados paliativos. 2012.
25. REIS M, et al. Avanços no diagnóstico e tratamento de neoplasias: uma abordagem atualizada. Edição I. São Paulo: Editora Pasteur; 2024.
26. RONSONI RD. Avaliação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde segundo o método AGREE II. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2013.
27. SARTOR GD, et al. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. Cogitare Enferm, 2016; 21(1): 1-8.
28. SILVA MP, et al. Terapia nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Res Soci Dev, 2020; 9(10): e9309109326.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020.