

REALIMENTAÇÃO ORAL PRECOCE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À CIRURGIA COLORRETAL: UM ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO.

Autoras: Tamires Estevam Lopes*¹, Júlia Regina Sarmiento de Albuquerque¹, Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo².

¹Faculdade de Nutrição - Universidade Federal de Alagoas (FANUT/UFAL);

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

*Email da autora principal: tamires.lopes@fanut.ufal.br

RESUMO

Introdução: Do ponto de vista clínico-nutricional, a realimentação oral precoce é considerada um dos pilares das estratégias de recuperação pós-operatória que aceleram a recuperação de pacientes submetidos a cirurgias colorretais. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo comparar o impacto da realimentação oral precoce com o jejum pós-operatório tradicional, além de avaliar o risco nutricional em pacientes oncológicos que passaram por cirurgia colorretal. **Métodos:** Tratou-se de um ensaio clínico randomizado, fase 3, paralelo e de superioridade, conduzido na enfermaria de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), em Maceió/AL, entre junho de 2023 e maio de 2024. A pesquisa envolveu pacientes no período pré-operatório de cirurgia colorretal com anastomose, sendo randomizados em dois grupos: um seguindo a realimentação convencional (RC) e o outro, a realimentação oral precoce (ROP). Adotou-se um valor de $p \leq 0,05$ para a rejeição da hipótese nula. **Resultados/Discussão:** Foram incluídos 43 pacientes no estudo (20 alocados no grupo RC e 23 no grupo ROP), com média de idade de 57,0 anos ($\pm 13,3$), tendo predominância do sexo feminino (60,5%). No que diz respeito ao risco nutricional, metade da amostra já apresentava risco na admissão (40,5% vs. 59,5%; $p > 0,05$), e 45,2% foram classificados como desnutridos. Quanto à caracterização das variáveis nutricionais analisadas na linha de base do estudo não apresentaram diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$). Observou-se, no 30º dia pós-operatório, uma tendência de associação entre o grupo RC e a desnutrição ($p = 0,08$). **Conclusão:** Tanto o risco nutricional quanto a desnutrição podem estar relacionados a desfechos desfavoráveis, como piora na qualidade de vida e comprometimento do estado geral e do bem-estar dos pacientes. Embora existam evidências que demonstram benefícios da realimentação oral precoce sobre parâmetros nutricionais, ainda é pequena a parcela de adesão a esse protocolo entre pacientes submetidos a cirurgias colorretais. Deste modo, acredita-se que os resultados deste estudo possam reforçar as evidências já existentes, incentivando uma maior incorporação a protocolos terapêuticos que promovam uma recuperação pós-operatória mais rápida para esses pacientes.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Cirurgia Colorretal; Desnutrição;

ABSTRACT

Introduction: From a clinical-nutritional point of view, early oral refeeding is considered one of the pillars of postoperative recovery strategies that accelerate the recovery of patients undergoing colorectal surgeries. Objective: This study aimed to compare the impact of early oral refeeding with traditional postoperative fasting, in addition to evaluating the nutritional

risk in oncology patients who underwent colorectal surgery. Methods: This was a planned, phase 3, parallel, superiority clinical trial, conducted in the General Surgery ward of the Professor Alberto Antunes University Hospital of the Federal University of Alagoas (HUPAA/UFAL), in Maceió/AL, between June 2023 and May 2024. A research involved patients in the preoperative period of colorectal surgery with anastomosis, being randomized into two groups: one following conventional refeeding (CR) and the other, early oral refeeding (ROP). A value of $p \leq 0.05$ was adopted for contamination of the null hypothesis. Results/Discussion: A total of 43 patients were included in the study (20 allocated to the RC group and 23 to the ROP group), with a mean age of 57.0 years (± 13.3), and a predominance of females (60.5%). Regarding nutritional risk, half of the sample already presented risk upon admission (40.5% vs. 59.5%; $p > 0.05$), and 45.2% were classified as malnourished. Regarding the characterization of the nutritional variables studied at the baseline of the study, there were no significant differences between the groups ($p > 0.05$). On the 30th postoperative day, a trend of association between the RC group and malnutrition was observed ($p = 0.08$). Conclusion: Both nutritional risk and malnutrition may be related to unfavorable outcomes, such as worsening quality of life and impairment of patients' general health and well-being. Although there is evidence demonstrating the benefits of early oral refeeding on nutritional parameters, the percentage of patients undergoing colorectal surgeries who adhere to this protocol is still low. Therefore, it is believed that the results of this study may reinforce existing evidence, encouraging greater incorporation of therapeutic protocols that promote faster postoperative recovery for these patients.

Keywords: *Colorectal Surgery; Malnutrition; Perioperative Care.*

1. INTRODUÇÃO

Os protocolos de atenção perioperatória, amplamente conhecidos como abordagens fast-track, têm sido cada vez mais adotados em várias unidades hospitalares com o intuito de acelerar a recuperação de pacientes no período pós-operatório (FRANCO et al., 2020; RATTRAY et al., 2021). Essas estratégias englobam uma série de práticas que visam otimizar os cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatório, incluindo a introdução precoce de alimentação oral (LIANG et al., 2021).

Do ponto de vista nutricional, iniciar a alimentação logo após o procedimento cirúrgico é um dos pilares das estratégias de recuperação com maior potencial (PU et al., 2021). Isso se justifica pelo fato de que a manutenção de um jejum prolongado após a cirurgia pode levar à depleção de nutrientes essenciais, afetando negativamente a função muscular e exacerbando a resposta inflamatória ao trauma cirúrgico, além de comprometer a integridade da barreira intestinal (PU et al., 2021).

Contudo, apesar das evidências científicas que apoiam a realimentação precoce após cirurgias colorretais, estudos recentes indicam que apenas uma pequena parcela dos pacientes segue as recomendações de retomar a alimentação dentro das primeiras 24 horas após o

procedimento, conforme os consensos estabelecidos (DE-AGUILAR NASCIMENTO et al., 2017; WEIMANN et al., 2021).

Essa resistência é frequentemente atribuída ao receio de complicações pós-operatórias, como vazamentos anastomóticos, o que leva a uma abordagem mais conservadora no pós-operatório (GIANOTTI et al., 2020). São comuns medidas como a utilização de sondas nasogástricas para descompressão gástrica e a reintrodução alimentar apenas após a confirmação de ruídos intestinais e eliminação de gases (GIANOTTI et al., 2020).

Metanálises reforçam os benefícios da ingestão oral precoce após cirurgias eletivas no cólon, em comparação com a alimentação retardada, evidenciando uma redução significativa em episódios de náuseas, vômitos e complicações pós-operatórias graves (PU et al., 2021; LEWIS et al., 2001). Essa prática está associada a uma menor incidência de vazamentos anastomóticos e contribui para reduzir o tempo de internação hospitalar e a taxa de mortalidade (OSLAND et al., 2021; SMEETS et al., 2018; LEWIS; ANDERSEN; THOMAS, 2009; PU et al., 2021). Além disso, o prolongado jejum no pós-operatório pode resultar em perda de massa muscular e gordura corporal, prejudicando o estado nutricional e aumentando o risco de desnutrição (WEIMANN et al., 2006). A redução da ingestão de nutrientes essenciais pode comprometer a recuperação pós-operatória, destacando a importância de estudos adicionais que sustentem a implementação de estratégias de realimentação precoce para mitigar esses efeitos (LASSEN, K. et al., 2009).

Embora os benefícios da realimentação oral precoce em termos de desfechos clínicos positivos para pacientes cirúrgicos sejam amplamente reconhecidos, ainda existem lacunas na literatura quanto à análise dos efeitos, tanto a curto quanto a longo prazo, dessa prática sobre a evolução do peso e outras variáveis nutricionais. Isso ressalta a necessidade de mais pesquisas que possam orientar a melhor conduta terapêutica, com o objetivo de acelerar a recuperação pós-operatória desses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar os impactos da realimentação oral precoce em relação ao jejum pós-operatório tradicional sobre os parâmetros nutricionais, além de analisar o risco nutricional em pacientes oncológicos submetidos à cirurgia colorretal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a amostra quanto ao peso e outras variáveis antropométricas no momento inicial da pesquisa;
- Comparar a prevalência de risco nutricional na admissão e a classificação de desnutrição tanto na baseline quanto no 30º dia pós-operatório;
- Analisar a evolução do peso e das demais variáveis antropométricas ao longo dos primeiros trinta dias após a cirurgia.

3. MÉTODO

3.1 DESENHO, LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado (ECR) de fase 3, paralelo, de superioridade, realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), em Maceió/AL, no período de junho de 2023 a maio de 2024, abrangendo pacientes internados para pré-operatório de cirurgia colorretal com anastomose primária. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CEP/HUPAA) sob o número de parecer: 5.984.266 (ANEXO A) e registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) sob número do UTN: U1111-1291-9848.

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Nos critérios de inclusão foram considerados indivíduos adultos e idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos, com proposta de realização de cirurgia colorretal eletiva com realização de anastomose primária e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pacientes que possuíam dificuldade de locomoção, complicações clínicas e/ou pós-operatórias, decorrentes de cirurgia realizada antes do período de início deste estudo, proposta de realização de hemorroidectomias, fistulectomias e desvio de trânsito intestinal e internações para procedimentos diagnósticos, foram excluídos.

Em relação às perdas, foram considerados aqueles pacientes que após serem incluídos no estudo, não conseguiram realizar enteroanastomose ou enterectomia com anastomose

primária no momento da cirurgia, aqueles que se recusaram a permanecer na pesquisa e perda de contato com paciente.

3.4 CASUÍSTICA

O cálculo do tamanho amostral foi baseado em um estudo maior de intervenção, no qual foi avaliado o efeito da realimentação oral precoce em pacientes submetidos à cirurgia colorretal. Esse estudo encontrou um menor índice de perda de peso nos pacientes pertencentes ao grupo intervenção após 12 dias da cirurgia (WARA; HESSOV, 1985). A partir dessa informação, a estimativa do tamanho da amostra foi calculada para detectar uma diferença de 20% entre os tratamentos na redução da perda ponderal, um erro alfa de 5%, um erro beta de 10%, dessa forma resultando em um tamanho amostral mínimo de 107 pacientes em cada grupo. O “*n*” supracitado é esperado para o período total de coleta do projeto de doutorado ao qual este subprojeto faz parte.

3.5 RANDOMIZAÇÃO E MASCARAMENTO

Após aplicado os critérios de elegibilidade, os indivíduos foram distribuídos para uma das 2 (duas) estratégias, através da randomização em blocos. Dessa forma, os participantes foram randomizados em blocos que resultaram em tamanhos amostrais iguais (OLIVEIRA et al., 2017).

Os grupos foram divididos da seguinte forma:

- Realimentação convencional (RC);
- Realimentação oral precoce (ROP);

Para randomização em blocos foi considerada um número amostral de 110 pacientes, sendo randomizados em 10 blocos constituídos por 11 pacientes/cada, assim, resultando em 1 indivíduo para cada grupo.

Para reduzir vieses, foi realizado o mascaramento da randomização para o cirurgião principal antes que o procedimento cirúrgico fosse realizado. Além dos cirurgiões, os pacientes participantes da pesquisa também não sabiam em qual grupo estavam, visto que os participantes do grupo intervenção receberam dieta líquida de prova (100 ml), em copo apenas com a identificação do paciente (nome e leito). Fora isso, a tabela contendo a randomização dos pacientes ficou em posse do pesquisador principal em envelopes selados e

opacos, guardados em armário com chave. Anteriormente ao início do estudo, foi obtida a lista de randomização, através da ferramenta Sealed Envelope (ENVELOPE LTD, 2022), seguindo os princípios da randomização em blocos, onde o tamanho do bloco deve ser múltiplo do número de intervenções propostas. Esta lista de randomização está sob posse do pesquisador principal em arquivo de dados em nuvem, sendo assegurada a confidencialidade da randomização por meio do acesso individual.

3.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Para a coleta das variáveis do estudo foram aplicados questionários elaborados para a pesquisa, que englobou avaliação demográfica e socioeconômica, parâmetros nutricionais dos participantes.

Os pacientes foram alocados em um dos 2 (dois) grupos: Realimentação convencional (RC), Realimentação oral precoce (ROP).

A depender do grupo ao qual o paciente foi alocado, foi submetido a intervenção:

RC: Pacientes randomizados receberam alimentação oral apenas após o retorno dos ruidos hidroaéreos, prática adotada como rotina para os pacientes do referido serviço de cirurgia, havendo progressão de consistência de dieta a cada dia de internamento até a alta (Exemplo: Líquida de prova, líquida completa, líquido pastosa, Pastosa, Branda, Livre);

ROP: Pacientes randomizados para este grupo receberam em até 24h do pós-cirúrgico, 100ml de líquido claro havendo progressão de consistência de dieta a cada dia de internamento até a alta (Exemplo: Líquida completa, líquido pastosa, Pastosa, Branda, Livre).

No período pré-operatório (baseline), houve a coleta de dados para a aplicação da triagem de risco nutricional através da Nutritional Risk Screening (NRS-2002); da avaliação antropométrica; e graduação da gravidade de desnutrição pelo Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM).

No pós-operatório, considerou-se realimentação oral precoce, a ingestão do líquido proposto na intervenção, em pelo menos 1 horário, até no máximo 24h depois do término do procedimento cirúrgico. O horário do término da cirurgia foi obtido a partir da descrição cirúrgica, disponível no prontuário do paciente. Em caso de náuseas e/ou vômitos após a ingestão ou de outra complicação relacionada a cirurgia, o protocolo seria interrompido e reiniciado após melhora dos sintomas.

No 1º dia pós-operatório foi coletado, por meio do prontuário e da ficha anestésica, a data da cirurgia, qual o procedimento cirúrgico realizado, tipo de cirurgia realizada (aberta ou

minimamente invasiva), tempo (horas/min) de duração da cirurgia, hora do término da cirurgia (horas/min), hora e data da primeira alimentação, uso de anti-heméticos, complicações relacionadas à intervenção (náuseas, vômitos e distensão abdominal) e complicações pós-operatórias.

Os desfechos foram acompanhados no 7º e 30º dias pós-operatório. Coletou-se dados relacionados às complicações pós-operatórias, mortalidade, avaliação antropométrica e laboratorial. A classificação e graduação da gravidade de desnutrição pelo Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM) foi reavaliada no 30º dia pós-operatório.

4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

A amostra total compreendeu 50 pacientes de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos; contudo, para a análise estatística, foram considerados os dados de 43 pacientes. Destes, 20 foram alocados no grupo de realimentação convencional e 23 no grupo de realimentação oral precoce.

Entre os pacientes analisados, a média de idade foi de 57,0 anos ($\pm 13,3$), com uma distribuição uniforme entre os sexos (60,5% feminino e 39,5% masculino; $p \geq 0,05$). As prevalências de risco nutricional e de desnutrição na linha de base do estudo estão detalhadas na Tabela 1. Vale ressaltar que, na admissão, metade da amostra já apresentava risco nutricional e estava desnutrida.

Tabela 1. Prevalência de Risco Nutricional e Desnutrição na *baseline* da pesquisa.

Variáveis	n	%	IC*95%
Risco Nutricional (NRS)			
<i>Sim</i>	17	40,5%	26,2 – 57,1
<i>Não</i>	25	59,5%	42,9 – 73,8
Desnutrição (GLIM)			
<i>Sim</i>	19	45,2	31,0 – 59,5
<i>Não</i>	23	54,8	40,5 – 69,0

NRS: *Nutritional Risk Screening*; GLIM: *Global Leadership Initiative on Malnutrition*.

*IC95%: intervalo de confiança a 95%.

A Tabela 2 apresenta a caracterização demográfica e nutricional da amostra no início do estudo, de acordo com os grupos de tratamento. Verifica-se que, na *baseline*, não houve

diferença significativa entre os grupos em relação a todas as variáveis analisadas.

Tabela 2. Caracterização demográfica e nutricional da amostra na *baseline* da pesquisa, segundo os grupos de tratamento.

Variáveis	Grupo RC*		GRUPO ROP**		p
	n	%	n	%	
Idade (anos)^a					
Média (±DP)	20	56,8±12,7	23	57,2±14,12	0,91
Sexo^b					
<i>Masculino</i>	10	50,0	7	30,4	0,32
<i>Feminino</i>	10	50,0	16	69,6	
Risco Nutricional^b					
<i>Com risco</i>	7	36,8	10	43,5	0,90
<i>Sem risco</i>	12	63,2	13	56,5	
Desnutrição^b					
<i>Sim</i>	9	47,4	10	43,5	1,00
<i>Não</i>	10	52,6	13	56,5	

^aOs valores de *p* foram obtidos através do T-Test para amostras independentes.

^bOs valores de *p* foram obtidos através do Teste Qui-Quadrado com correção de Yates.

Significância estatística $p \leq 0,05$.

*RC: Realimentação Convencional.

**ROP: Realimentação Oral Precoce.

A Tabela 3 exibe as variáveis antropométricas da amostra no início do estudo, conforme os grupos de tratamento. Observa-se que, na *baseline*, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos em relação a todas as variáveis avaliadas.

Tabela 3. Variáveis antropométricas da amostra na *baseline* da pesquisa, segundo os grupos de tratamento.

Variáveis	n	Grupo RC	GRUPO ROP	p*
		Média (±DP)	Média (±DP)	
Peso (Kg)	40	70,10±12,92	62,85±9,13	0,05

Altura (m)	40	1,90±0,31	1,85±0,37	0,77
IMC (Kg/m²)	40	26,74±4,85	24,89±4,52	0,23
CB (cm)	40	30,55±4,22	28,80±3,86	0,15
PCT (mm)	40	20,69±8,64	17,01±8,61	0,20
CMB (cm)	40	23,82±2,82	23,40±2,90	0,67
MADP				
<i>MD</i>	40	15,80±4,09	14,48±2,97	0,27
<i>MND</i>	42	14,69±4,08	13,68±3,42	0,40

IMC: índice de massa corpórea; CB: Circunferência do braço; PCT: Prega Cutânea Tricipital; CMB: Circunferência Muscular do Braço; MADP: Músculo Adutor do Polegar; MD: Mão Dominante; MND: Mão Não Dominante.

Os valores de *p* foram obtidos através do T-Test para amostras independentes. Significância estatística $p \leq 0,05$.

A Tabela 4 apresenta a associação entre desnutrição no 30º dia pós-operatório e o tipo de tratamento empregado (realimentação convencional ou realimentação oral precoce). Observa-se que a desnutrição mostrou uma tendência de associação com o tratamento de realimentação convencional ($p = 0,08$).

Tabela 4. Associação de desnutrição no 30º dia pós-operatório da amostra, segundo o tipo de realimentação utilizado.

Variáveis	Grupo RC*		GRUPO ROP**		<i>p</i> [#]
	n	%	n	%	
Desnutrição					
Sim	5	83,3	1	16,7	0,08
Não	1	16,7	5	83,3	

Realimentação Convencional. ****ROP**: Realimentação Oral Precoce.

[#]Valor de *p* obido pelo Teste Exato de Fisher. Significância estatística $p \leq 0,05$.

O risco de desnutrição ou seu diagnóstico em pacientes hospitalizados frequentemente não é detectado no momento da admissão (LIMA et al., 2014). Dada a gravidade das consequências associadas a essa condição, é fundamental realizar a triagem nutricional na internação, não apenas para o monitoramento dessa população, mas também para a implementação precoce de medidas intervenientes para aqueles com risco nutricional (AQUINO et al., 2014).

Conforme os dados obtidos na triagem inicial da presente pesquisa, observa-se que metade da amostra, em fase pré-operatória, já apresentava risco nutricional e desnutrição. Em estudo semelhante, Schiesser et al. (2008) encontraram uma prevalência de risco nutricional de 40% em pacientes oncológicos submetidos a cirurgias gastrointestinais. Tais resultados podem estar relacionados a prognósticos desfavoráveis, afetando a qualidade de vida e o estado geral de saúde do paciente (MELO et al., 2022).

Em estudo conduzido por Rodrigues et al. (2021), foi identificada uma associação significativa entre risco nutricional e aumento das complicações infecciosas, sendo a prevalência dessas complicações quase cinco vezes maior entre pacientes com risco nutricional (RODRIGUES et al., 2021).

Quanto ao efeito da realimentação oral precoce, ainda não foram realizadas análises em relação à comparação com a realimentação convencional nas variáveis propostas, devido ao tamanho da amostra até o momento. No entanto, ao observar as características dessas variáveis na baseline da pesquisa, todas se mostraram homogêneas entre os grupos de tratamento, o que é desejável, pois reduz a possibilidade de viés nos resultados subsequentes.

Uma revisão sistemática realizada por Smeets et al. (2018), com 9 estudos envolvendo 879 indivíduos, demonstrou que a realimentação oral precoce resultou em uma redução significativa na duração da internação, complicações gerais e vazamentos anastomóticos quando comparada à realimentação convencional. No entanto, em termos de significância estatística, essa redução foi significativa apenas no tempo total de internação.

Em uma metanálise de ensaios clínicos randomizados, PU et al. (2021) analisaram 8 estudos com 657 pacientes, comparando realimentação convencional com realimentação oral precoce rica em proteínas, e observaram uma redução estatisticamente significativa na mortalidade, infecções de sítio cirúrgico, náuseas e vômitos pós-operatórios, além de complicações graves.

Polakowski et al. (2012), em um estudo retrospectivo realizado no Brasil, relataram uma taxa de adesão de 96% ao protocolo de realimentação oral precoce com progressão energética e consistência dietética em 124 pacientes pós-operatórios de cirurgias colorretais. Maior frequência de sintomas gastrointestinais, como distensão abdominal e constipação, foi observada no grupo que não seguiu o protocolo, o qual também apresentou uma maior chance (4,1 vezes) de complicações cirúrgicas. O grupo que seguiu o protocolo de realimentação oral precoce teve uma média de evacuação no 5º dia pós-operatório, em comparação com o 9º dia do grupo com realimentação convencional. Além disso, o tempo de internação foi

significativamente menor no grupo que seguiu o protocolo, com uma média de 3,7 dias, contra 5,73 dias no grupo de realimentação convencional.

Em um estudo de coorte conduzido no Hospital de Base (HB) em Brasília, com 40 adultos diagnosticados com câncer gastrointestinal, os pesos usual e pós-operatório foram identificados como fatores preditivos dos desfechos clínicos (ALMEIDA et al., 2024), alinhando-se aos achados da pesquisa em questão. No que diz respeito à desnutrição, o grupo que recebeu realimentação convencional apresentou uma maior tendência à desnutrição, conforme a classificação do GLIM-2019, em comparação com o grupo de realimentação oral precoce, no 30º dia pós-operatório. Isso sugere uma possível redução da qualidade de vida, maior número de hospitalizações e um aumento da morbimortalidade, elevando os custos do sistema público de saúde (NELSON et al., 2016).

5. CONCLUSÃO:

O acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório é uma parte essencial do plano de atenção (BEZERRA, 2021). À medida que o estudo avança e a amostra aumenta, espera-se que esses achados se tornem ainda mais relevantes. Observa-se que muitos pacientes submetidos à cirurgia colorretal já estão em risco de desnutrição ou apresentam desnutrição. Resultados positivos têm sido observados com a implementação de protocolos de realimentação oral precoce, visando reduzir os riscos no prognóstico e desfecho. Assim, acredita-se que os resultados deste estudo reforçam achados anteriores e incentivam a adesão a protocolos terapêuticos que acelerem a recuperação pós-operatória desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al., 2024. Avaliação do estado nutricional e desfechos clínicos em pacientes com câncer do trato gastrointestinal em pré e pós-operatório. PEER REVIEW, Vol. 6, Nº 1, 2024 DOI:10.53660/PRW-1725-3332ISSN:1541-138 Disponível em: <https://peerw.org/index.php/journals/article/view/1725/1004>.

AQUINO, R. C., et al. Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. Rev. bras. enferm. 2012; 65(4):607-613. DOI: 10.1590/S0034- 71672012000400009.

BEZERRA, D. F. EVOLUÇÃO NUTRICIONAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEOPLASIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Centro de ciências da saúde. Programa de pós-graduação em nutrição. Recife. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/42038>.

DE-AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 44, n. 6, p. 633–648, 2017.

FRANCO, A. C. et al. Ultra-early postoperative feeding and its impact on reducing endovenous fluids. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 47, n. 1, p. 1– 8, 2020.

GIANOTTI, L. et al. Enhanced recovery programs in gastrointestinal surgery: Actions to promote optimal perioperative nutritional and metabolic care. *Clinical Nutrition*, v. 39, n. 7, p. 2014–2024, 2020.

KEHLET, H. Postoperative pain, analgesia, and recovery-bedfellows that cannot be ignored. *Pain*. 2018; 159(9): S11-S16. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001243. PMID: 30113942.

LASSEN, K, et al. Revisão de consenso sobre cuidados perioperatórios ideais em cirurgia colorretal: recomendações do grupo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). *The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*. 2009;144(10):961-969).

LEWIS, S. J. et al. Early enteral feeding versus “nil by mouth” after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Medical Journal*, v. 323, n. 7316, p. 773–776, 2001.

LEWIS, S. J.; ANDERSEN, H. K.; THOMAS, S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 13, n. 3, p. 569–575, 2009.

LIANG, Y. et al. Enhanced recovery after surgery for laparoscopic gastrectomy in gastric cancer: A prospective study. *Medicine*, v. 100, n. 7, p. e 24267, 2021.

LIMA, K.V.G., et al. Relação entre o instrumento de triagem nutricional (NRS- 2002) e os métodos de avaliação nutricional objetiva em pacientes cirúrgicos do Recife (Pernambuco, Brasil). *Nutr. clín. diet. hosp.* 2014;34(3):72-79. DOI: 10.12873/343gomesdelima .

MELO, N. E. de., et al. Risco nutricional e complicações pós-operatórias em pacientes oncológicos. *Demetra. Alimentação, Nutrição e saúde.* DOI: 10.12957/demetra.2022.61445. 2022.

NELSON, G.; KIYANG, L. N.; CHUCK, A.; THANH, N. X.; GRAMLICH, L. M. Cost impact analysis of Enhanced Recovery After Surgery program implementation in Alberta colon cancer patients. *Current Oncology*, v. 23, n. 3, p. e221-227, 2016.

OLIVEIRA, A. M. De., et al. *Metodologia de Pesquisa em Nutrição: embasamento para condução de estudos e para prática clínica.* 1a ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2017.

OSLAND, E. et al. Early versus traditional postoperative feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery:a meta-analysis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 35, n. 4, p. 473–487, 2011.

POLAKOWSKI, C. B. et al. Introdução de Dieta Precoce no Pós-operatório de Cirurgias por Câncer Colorretal: Elaboração de um Protocolo de Dieta. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 2, p. 181–187, 2012.

PU, H. et al. Early oral protein-containing diets following elective lower gastrointestinal tract surgery in adults: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Perioperative Medicine*, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2021.

RATTRAY, M. et al. Evaluation of an intervention to improve nutrition intake in patients undergoing elective colorectal surgery: A mixed-methods pilot study. *Nutrition*, v. 84, p. 40111015, 2021.

RODRIGUES, H. H. N. P., et al. Risco Nutricional versus Risco de Sarcopenia Associado a Complicações Pós-Operatórias e Mortalidade em Pacientes Oncológicos Submetidos a

Cirurgias de Grande Porte. Rev. Bras. Cancerol. 2021; 67(1):e151201. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n1.1201.

SCHIESSER, M., et al. Assessment of a novel screening score for nutritional risk in predicting complications in gastro-intestinal surgery. Clin Nutr. 2008. Aug;27(4):565-70. DOI: 10.1016/j.clnu.2008.01.010. PMID: 18342995.

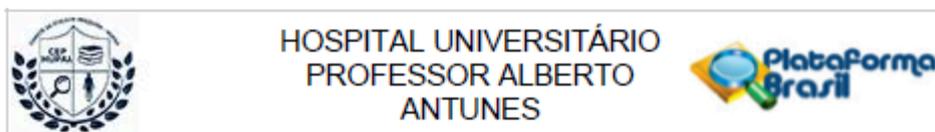
SMEETS, B. J. J. et al. Effect of Early vs Late Start of Oral Intake on Anastomotic Leakage Following Elective Lower Intestinal Surgery: A Systematic Review. Nutrition in Clinical Practice, v. 33, n. 6, p. 803–812, 2018. DOI: 10.1177/0884533617711128.

WARA; HESSOV, 1985. Nutritional intake after colorectal surgery: A comparison of a traditional and a new post-operative regimen. Clin. Nutr. 4, 225–228 (1985).

WEIMANN, A. et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition, v. 40, n. 7, p. 4745–4761, 2021.

WEIMANN, A. et al. Diretrizes ESPEN sobre Nutrição Enteral: Cirurgia incluindo Transplante de Órgãos. Clinical Nutrition, 25, 224–244, 2006.

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REALIMENTAÇÃO ORAL PRECOCE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À CIRURGIA COLORRETAL: UM ENSAIO CONTROLADO

Pesquisador: Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67941123.0.0000.0155

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.984.266

Apresentação do Projeto:

DETALHAMENTO

Projeto robusto para Doutorado em Nutrição Pós-Operatória. Bem escrito, muito detalhado, apresentando excelente revisão da literatura sobre o tema, procedimentos metodológicos bem descritos, com fluxograma claro, fórmulas a serem utilizadas, Anexos e Apêndices, além de referências atualizadas assim como as antigas clássicas como Frisancho et al. da década de 90.

JUSTIFICATIVA

O câncer colorretal (CCR) é uma doença comum e letal que pode comprometer todo o intestino grosso (cólon) e o reto. A ressecção cirúrgica é a modalidade de tratamento primária para o CCR em estágio inicial (estágio I a III), sendo associada também a outros tratamentos como a abordagem neoadjuvante (quimiorradioterapia com ou sem quimioterapia pré-operatória) ou adjuvante (quimioterapia pós-operatória). Protocolos multimodais de cuidados perioperatórios, também conhecidos como fast-track, vêm sendo aplicados em diversos serviços de cirurgia com o objetivo de acelerar a recuperação do paciente cirúrgico (FRANCO et al., 2020; RATTRAY et al., 2021). Estes protocolos utilizam diversas modalidades de abordagens multimodais para cuidados perioperatórios, dentre as quais está a realimentação oral precoce (LIANG et al., 2021). Esta, do ponto de vista nutricional, é considerada um dos pilares desses protocolos de aceleração da recuperação pós-operatória, pois sabe-se que o jejum prolongado após a cirurgia, além de

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP, Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR ALBERTO
ANTUNES



Continuação do Parecer: 5.984.266

Outros	Declaracao_de_Vinculo.pdf	15/02/2023 15:31:34	Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/02/2023 15:21:47	Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/02/2023 15:20:22	Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 04 de Abril de 2023

Assinado por:
Janaina Salmos
(Coordenador(a))

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebsert.gov.br

ANEXO B – REGISTRO REBEC

RBR-7nt59gn Early Oral Refeeding for Cancer patients undergoing Bowel Surgery

Data de registro: 19/05/2023 (dd/mm/yyyy)

Última data de aprovação: 19/05/2023 (dd/mm/yyyy)

Tipo de estudo:

Intervenções

Título científico:

en

Early oral refeeding in cancer patients undergoing colorectal surgery: a controlled trial

pt-br

Realimentação oral precoce em pacientes oncológicos submetidos à Cirurgia Colorretal: um ensaio controlado

es

Early oral refeeding in cancer patients undergoing colorectal surgery: a controlled trial

Identificação do ensaio

- Número do UTN: U1111-1291-9848