



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Alteração da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: intervenção de enfermagem para o autocuidado

Ana Isabel Lopes Pexirra Nascimento

2015



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Alteração da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: intervenção de enfermagem para o autocuidado

Ana Isabel Lopes Pexirra Nascimento

Prof.^a Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

2015



Das dificuldades sentidas em cada etapa da vida,
advêm o conhecimento de amanhã

Anônimo

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram no realizar de um sonho...

À Professora Doutora Alexandra Pinto Santos, pelo seu apoio, dedicação, orientação e transmissão de conhecimento.

À Enfermeira Olívia Oliveira por ter tornado possível, o impossível.

Às enfermeiras Tânia Maroto, Susana Miguel e Helena Gomes, pelo apoio, orientação e transmissão de conhecimentos.

Aos vários elementos das equipas multidisciplinares dos campos de estágio que tornaram diferente a minha aprendizagem.

À Exma. Sra. D. Paula Ravasco pelos artigos científicos amavelmente cedidos por correio electrónico.

À Andreína Tavares e Cláudia Gomes pela amizade e partilha

À família e amigos, pelo apoio, carinho e compreensão.

Especialmente ao meu filho Rafael por ter sempre um sorriso e um abraço à minha espera.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

A doença oncológica de cabeça e pescoço envolve mais de 30 localizações diferentes, quase todas elas partilham o facto de causarem alterações na alimentação da pessoa, que podem permanecer ao longo da sua vida. O compromisso da ingestão alimentar pode atribuir-se à própria neoplasia, quando se associa a dor e a deformação de estruturas anatómicas que envolvem o trato digestivo superior, mas também aos tratamentos que a doença carece. A cirurgia provoca alterações da anatomia, a radioterapia e a quimioterapia fazem-se acompanhar de sequelas sensoriais que influenciam a capacidade de autocuidado na alimentação. A redução da ingestão alimentar conduz a perdas de peso significativas e, conseqüentemente, a repercussões importantes na vida da pessoa, família e no sistema de saúde.

No local onde exerço funções existe uma escassa avaliação do défice de autocuidado na alimentação, assim como uma reduzida intervenção por parte da equipa de enfermagem. Esta problemática dá origem à elaboração do projeto intitulado “Alteração da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: intervenção de enfermagem para o autocuidado”, cuja finalidade se centra na aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

Durante cinco meses foi utilizada a metodologia de projeto, que teve início com a realização de dois ensinamentos clínicos num Hospital Especializado em Oncologia e terminou com um ensinamento clínico no local onde exerço funções, o Serviço de Maxilofacial e Otorrinolaringologia de um Hospital Central na região de Lisboa. As atividades desenvolvidas passaram sobretudo pela colheita de dados, análise documental e auditorias com o objetivo de conhecer a realidade e confrontá-la com o role de boas práticas, descrito na evidência científica.

Emerge a necessidade de continuar a contribuir para o desenvolvimento de práticas especializadas no cuidar da pessoa com défice de autocuidado na alimentação.

Palavras-Chave: Doença oncológica de cabeça e pescoço, défice de autocuidado, intervenção de enfermagem, alimentação e estado nutricional

ABSTRACT

Cancer disease of head and neck involves more than 30 different locations, and almost all of them share the fact that they cause changes in a person's diet and can remain throughout his life. The commitment of food intake can be attributed to the malignancy itself, when combining pain and deformation of anatomical structures involving the upper digestive tract, but also the need to treat the disease. The surgery causes changes in anatomy; radiotherapy and chemotherapy are accompanied sensory sequels that influence self-care capacity in food intake. The reduction in food intake leads to significant weight loss and consequently has a significant impact on the life of the person, the family and the health care system.

In the place where I exercise functions there is little evaluation of the self-care deficit in food, as well as a reduced intervention by the nursing team. This problem gives rise to the drafting of the "Change of power in the person with oncological diseases of head and neck: nursing intervention for self-care", with the purpose of acquiring skills as Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, according to the Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

The design methodology was used for five months, which began with the completion of two clinical teaching in a Specialized Hospital in Oncology and finished with a clinical teaching at the place where I exercise functions as a nurse, the Maxillofacial Service and Otorhinolaryngology of a Central Hospital in the region of Lisbon.

The activities started mainly by collecting data, document analysis and audits in order to know the reality and compare it with the role of best practice described in scientific evidence. According to this, the need to continue to contribute to the development of specialized practices in caring for the person with self-care deficit in feeding emerges.

Keywords: Cancer of head and neck, self-care deficit, nursing care, diet and nutritional status.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CBC – Carcinoma Basocelular

CEC – Carcinoma Espinocelular

CEG – Consulta de enfermagem de gastroenterologia

CESCERT – Consulta de Enfermagem no Serviço de Consulta Externa de Radioterapia

CHL – Centro Hospitalar de Lisboa

CMF – Cirurgia Maxilofacial

CPC – Carcinoma Pavimento Celular

DGS – Direção Geral de Saúde

DOCP – Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HCL – Hospital Central de Lisboa

HEO – Hospital Especializado em Oncologia

HPP – Hospital Público-Privado

IMC – Índice de Massa Corporal

MUST – Malnutrition Universal Screening Tool (Escala Universal para Rastreamento da Desnutrição)

NHB – Necessidades Humanas Básicas

NRS 2002 – Nutritional Risk Screening 2002 (Escala de rastreio do risco nutricional)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PCR – Proteína C-Reativa

PDOCP – Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (Gastrostomia percutânea endoscópica)

PG-SGA – Patient Generated Subjective Global Assessment (Avaliação global subjetiva- Gerada pelo doente)

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SAPE[®] – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCCP – Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

SCECCP – Serviço de Consulta Externa de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

SCERT – Serviço de Consulta Externa de Radioterapia

SNG – Sonda Nasogástrica

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2.1. O efeito da doença oncológica de cabeça e pescoço na alimentação da pessoa.....	27
2.2. Implicações da doença oncológica de cabeça e pescoço na nutrição da pessoa.....	32
2.3. Situação social, económica e familiar da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.....	35
2.4. A intervenção do enfermeiro perante a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com défice de autocuidado na alimentação.....	37
3. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO	43
3.1. Num Serviço de Consulta Externa de Cirurgia de Cabeça e pescoço de um Hospital Especializado em Oncologia.....	43
3.2. Num Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia de um Hospital Especializado em Oncologia.....	53
3.3. Num Serviço de Cirurgia Maxilofacial e de Otorrinolaringologia de um Hospital Central	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ANEXOS

ANEXO I – Escala Universal para o rastreio da desnutrição - MUST

ANEXO II – Escala de rastreio do risco nutricional - NRS 2002

ANEXO III – Escala de avaliação do estado nutricional - Avaliação Global Subjetiva Gerada pelo Doente (AGS-GD)/(PG-SGA)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Quadro com os dados colhidos na consulta de enfermagem de 1ª vez à PDOCP no SCECCP

APÊNDICE II – Guião de entrevista e descrição da entrevista realizada à nutricionista

APÊNDICE III – Análise reflexiva à realização de estágio de observação na CESCERT

APÊNDICE IV – Guião de entrevista para enfermeiros na avaliação do autocuidado na alimentação na PDOCP

APÊNDICE V – Estudo de Situação

APÊNDICE VI – Análise reflexiva da visita de observação à Sessão de Terapia da Deglutição

APÊNDICE VII – Análise reflexiva da visita de observação na CEG na colocação de PEG

APÊNDICE VIII – Instrumento de auditoria à avaliação inicial da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com défice de autocuidado na alimentação

APÊNDICE IX – Resultado de auditoria à avaliação inicial da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com défice de autocuidado na alimentação

APÊNDICE X – Plano da ação de formação em serviço

APÊNDICE XI – Apresentação dos slides da ação de formação realizada ao grupo de enfermeiros no serviço de CMF e ORL

APÊNDICE XII – Avaliação da sessão de formação realizada aos enfermeiros do serviço de CMF e ORL

APÊNDICE XIII – Proposta de plano de intervenção para a melhoria da avaliação inicial da alimentação da PDOCP no momento da admissão

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº1 – Avaliação do peso, altura e IMC, na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, internada num serviço de Cirurgia Maxilofacial e Otorrinolaringologia.....	23
Quadro nº2 – Classificação da desnutrição em adultos pelo IMC (OMS, 1999)	24
Quadro nº3 - Guia orientador da colheita de dados da consulta de enfermagem de 1ª vez, à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.....	46

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica, realizei um percurso de formação/intervenção, que se iniciou pela elaboração de um projeto intitulado a “Alteração da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: intervenção de enfermagem para o autocuidado”, implementado num estágio com a duração de 450 h, e que culminou na elaboração do presente relatório.

A doença oncológica está muito presente na minha prática de cuidados. Exerço funções numa unidade de internamento de especialidades cirúrgicas onde presto cuidados de enfermagem a um número cada vez maior de pessoas com doença oncológica, pelo que cresce o meu interesse pela especificidade da área de intervenção da enfermagem oncológica e levou-me a candidatar ao 4º Curso de Mestrado lecionado pela ESEL.

Devidos aos avanços obtidos na sobrevivência dos doentes, a doença oncológica é hoje em dia considerada uma doença crónica, sendo a segunda causa de morte em Portugal (DGS, 2012). No ano de 2013, só o grupo das neoplasias da laringe contribuiu com 4336 óbitos, o que corresponde a 16,7% de falecimentos associados à doença oncológica e a classifica como a segunda causa de morte por cancro (INE, 2015). Talvez para este número contribuam os factores de risco que estão associados a esta doença oncológica, mais especificamente, o consumo de tabaco, álcool, drogas (OMS, 2005) e os maus hábitos de higiene oral da população portuguesa (Silveira et al., 2012).

A DOCP não é uma entidade nosológica única, pois ao poder ocorrer em mais de 30 localizações diferentes (Hewett, 2009), incluindo cavidade oral, faringe, laringe, fossas nasais, seios perinasais, glândulas salivares, tiróide, parótidas, tecidos moles, tecido ósseo, estruturas neuro-vasculares e pele da cabeça e pescoço (Heroiu, Danciu e Popescu, 2013), constitui antes um vasto conjunto de neoplasias. Dependendo do local onde aparece a doença assim é

influenciada a alimentação da pessoa, sendo os cancros que se localizam no trato digestivo superior, ou seja na cavidade oral, faringe, laringe, glândulas salivares, fossas nasais e seios perinasais, parótidas, as que mais a alteram o autocuidado (Goulg e Lewis, 2006).

A esta situação inicial acresce que a pessoa com uma DOCP terá, ao longo da doença, de passar por duas fases distintas de tratamentos. A cirurgia para remoção do tumor que altera ou remove estruturas anatómicas importantes para certas funções ligadas à alimentação, como a mastigação e a deglutição, e os tratamentos coadjuvantes de RT e QT cujos efeitos secundários, como sejam por exemplo a mucosite, a xerostomia ou as náuseas e os vómitos também perturbam uma suficiente ingestão de água e alimentos (Hewett e Howland, 2009). Convém ainda referir que estes tratamentos oncológicos são potenciadores de sinais e sintomas que impedem, temporária ou permanentemente, a PDOCP de alimentar-se (Jager-Wittenaar *et al*, 2011), contribuindo para a alteração da alimentação.

Dorothea Orem (2001) na sua Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado define que a pessoa é possuidora de requisitos de autocuidado, ou seja é possuidora de habilidades que promovem a manutenção e o funcionamento humano, nomeadamente a capacidade para manter a ingestão suficiente de água e alimentos (Orem, 2001).

Quando a pessoa não se alimenta de forma adequada, quer seja pela presença de uma neoplasia que causa dor ou obstrução no trato digestivo superior, quer seja por sinais e sintomas que influenciam a ingestão alimentar, diz-se que tem défice de autocuidado na alimentação (Orem, 2001). Perante este quadro a pessoa acaba por reduzir a quantidade e qualidade de alimentos ingeridos, o que leva à perda de peso, à desnutrição, à menor resposta ao tratamento e conseqüentemente à diminuição da qualidade de vida (Aquino e Philippi, 2011), conduzindo a internamentos prolongados, com a conseqüente sobrecarga na vida das pessoas, das famílias e do sistema de saúde.

No serviço onde desempenha funções, durante a prestação de cuidados torna-se evidente a perda de peso na PDOCP. Apesar de ser um problema efetivo, existe uma falta de avaliação e estabelecimento de planos de intervenção por parte da equipa de enfermagem. Aliás, os planos de

intervenção decididos pela equipa de enfermagem sobre as PDOCP tendem a ser idênticos entre todos os doentes internados e isto independentemente da sua perda de peso e estado de desnutrição. Assim, com o objetivo de melhorar práticas de cuidados e adquirir competências especializadas no “domínio da melhoria contínua da qualidade” (OE, 2011) desenvolvi o projeto “Alteração da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço: intervenção de enfermagem para o autocuidado”.

A realização de ensinamentos clínicos num HEO, no contexto do curso de mestrado em enfermagem, a par com toda a evidência científica consultada, resultou na produção de conhecimento, que se tornou uma mais-valia para o “desenvolvimento de aprendizagens profissionais” (OE, 2011), que fundamentam a minha praxis clínica e a minha tomada de decisão, indo ao encontro do referido por Benner (2001, p.32) quando diz que “a experiência é necessária para a perícia”.

Vejo assim a aspiração de evoluir como enfermeira, indo ao encontro do designado pela OE (2011) para enfermeira especialista e adquirir

“o conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento N.º122/2011, 2011).

Assim, na realização deste relatório proponho-me atingir os seguintes objetivos:

- Integrar na prática conhecimentos adquiridos durante o curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica;
- Refletir sobre a pertinência do projeto para a prática de enfermagem.

O presente relatório está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo será definido o problema bem como analisada a sua pertinência. O segundo capítulo será dedicado ao referencial teórico que está na base à realização do presente trabalho. No terceiro capítulo, o leitor encontra o relato do percurso desenvolvido. Ficando o quarto capítulo para apresentar uma

síntese conclusiva das competências desenvolvidas, das implicações das aprendizagens para a prática diária no cuidar e perspectivas futuras de desenvolvimento do projeto. No quinto capítulo serão elaboradas as referências bibliográficas. Por fim, serão apresentados os anexos e os apêndices, como complemento e fundamento a todo este relatório.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A desempenhar funções como enfermeira de cuidados gerais, num Serviço de CMF e ORL de um HCL, que recebe a pessoa com patologia traumática, cirúrgica, oncológica e infecciosa para tratamento médico, observo que a doença oncológica está cada vez mais presente. No período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 (período de estágio), efetivaram-se 58 internamentos, o que traduz em média o acolhimento de 9,5 pessoas com DOCP por mês.

No contexto profissional observo que a DOCP, pela região anatómica que ocupa leva a pessoa a ter dificuldade em manter a suficiente ingestão de água e alimentos, verificando-se um défice de autocuidado na alimentação, que a médio longo prazo provoca percas de peso, diminuição na massa muscular e alterações em toda a estrutura física, chegando a atingir proporções elevadas, como é o caso da caquexia¹.

Segundo Orem (2001) a pessoa é possuidora de requisitos para manter o funcionamento humano, sendo um deles a capacidade de se alimentar. Quando se alimenta a pessoa está a fornecer ao organismo uma série de nutrientes existentes nos alimentos, que desempenham funções importantes, nomeadamente a produção de energia, como é o caso dos glícidos e lípidos, a produção de tecidos, através das proteínas e a regulação de funções orgânicas, através da água e sais minerais (Sonati, Vilarta e Affonso, 2007).

Quando existe défice de autocuidado na alimentação relacionado com a diminuição da ingestão alimentar, pode-se dizer que este influencia o estado nutricional, é neste sentido que a OMS (2005) define estado nutricional como sendo a complexa interação entre a alimentação, estado de saúde e condições sociais e económicas em que o indivíduo vive.

¹ Caquexia é a expressão máxima da desnutrição, sendo caracterizada pela perda de peso superior a 5% em 6 meses, redução da massa muscular, acompanhada de anorexia, saciedade precoce, debilidade progressiva e alterações metabólicas como a anemia, hipovitaminose, alterações hidroeletrólíticas e défice imunológico, com consequentes predisposição para a infeção (González, Sobrino, Álvarez, Villarrol e Fernández, 2013).

A PDOCP vê o seu estado nutricional comprometido quando tem uma lesão intra-oral que lhe provoca dor e a impede de alimentar-se, reduzindo o aporte de nutrientes (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010). O facto de existir uma neoplasia vai aumentar o consumo energético pelo organismo, tanto que o primeiro sinal de alerta que faz a pessoa recorrer aos serviços de saúde é a perda de peso (Veloso, Ribeiro, Júnior, Ramalho, Gueiros e Carvalho De Melo, 2012). Isto tudo associado às condições socioeconómicas da pessoa, em muitos casos, são pessoas solitárias na sequência de comportamentos de risco que os afastam de seus familiares, e podem ter dificuldades económicas na aquisição e confeção da alimentação (Boing e Ferreira, 2011). Os excessivos consumos de substâncias ilícitas como o álcool, o tabaco e as drogas, potenciam a perda de peso e desnutrição que a OMS (2005) caracteriza como resultado da deficiente ingestão de energia, proteínas e micronutrientes.

Aquino (2005) citando González, Coloma, Ascorbe, Rodriguez e Martinez (2001) acrescenta que a desnutrição é um estado patológico resultante do consumo inadequado de um ou mais nutrientes essenciais e que, se manifesta clinicamente em alterações antropométricas, como o peso, a altura e o IMC, em alterações bioquímicas observadas em resultados analíticos, como a albuminémia e parâmetros infecciosos como a PCR, e alterações clínicas através de deiscência de suturas e aparecimento de fístulas. As alterações antropométricas são facilmente monitorizadas pelo enfermeiro desde que tenha à sua disposição uma fita métrica e uma balança. As análises clínicas são da competência da equipa médica, mas no entanto cabe ao enfermeiro ter o conhecimento sobre os valores de referência e assim alertar os outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente médico e nutricionista, da sua alteração, sobretudo quando interferem no estado clínico da pessoa. O enfermeiro também se encontra numa posição privilegiada ao realizar os pensos, pois está na linha da frente para visualizar deiscências de suturas e fístulas, comunicando aos demais elementos da equipa.

No serviço onde desempenha funções são várias as situações em que a PDOCP não consegue alimentar-se por via oral, havendo a necessidade de colocar SNG ou até mesmo PEG para permitir a manutenção de uma ingestão

suficiente de água e alimentos. Quando a pessoa não consegue alimentar-se quer seja pela presença da neoplasia, que lhe provoca dor ou até mesmo uma obstrução mecânica como no caso da neoplasia da base da língua em que se verifica disfagia, opta-se pela utilização de dispositivos alternativos à alimentação oral, passando a pessoa a alimentar-se por via entérica. No pós-operatório até completa cicatrização de suturas, recorre-se à SNG como dispositivo alternativo para alimentação (Schoeff, Barrett, DeLassus Gress e Jameson, 2013). No caso da pessoa se encontrar em tratamento de RT e apresentar mucosite, xerostomia ou até mesmo estenose esofágica, a SNG torna-se um dispositivo necessário para alimentar a pessoa (Dietitians Association of Australia, 2008).

A necessidade de colocar um dispositivo para alimentação passa frequentemente pela avaliação, realizada pela equipa de enfermagem, da capacidade de autocuidado na alimentação da PDOCP, pelo que a vigilância e monitorização da alimentação, sobretudo em situações de comprometimento da cavidade oral e trato digestivo superior, como é o caso da existência de dor, de mucosite, de disfagia, lesões intra-orais, devia ser uma intervenção regular dos enfermeiros (Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati e Yueh, 2010). Muitas vezes a redução da ingestão alimentar só é valorizada quando se observa perda de peso na pessoa, podendo isto acontecer mais frequentemente quando os enfermeiros delegam a alimentação a outros profissionais e não avaliam a capacidade da pessoa para alimentar-se e a quantidade de alimentação ingerida (Goulg e Lewis, 2006).

No momento da admissão ao serviço, os enfermeiros realizam uma avaliação sobre as necessidades de alimentação da PDOCP. Com estes dados escolhem o tipo de dieta² no sistema informático, no caso de haver necessidade de personalizar a dieta, ou seja ir para além das dietas pré-estabelecidas, contacta-se a dietista (o meu serviço não tem uma nutricionista) que estabelece um plano alimentar e envia a informação para a cozinha sobre o tipo de dieta que aquela pessoa irá fazer, destas informações fazem parte a

² Escolher o tipo de dieta passa por escolher a consistência dos alimentos, nomeadamente dieta geral, dieta mole, dieta pastosa, dieta líquida e dieta líquida hipercalórica e hiperproteica.

quantidade de nutrientes essenciais na alimentação daquela pessoa. Durante o internamento torna-se necessário que o enfermeiro reavalie o autocuidado na alimentação da pessoa, uma vez que com o crescimento da lesão intra oral ou com o aumento das queixas álgicas, pode apenas tolerar a alimentação de consistência líquida, sendo necessário adequar esta alimentação.

Neste sentido, torna-se necessário que o enfermeiro proceda a uma avaliação sistemática e regular do autocuidado na alimentação ao longo do internamento da PDOCP, uma vez que a desnutrição causada pela diminuição da ingestão de alimentos leva à menor tolerância aos tratamentos, ao aumento do tempo de internamento, ao aumento dos custos dos tratamentos e altera o prognóstico e a qualidade de vida da pessoa (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013).

No serviço onde desempenho funções, o enfermeiro realiza uma anamnese com base na avaliação inicial proposta pelo aplicativo SAPE[®]. Desta avaliação faz parte um quadro para avaliar o “Status Fisiológico”, onde os enfermeiros registam os valores iniciais de temperatura, tensão arterial, frequência cardíaca, dor, peso, altura, IMC, um quadro onde registam a avaliação da “Digestão” através da avaliação da existência de disfagia, apetite, náuseas, paladar, existência de prótese dentária, um quadro onde os enfermeiros registam a avaliação da “Nutrição”, registam o número de refeições diárias, as restrições alimentares, as preferências alimentares e um quadro onde se regista o “autocuidado na alimentação”, através da escolha das opções dependente ou independente. Dos dados atrás descritos, apenas os sinais vitais são registados, o que foi confirmado por uma auditoria realizada a 20 processos clínicos. A avaliação inicial do autocuidado na alimentação é descurada pelos enfermeiros, os valores antropométricos não são avaliados porque a balança existente no serviço é obsoleta e de difícil manuseio. Mas será que a equipa de enfermagem não está desperta para a importância da avaliação destes indicadores?

Numa auditoria realizada à colheita de dados efetuada pelo enfermeiro, no momento da admissão ao serviço e que será apresentada no subcapítulo 3.3, verificou-se que a alimentação e o estado nutricional são pouco valorizados pelos enfermeiros uma vez que não são dados colhidos no

momento da admissão. No entanto, o Council of Europe (2003) na resolução ResAP 3³ defende que os registos de admissão de enfermagem devem conter a informação sobre o estado nutricional do paciente, sua condição física e mental para a ingestão de alimentos, o que não se verifica no serviço onde desempenha funções.

O enfermeiro carece de vigiar e monitorizar a alimentação da pessoa, desde a admissão ao serviço, e estabelecer uma parceria com a dietista, no sentido da adequação entre o que a pessoa consegue comer e as suas necessidades alimentares. Como nos refere o Council of Europe (2003) o enfermeiro é responsável por monitorizar a ingestão alimentar e o peso corporal. O peso torna-se um indicador efetivo da adequação da alimentação, sendo a principal variável de risco nutricional (Aquino, 2005). Pois, como nos salienta Haggood (2000), num espaço de seis meses, uma perda de peso superior ou igual a 10% do peso habitual é indicador crítico para uma contínua avaliação de enfermagem.

Como forma de perceber o estado nutricional de 13 pessoas internadas num serviço de CMF e ORL, durante dois meses foram avaliados o peso, a altura e o IMC, três dados antropométricos que nos permitem avaliar o estado nutricional e cujos resultados se apresentam no Quadro nº 1.

Indicadores do Estado Nutricional				
Identificação	Idade	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC
1	73	40	1,5	17,78
2	56	49	1,67	17,57
3	45	58	1,75	18,98
4	43	55	1,79	17,48
5	67	50	1,6	19,53
6	70	68	1,65	24,98
7	63	59	1,65	21,67
8	69	55	1,7	19,03
9	72	66	1,61	25,46
10	66	80	1,8	24,6
11	71	45	1,65	16,53
12	75	50	1,75	16,33
13	67	55	1,6	21,48

Quadro nº 1 - Peso, altura e IMC na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, internada num serviço de Cirurgia Maxilofacial e otorrinolaringologia.

³ ResAP (2003) 3 é uma declaração emitida pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa no domínio da saúde pública sobre a alimentação e os cuidados nutricionais em meio hospitalar.

Quadro nº 2 - Classificação da desnutrição em adultos pelo IMC (OMS, 1999)

Classificação da desnutrição em adultos pelo IMC (OMS, 1999)
IMC (Kg/m ²) /Estado nutricional
>18.5 Normal
17.0 - 18.49 Desnutrição leve
16.0 - 16.99 Desnutrição moderada
<16.0 Desnutrição grave

Com base na classificação da desnutrição recomendada pela OMS (1999) e apresentada no Quadro nº 2, foram analisados os valores obtidos. Das pessoas monitorizadas, cinco o que corresponde a 38 % apresentam desnutrição, destas, 40% apresentam desnutrição moderada, o que pode potenciar a comorbilidade se associarmos a elevada idade destas pessoas. A evidência científica demonstra uma estreita ligação entre a doença oncológica de cabeça e pescoço e a desnutrição (Swora, Derc, Grzymislawski e Golusinski, 2009; Waitzberg, Nardi, e Horie, 2011; Velho, 2013).

De acordo com o artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009), relativamente à excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de analisar as práticas de cuidados e reconhecer falhas que mereçam mudança de atitude. Também Hesbeen (1998, p. 15) nos diz que “o sentido que se dá à qualidade dos cuidados gera uma reflexão concetual que fundamenta a ação e a contínua evolução”. Assim, reconheço que existem falhas na avaliação regular do autocuidado na alimentação da PDOCP, no serviço onde desempenho funções e o facto de perceber que existem estas lacunas por parte da equipa de enfermagem, fez-me refletir sobre a prática de cuidados e elaborar o presente projeto com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para Orem (2001) o enfermeiro é um agente terapêutico de autocuidado porque tem a responsabilidade de prestar cuidados à pessoa sem requisitos para se autocuidar, neste sentido, a PDOCP com défice de autocuidado na alimentação, carece de uma intervenção planeada, por parte do enfermeiro para alcançar o autocuidado, sendo que a prestação destes cuidados inicia-se com uma avaliação. A OE (2002) refere que o enfermeiro identifica os

potenciais problemas da pessoa, prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções para minimizar tais efeitos, tornando-se fundamental que a equipa de enfermagem faça uma avaliação do défice de autocuidado na alimentação e planeie intervenções para a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos por parte da PDOCP.

Refletindo sobre a minha prestação de cuidados de enfermagem à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação, tendo por base o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem (Benner, 2001), considerava-me uma enfermeira competente, uma vez que segundo Benner (2001, p.53) a enfermeira competente “baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema”. Espero agora que com a experiência e o conhecimento adquiridos durante este curso de mestrado, tornar-me proficiente, isto é, passar a ter a capacidade de avaliar e planear intervenções no cuidar da pessoa com défice de autocuidado na alimentação, podendo mesmo, passar a antever o que poderá acontecer (Benner, 2001) e assim direccionar os cuidados de enfermagem que presto a PDOCP.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo aborda o referencial teórico que esteve na base da concepção do projeto e que constitui o suporte teórico deste relatório. Serão tratados temas como: a alimentação na PDOCP, a influência dos tratamentos oncológicos na manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos e os cuidados de enfermagem à PDOCP com déficit de autocuidado na alimentação.

2.1. O efeito da doença oncológica de cabeça e pescoço na alimentação da pessoa

Um dos requisitos universais de autocuidado é a alimentação (Orem, 2001), dela o homem retira nutrientes essenciais ao funcionamento humano (Sonati, Vilarta, e Affonso, 2007), sendo considerada fundamental para a manutenção de um corpo saudável (Ardilio, 2011). Contudo, a PDOCP enfrenta desafios únicos, para manter a ingestão de alimentos orais (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013).

A presença de uma neoplasia na cavidade oral causa dor e alteração das estruturas anatómicas com redução da sensibilidade intra-oral, o que leva à diminuição da capacidade para mastigar, formar o bolo alimentar e deglutir (Gould e Lewis, 2006).

Os tratamentos à DOCP passam pela cirurgia, RT e QT (Sauer e Voss, 2012). Numa tentativa de assegurar a vida sem tumor, na maioria das pessoas a primeira linha de tratamento passa pela cirurgia (Hewett, 2009), que se restringe ao local da neoplasia (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010). A QT tem por objetivo eliminar células neoplásicas, abrandar o seu crescimento e evitar a sua capacidade de invasão local e metastização à distância, ao passo que a RT tem um efeito físico-químico sobre a célula, levando à sua impossibilidade de reprodução e morte celular (Carvalho, Camilo e Rovasco, 2011).

A cirurgia de acordo com o local da neoplasia, abordagem e procedimento pode alterar significativamente a anatomia (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013) e levar a transformações anatómicas capazes de provocar disfunção na capacidade de alimentação oral, nomeadamente na função de mastigação e deglutição (Hewett, 2009). Por exemplo, numa cirurgia ao lábio em que o edema ou a disfunção provoca incontinência labial, a pessoa quando se tenta alimentar a comida acaba por sair da boca porque não existe encerramento labial, já na cirurgia à neoplasia da língua, em que esta desempenha função importante na mastigação⁴, na formação do bolo alimentar⁵ e na deglutição⁶, a pessoa acaba por ter dificuldade nestas três fases, no caso da glossectomia⁷ total a pessoa acaba por não conseguir deglutir tronando-se comum a colocação de PEG para manter a ingestão suficiente de água e alimentos.

Após a cirurgia intra-oral, a ingestão oral fica suspensa até completa cicatrização das suturas operatórias (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013), pelo que no intra operatório é colocada uma SNG por onde se inicia alimentação entérica. Em cirurgias que envolvem muitas estruturas anatómicas, como é o caso da cirurgia à laringe e da cirurgia ao pavimento oral, existe maior risco de formação de fístulas (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013). Nestes casos a SNG permanece, até e durante, a realização dos tratamentos de RT e QT, sendo removida quando a PDOCP consegue alimentar-se oralmente com segurança (Lambertz, Gruell, Robenstein, Mueller-Funaiole, Cummings e Knapp, 2010), ou seja, quando consegue alimentar-se sem disfagia, sem dor e sem risco de deiscência ou infeção das suturas, causada pela presença de restos de alimentos intra-orais.

No caso de uma neoplasia intra-oral iressecável, a SNG ou outro dispositivo de alimentação entérica, torna-se um aliado na alimentação destas pessoas, uma vez que previne a dor, a disfagia e a aspiração de conteúdo

⁴ Mastigação é a função de morder e triturar os alimentos existentes na cavidade oral (Whitaker, 2005).

⁵ Bolo alimentar são os alimentos já triturados na cavidade oral envolvidos por enzimas salivares (Whitaker, 2005).

⁶ Deglutição é a condução do alimento existente na cavidade oral para o estômago, através de uma força propulsora muscular acompanhada do benefício da gravidade (Pires, 2012).

⁷ Glossectomia- remoção cirúrgica da língua, muitas vezes acompanhada da remoção do pavimento oral. (<http://www.otorrinocruzvermelha.com/resources/Glossectomia.pdf>)

alimentar para a árvore traqueobrônquica, bem como o aparecimento de hemorragia, pela elevada irrigação sanguínea característica de uma lesão neoplásica (Portas, et al., 2011). Também nas situações em que existe ferida maligna na face, com comunicação da cavidade oral para o exterior, a SNG é utilizada como dispositivo para alimentar a pessoa (Nugent, Parkert, e McIntyre, 2010).

As células do epitélio oral pela rápida proliferação são as mais afetadas pelos efeitos secundários à realização de RT e QT (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo & Honorato, 2010), o que interfere também no autocuidado na alimentação da PDOCP.

Na RT, o facto de a radiação incidir sobre um local específico da região da cabeça e pescoço, leva a que a médio longo prazo, comecem a surgir as lesões intra-orais (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010), que são impeditivas de manter uma suficiente ingestão de água e alimentos nomeadamente, mucosite⁸; xerostomia⁹; disgeusia¹⁰; odinofagia¹¹; disfagia¹²; neurotoxicidade¹³; hipersensibilidade dentária¹⁴; cárie por radiação¹⁵; dor; trismo¹⁶ e osteorradionecrose¹⁷.

Na QT com a administração endovenosa ou oral de citostáticos, ocorrem alterações no sistema imunológico que facilitam as infeções oportunista, virais¹⁸, fúngicas¹⁹ e bacterianas (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato,

⁸ Reação inflamatória da mucosa oral caracterizada por eritema e edema, podendo evoluir até ao final do tratamento para ulceração e descamação (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

⁹ Secura excessiva da cavidade oral pela produção insuficiente de saliva (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁰ Diminuição sensorial do paladar (Gould e Lewis, 2006)

¹¹ Dor ao engolir (Gould e Lewis, 2006)

¹² Dificuldade a engolir (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹³ Dor inespecífica relacionada com hipersensibilidade dentária e disfunções temporomandibulares (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁴ A xerostomia conduz ao risco de infeções pela diminuição da resistência à entrada de microorganismos patogénicos que causa desconforto dentário (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁵ Tipo agressivo de cárie dentária que se desenvolve na sequência da irradiação da região da cabeça e pescoço (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁶ Fibrose dos músculos da mastigação que limita a abertura da cavidade oral (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁷ Necrose do osso da mandíbula por radiação (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

¹⁸ O latente vírus do herpes zóster reaparece com os tratamentos oncológicos levando ao aparecimento de estomatites (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

2010). Também se verifica o envolvimento do trato gastrointestinal pelo aparecimento de náuseas, vômitos e diarreia (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013).

Quando a pessoa é sujeita a modalidades de tratamento combinado, e realiza RT e QT concomitantemente, os efeitos secundários têm maior repercussão por estarem associados (Silander, Nyman, Bove, Johansson, Larsson e Hammerlid, 2012). Na prática clínica, o que se observa, é que a pessoa pode apresentar, entre outros, disgeusia, mucosite resultante da RT e náuseas e vômitos resultantes da QT, uns potenciam os outros e a pessoa não consegue alimentar-se oralmente. Esta situação pode perpetuar-se durante dias, culminando em anorexia, que se lhe juntarmos a astenia e a depressão resultante de todo o processo de doença, visualizamos na pessoa alterações importante de auto-estima e auto-imagem que influenciam em grande escala a sua capacidade e vontade para alimentar-se (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013).

Ferreira, Scarpa e Silva (2008) falam-nos do elevado número de pessoas que altera a ingestão alimentar, após o início dos tratamentos oncológicos e passa a ingerir alimentos de consistência mole e líquida em vez de alimentos sólidos. Isto é facilmente constatado na prática, por exemplo, numa pessoa com mucosite, infeção herpética, ou outro tipo de lesão intra-oral, a alimentação que pressupõe mastigação provoca dor, levando-a a sentir maior conforto quando ingere alimentos moles ou líquidos. Quando a pessoa apresenta trismos, a abertura de boca chega a ser tão reduzida que não cabe uma colher, qualquer que seja o seu tamanho, passando a pessoa a alimentar-se de alimentos que possa beber, como é o caso dos sumos, iogurtes, sopa passada, mas se a pessoa tiver uma osteonecrose, em que o facto de mastigar causa dor e inflamação dos tecidos adjacentes à lesão, terá que ingerir alimentos que não seja necessário mastigar (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo & Honorato, 2010).

Segundo Portas, et al. (2012) os tratamentos à DOCP interferem na eficiência e na segurança da alimentação. A alteração sensorial resultante da

¹⁹ Caraterizada por placas brancas na língua e mucosa oral (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010).

realização de RT e QT põe em causa a segurança da pessoa quando surge a disfagia, em que o risco de aspiração do conteúdo alimentar para a árvore traqueobrônquica, leva à pneumonia de aspiração e põe em risco a vida da pessoa. Na eficiência da alimentação quando as alterações anatómicas decorrentes da cirurgia levam a incapacidades na alimentação oral, como é o caso de uma neoplasia da língua em que o acto cirúrgico passa pela glossectomia, e a pessoa deixa de ter língua que ajude na formação do bolo alimentar e deglutição.

A estenose esofágica é uma complicação tardia da RT (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013), a radiação provoca rigidez e aperto nos tecidos do esófago, o que dificulta a deglutição, através da esofagoscopia rígida consegue-se proceder à dilatação esofágica e assim permitir a alimentação oral. A dilatação esofágica nem sempre é eficaz, havendo a necessidade de manter a alimentação entérica por SNG.

A disfagia é uma complicação comum após os tratamentos de RT e pode desenvolver-se meses ou anos após o término do tratamento, levando a necessidade de alimentação entérica (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013). A terapia da deglutição é realizada por terapeutas da fala e tem como objetivo o tratamento da disfagia, permitindo que a pessoa a longo prazo consiga deglutir sem precisar de dispositivos para alimentação entérica e reduzindo os riscos de aspiração brônquica (Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati e Yueh, 2010).

Quando os sinais e sintomas decorrentes da realização dos tratamentos oncológicos impedem, parcial ou totalmente, a ingestão oral, a equipa multidisciplinar equaciona a colocação de um dispositivo para alimentação entérica (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013) e assim, assegurar a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos. Estes dispositivos passam pela SNG, PEG ou gastrostomia²⁰ (Nugent, Parkert, e McIntyre, 2010). Apesar de na prática clínica, a SNG ser o método mais comum e económico para alimentar a PDOCP, nos últimos 20 anos a PEG tem sido utilizada com mais frequência (Silander, Nyman, Bove, Johansson, Larsson e

²⁰ Colocada quando existe uma obstrução orofaríngea, que impossibilita a colocação de SNG ou PEG (Nugent, Parkert, e McIntyre, 2010).

Hammerlid, 2012), sobretudo quando se prevê que a utilização de alimentação entérica seja superior a 6 meses. Por norma opta-se pela PEG, uma vez que é menos incómoda para a pessoa e a nível social é menor o estigma por ser menos visualizada por terceiros (Silander, Nyman, Bove, Johansson, Larsson e Hammerlid, 2012).

Todavia a escolha do dispositivo para alimentação entérica requer alguma reflexão. Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson (2013) fazem referência a um estudo randomizado sobre as complicações dos dispositivos utilizados para a alimentação entérica, verificando-se que, a SNG não tem complicações, mas requer uma substituição frequente²¹, a PEG apresentou 10% de complicações relacionadas com hipergranulação do estoma ou sinais inflamatórios, a gastrostomia apresentou 11% de complicações, relacionados sobretudo com o procedimento cirúrgico. Tanto na PEG como na gastrostomia, as complicações estão associadas à colocação do dispositivo, uma vez que a PEG é colocada através de EDA e ecografia guiada por um gastroenterologista (Lambertz, Gruell, Robenstein, Mueller-Funaiole, Cummings e Knapp, 2010), a gastrostomia necessita de uma anestesia geral e é inserida por um cirurgião geral (Nugent, Parkert, e McIntyre, 2010).

Em todas as fases do tratamento oncológico a pessoa pode apresentar sinais e sintomas que impeçam a alimentação oral (Sauer e Voss, 2012), pelo que a avaliação sistemática por parte da equipa multidisciplinar é fundamental para identificar problemas e tomar decisões em parceria com a pessoa e família, no sentido de delinear intervenções, que contribuam para manter a ingestão suficiente de água e alimentos.

2.2. Implicações da doença oncológica de cabeça e pescoço na nutrição da pessoa

Dentro do grupo das neoplasias, as DOCP pela sua localização anatómica, são as que têm maior risco de provocar um desequilíbrio entre o que a pessoa come e o que fisiologicamente necessita. Este desequilíbrio pode

²¹ Consoante o material da SNG, existe a necessidade de substituir mensalmente ou trimestralmente.

levar ao que Bennett (2003) designou por desnutrição, e ocorre frequentemente na PDOCP, uma vez que a ingestão oral está muitas vezes comprometida.

Existem fatores que interferem na quantidade e qualidade de alimentos que a PDOCP ingere e que influenciam negativamente o seu estado nutricional. Sabe-se que é através da alimentação que a pessoa consome os nutrientes essenciais ao funcionamento humano e da qual depende o seu estado nutricional.

Na PDOCP observa-se que o défice do estado nutricional (desnutrição) está relacionado com a redução da alimentação, resultante de sinais e sintomas que perturbam a mastigação e deglutição, mas também com o aumento das necessidades energéticas resultantes do hipermetabolismo associado à existência da neoplasia (Ferreira, Scarpa e Silva, 2008) e com a deficiente absorção de nutrientes a nível do trato digestivo, pela existência de efeitos secundários à realização da QT, como sejam os vómitos, náuseas e diarreia (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013). No caso do aumento das necessidades energéticas pela presença de uma neoplasia, se não houver aumento do aporte eficaz de alimentos, ocorre perda de massa magra (músculo), o que aumenta o risco de deterioração nutricional (Carvalho, Camilo e Ravasco, 2011).

Contudo, existe ainda outro fator que perturba a alimentação da PDOCP, que é a sua condição social. Da prática profissional assim como da literatura consultada, constata-se que há uma grande referência, a que estas pessoas sejam consumidoras de substâncias tóxicas como o tabaco, drogas e álcool (Hewett, 2009; Mehanna, Paleri, Weste Nutting, 2011) tornando-se pessoas solitárias e a quem faltam as condições económicas para a aquisição de alimentos, ou as condições habitacionais/energéticas para a confeção da alimentação (Teixeira, 2009; Silveira, et al, 2012).

Sauer e Voss em 2012 alertam-nos para o facto de 85% das PDOCP apresentem perda de peso em todo o processo de doença. Importa neste sentido realizar uma avaliação da alimentação desde a fase de diagnóstico, indo ao encontro das indicações fornecidas pelo ResAP (Council of Europe, 2003) onde se salienta que a alimentação da pessoa deve ser avaliada antes ou no momento da admissão, uma vez que o défice do estado nutricional

conduz a longos períodos de hospitalização, maior custo do tratamento, prognóstico menos favorável e diminuição da qualidade de vida (Swora, Derc, Grzymislawski e Golusinski, 2009).

A diminuição da ingestão oral causa alterações metabólicas importantes (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013), com repercussão a vários níveis, no pós-operatório, pode ocorrer diminuição da resposta imunológica, cicatrização ineficiente e o aparecimento de infecções e de fístulas (Ni Choileain e Redmond, 2006; Merrick e Farrell, 2012). Com a redução das defesas imunitárias, associadas à RT e QT, aumenta o risco de aparecerem as infecções oportunistas (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010) e elevam-se as taxas de mortalidade (Isidro e Lima, 2012). Neste sentido, uma intervenção alimentar adequada pode evitar internamentos não planeados, resultantes do elevado grau de anorexia e astenia (Sauer e Voss, 2012), manifestados pela PDOCP quando se encontra desnutrida. Na minha prática de cuidados torna-se comum o internamento de pessoas em tratamento de RT, onde é notória a perda de peso, pois deixaram de comer por apresentarem mucosite e disfagia.

Uma persistente alimentação insuficiente provoca, a médio e longo prazo, caquexia, que caracteriza-se por anorexia, perda de peso, perda massa muscular e astenia grave (Waitzgerg, Nardi e Horie, 2011), culminando na progressiva disfunção da pessoa. Um estudo realizado por Sauer e Voss (2012) diz-nos que 20% dos óbitos ocorridos na DOCP estão mais relacionados com os efeitos da desnutrição, do que propriamente com a neoplasia.

Segundo a OMS (1999) o principal objetivo nos cuidados à pessoa com défice de autocuidado na alimentação é prevenir a perda de peso, daqui a importância de vigiar sistematicamente a alimentação da pessoa e monitorizar valores antropométricos como o peso, a altura e o IMC. Para Hewett (2009) é necessário conhecer o estado nutricional da pessoa no momento do internamento, pois uma perda de peso superior a 10% nos 6 meses que antecedem a cirurgia eleva as complicações pós-operatórias imediatas.

A nível nacional existem escalas, que as nutricionistas utilizam para avaliar o estado nutricional e o risco de desnutrição, são elas a MUST²² (Anexo I), NRS 2002 ²³ (Anexo II) e PG-SGA²⁴ (Anexo III). Pela importância da avaliação sistemática da alimentação e do estado nutricional da pessoa com doença oncológica, em alguns hospitais portugueses estas escalas foram adaptadas e são utilizadas no momento de admissão hospitalar (Velho, 2013).

Uma correta avaliação do autocuidado na alimentação permite personalizar e adequar o aporte alimentar, pode minimizar os efeitos secundários dos tratamentos oncológicos (Sat-Munoz, et al., 2012) e contribuir para um bom estado nutricional, o que está associado ao aumento da taxa de conclusão da terapia, sobrevivência oncológica e qualidade de vida pós-tratamento (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013).

2.3. Situação social, económica e familiar da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço

A doença oncológica impõe uma mudança na vida da pessoa, exigindo-lhe uma rápida adaptação a uma nova realidade (Barbosa, 2010), pelo que o apoio de família e amigos é fundamental. No entanto, observa-se na prática e também encontra-se documentado na evidência científica (Hewett, 2009; Silveira, et al., 2012), que em consequência dos comportamentos de risco, nomeadamente, os consumos excessivos de substância tóxicas ao longo da vida, muitas das pessoas são solitárias e não têm qualquer apoio familiar. Como nos elucida Hewett (2009) a PDOCP vive num nível socioeconómico baixo, com necessidade de apoio institucional durante os tratamentos.

A prevalência de neoplasia de cabeça e pescoço associada ao consumo de álcool e tabaco, passa sobretudo pelas neoplasias dentro da cavidade oral (Boing e Antunes, 2008), ou seja, língua, base da língua, pavimento oral,

²² Escala Universal para Rastreamento da Desnutrição foi concebida para ajudar a identificar os indivíduos adultos com baixo peso e que, por isso, estão em risco de sofrer de desnutrição (Todorovic, Russell e Elia, 2011)

²³ Escala que avalia a desnutrição e o risco de desnutrição em meio hospitalar (Lima, Araújo, Ornelas, e Logrado, 2012; Lomivorotov, et.al, 2013).

²⁴ Instrumento específico para avaliação do estado nutricional no doente oncológico, fornece guidelines de intervenção nutricional (Carratero, 2014)

trígono retro molar, amígdalas e laringe, uma vez que a carcinogénese está potenciada com o contacto com substâncias tóxicas (Araújo, Martinazzo, Menezes Filho, 2009).

A DOCP é uma doença mutilante, que leva a alterações físicas e funcionais (Boing e Antunes, 2008), que quando percecionadas tem impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Silveira, et.al, 2012), na interação social e no bem estar-psicológico (Hewett, 2009). Funções como a fonação, mastigação, deglutição, e respiração (Silveira, et.al, 2012) são afetadas ao longo do percurso da pessoa, quer seja pela cirurgia, que provoca alteração de estruturas anatómicas, quer seja como resultado da radiação a que a pessoa é sujeita. A perda da fisionomia pode levar a dilemas subjetivos expressos nos círculos de vida singular e social (Teixeira, 2009). A presença de mucosite, xerostomia e infeções oportunistas causa a destruição das células gustativas levando a alteração da percepção do sabor dos alimentos (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010), que pode persistir por vários meses ou por tempo indeterminado, após o término dos tratamentos (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013).

Quando existe alteração da função de mastigação e/ou deglutição a pessoa precisa de um dispositivo, como a SNG ou a PEG, para manter a ingestão suficiente de água e alimentos, no entanto, da prática profissional observa-se que, este dispositivo pode ser incomodativo ao olhar alheio e causar algum constrangimento. Desde sempre que a hora da refeição é momento de confraternização entre pessoas, sabe-se que o prazer de comer em grupo, pode estar condicionado para a pessoa que se alimenta por SNG ou PEG, por exemplo, frequentar um restaurante ou ir a um casamento, onde os alimentos não têm a consistência líquida necessária para serem administrados pelo dispositivo. Estas situações podem provocar sentimentos negativos na pessoa e remete-la ao isolamento (Teixeira, 2009). Também a mutilação decorrida da cirurgia fragiliza a PDOCP (Araújo e Rosa, 2008), a ferida com exsudado e odor, a halitose, a incontínência labial, afetam negativamente a auto-imagem, a auto-estima e autoconfiança, sendo obstáculos à socialização, tal como nos refere Teixeira (2009) são observadas perdas funcionais e

estéticas que interferem na imagem corporal da pessoa, pelo que remete-se ao isolamento.

A dor e a fadiga resultante de todo o processo de doença interferem no bem-estar da pessoa (Lis, Gupta, Lammersfeld, Markman e Vashi, 2012) e na capacidade laboral (Silveira, et.al, 2012). Por norma durante os tratamentos oncológicos a PDOCP não consegue trabalhar, tanto porque é necessário disponibilidade para realizar os tratamentos e os horários são incompatíveis com um trabalho regular, assim como os efeitos secundários dos tratamentos de RT e QT, acabam por a impedir a pessoa de estar no seu local de trabalho. Por isto alguns autores como Hewett (2009) referem que estas pessoas podem necessitar de apoios económicos para se alimentarem.

A depressão é um problema comum na PDOCP (Chiou, et.al, 2013), o seu estado físico e emocional, influencia diretamente, as relações que estabelece e as atividades de vida diárias (Lis, Gupta, Lammersfeld, Markman e Vashi, 2012). A taxa de depressão e o risco de tentativa de suicídio são elevados neste grupo populacional (National Institute for Clinical Excellence, 2004), as pessoas sofrem de alguma forma de ansiedade e desequilíbrio psicológico (Lambertz, Gruell, Robenstein, Mueller-Funaiole, Cummings e Knapp, 2010), que de alguma maneira interfere com a alimentação.

2.4. A intervenção do enfermeiro perante a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com défice de autocuidado na alimentação

Na prestação de cuidados de enfermagem à PDOCP, o enfermeiro carece de uma série de habilidades e conhecimentos, nomeadamente, o compromisso de trabalhar no seio de uma equipa multidisciplinar que assegure à pessoa as melhores práticas, equidade e continuidade de cuidados em todo o percurso de doença (Hewett e Howland, 2009).

A prestação de cuidados de enfermagem à PDOCP passa por um cuidado holístico, onde se inclui a avaliação de necessidades físicas e psicológicas, avaliação e controle de sinais e sintomas e a gestão de aspetos sociais e financeiros (Hewett, 2009). Na relação que estabelece com a PDOCP e família, o enfermeiro encontra-se numa posição de proximidade (National

Institute for Clinical Excellence, 2004), através da comunicação e assertividade consegue criar e manter relações e por meio da utilização sistemas de enfermagem promove o autocuidado na pessoa (Orem, 2001).

Neste sentido, de acordo com a Teoria do défice de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem (2001), no primeiro contato com a PDOCP, torna-se fulcral a recolha de informação sobre “fatores condicionantes básicos” (Orem, 2001), ou seja, fatores que afetam a capacidade em envolver-se no autocuidado, são eles a idade, o sexo, os antecedentes pessoais e cirúrgicos, condições socioeconómicas, os “factores condicionantes básicos relacionados com o desvio de saúde” são eles o diagnóstico médico e tratamento, sinais e sintomas, dados fisiológicos e dados antropométricos e a “avaliação do autocuidado” (Patronilho, 2012).

O facto de o enfermeiro ter um conhecimento concreto sobre o autocuidado na alimentação, permite-lhe o julgamento clínico e a tomada de decisão, na elaboração de um plano de intervenção, em parceria com a pessoa e restante equipa multidisciplinar. Para além de que, está em consonância com o ResAP (2003) do Council of Europe (2003), onde existe a indicação que os registos de admissão de enfermagem, devem conter informação sobre o estado nutricional do paciente, sua condição física e mental para a ingestão de alimentos.

Sauer e Voss (2012) falam sobre a perda de peso na PDOCP durante a primeira semana de tratamentos oncológicos (RT e QT), relacionada com a alteração da alimentação, da deglutição e da fonação. Neste sentido, qualquer alteração da alimentação deve ser investigada e estipuladas medidas para proporcionar a ingestão de alimentos (Gould e Lewis, 2006). Assim, o enfermeiro como agente terapêutico de autocuidado²⁵, após avaliar o autocuidado na alimentação, executa intervenções de enfermagem utilizando o sistema totalmente compensatório²⁶, o sistema parcialmente compensatório²⁷ ou o sistema de apoio e educação²⁸.

²⁵ Quando o enfermeiro presta cuidados no sentido de promover o autocuidado (Patronilho, 2012).

²⁶ Quando a pessoa não consegue autocuidar-se, tornando-se dependente de terceiros para sobreviver (Patronilho, 2012)

Um enfermeiro experiente consegue prever o que irá acontecer (Benner, 2001), se o enfermeiro tem conhecimento sobre o tratamento a que a pessoa será submetida (RT e QT), através de cuidados de apoio e educação, pode instruir a PDOCP sobre os efeitos adversos e assim preveni-los ou minimizá-los. A administração de radioterapia e quimioterapia é feita quase totalmente em ambulatório (DGS, 2013) assim torna-se necessário que o enfermeiro que trabalhe em ambulatório (centros de saúde e consultas externas de RT), exerçam uma vigilância e monitorização regular da alimentação realizada pela PDOCP no domicílio, podendo avaliar quantidades de alimentos ingeridos, monitorizar o peso e aconselhar estratégias para uma alimentação eficaz, avaliando a necessidade da introdução de suplementos alimentares²⁹ para repor reservas de nutrientes, são estas as guidelines a cumprir para a boa prática, nos cuidados à pessoa em tratamento de RT (Dietitians Association of Australia, 2008).

Durante o tratamento de RT, o enfermeiro é responsável por avaliar diariamente a dor, a mucosa oral, o peso e a pele irradiada (Lambertz, Gruell, Robenstein, Mueller-Funaiole, Cummings e Knapp, 2010) e assim planear intervenções individualizadas e atempadas. A deficiente higiene oral pode agravar a disfagia, nomeadamente com secreções secas ou resíduos de alimentos, pelo que os enfermeiros devem supervisionar os cuidados de higiene oral. É importante instruir que depois de qualquer ingestão oral, os cuidados orais devem ser realizados (Gould e Lewis, 2006).

Uma avaliação continua efetuada pelo enfermeiro permite detetar sinais e sintomas que impedem a PDOCP de manter a ingestão suficiente de água e alimentos, pelo que gerir o tipo de dieta favorece o autocuidado e transforma-se num cuidado fundamental no atendimento à PDOCP (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013).

²⁷ O enfermeiro tem a função de compensar as limitações da pessoa, realizando em conjunto o autocuidado (Patronilho, 2012).

²⁸ Apoio, instrução e orientação fornecida pelo enfermeiro para o desenvolvimento de autocuidado na pessoa (Patronilho, 2012).

²⁹ São batidos hipercalóricos e hiperproteicos comercializados em farmácias, sem necessidade de prescrição médica (IPOFG, EPE, 2010).

O objetivo de uma intervenção alimentar precoce pode evitar atrasos desnecessários ou quebras nos tratamentos causado pela deficiente ingestão alimentar (Lambertz, Gruell, Robenstein, Mueller-Funaiole, Cummings e Knapp, 2010), pelo que a avaliação do enfermeiro deve iniciar-se no momento em que o diagnóstico médico da doença é estabelecido.

Na equipa multidisciplinar o enfermeiro desempenha funções autónomas, ou seja, acções por sua iniciativa e responsabilidade (OE, 2012), quando avalia o autocuidado na alimentação e através do julgamento clínico e tomada de decisão, escolhe o tipo de alimentação de acordo com os sinais e sintomas apresentados pela PDOCP. Desempenha funções interdependentes quando realiza acções em conjunto com outros técnicos da equipa multidisciplinar (OE, 2012), nomeadamente com a nutricionista, tendo por base o objectivo comum (OE, 2012), de manter a ingestão suficiente de água e alimentos. Como nos salienta o National Institute for Clinical Excellence (2004) deve de haver cooperação mútua entre nutricionista e enfermeiro no planeamento de uma alimentação adequada à PDOCP, onde o enfermeiro avalia o autocuidado na alimentação e transmite a informação ao nutricionista, que elabora um plano alimentar, e posteriormente será realizada uma avaliação da adesão da pessoa ao plano alimentar, pelo enfermeiro.

No internamento à adesão à alimentação fornecida deverá ser monitorizada pelo enfermeiro, uma vez que só assim se percebe se a alimentação é adequada às necessidades da pessoa (Webber, 2008). No entanto, sabe-se que o enfermeiro, muitas vezes pela sobrecarga de trabalho, delega esta função a outros elementos da equipa multidisciplinar menos habilitados para o efeito. Contudo, no artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) diz que o enfermeiro na excelência do exercício, deve assegurar a continuidade dos cuidados que delega e assumir a responsabilidade pelos mesmos, assim na pessoa com défice de autocuidado na alimentação, em que existe a necessidade de uma avaliação sistemática, o enfermeiro não deve delegar sob pena de não ter o feed-back do que foi a alimentação da pessoa, particularmente se se tratar de pessoas com desnutrição, quer esta seja leve, moderada ou sobretudo grave (OMS, 1999).

Tendo em vista a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, os enfermeiros podem assegurar que as preferências alimentares da pessoa são tidas em conta, assim como verificar se a textura da alimentação se adequa ao desvio de saúde. No internamento é ainda função do enfermeiro verificar se o paciente está numa posição adequada para alimentação e que as pequenas e frequentes refeições são oferecidas, dentro dos horários estabelecidos (Gould e Lewis, 2006).

Se for necessário colocar um dispositivo para alimentação o enfermeiro deve preparar a pessoa psicologicamente e realizar cuidados de apoio e educação sobre a sua manutenção (Haggood, 2000). Na alimentação entérica, quer seja por SNG ou PEG, o enfermeiro utiliza o sistema totalmente compensatório para alimentar a pessoa, no entanto avalia a sua capacidade para aprender a viver com o seu desvio de saúde e inicia o sistema de apoio e educação, ao ensinar e orientar a pessoa a autocuidar-se, isto é, a alimentar-se através do dispositivo, sabendo interpretar sinais e sintomas e agir em conformidade.

Quando a PDOCP tem necessidade de realizar alimentação entérica no domicílio, deve ser preparada desde o início do tratamento (National Institute for Clinical Excellence, 2004). As capacidades, como a comunicação e a compreensão (Gould e Lewis, 2006) ajudam o enfermeiro nos cuidados de apoio e educação específicos e individualizados a cada pessoa. O enfermeiro pode explicar à PDOCP como realizar as refeições no domicílio, quais os alimentos que pode colocar no liquidificador para fazer um batido para administrar pela SNG, por exemplo, em vez de administrar apenas um copo de leite, pode-lhe adicionar umas colheres de leite condensado, que enriquece o leite em proteínas e lípidos necessários para manter a nutrição adequada. Outros exemplos são triturar um pudim de ovos, com um pouco de leite de forma a poder ser administrado pela SNG/PEG, tornando-se uma rica fonte de proteína e calorias, não esquecendo de ensinar a realização de sopa sempre com a proteína do peixe, carne ou ovo, lembrando que o importante é manter a consistência líquida da alimentação de forma a não obstruir o dispositivo (IPOFG, EPE, 2010).

A mucosite oral pode ter consequências clínicas significativas, tais como dor, redução da ingestão oral e infecções locais e sistêmicas (Harris, Eilers, Harriman, Cashavelly e Maxwell, 2008). O enfermeiro tem um papel essencial na gestão da mucosite oral, quer seja na administração de terapêutica analgésica ou nos cuidados de apoio e educação para ajudar a PDOCP a lidar com a angústia destes sintomas. Deve ser implementado um programa de orientação e avaliação da mucosa oral, cuidados de apoio e educação sobre higiene oral, sobre a selecção adequada dos alimentos a consumir (Albuquerque e Camargo, 2007). No caso de xerostomia, o papel do enfermeiro, para além de poder administrar regularmente saliva sintética (Hewett, 2009), pode passar por realizar cuidados de apoio e educação sobre o reforço hídrico e hidratação, também fundamental para prevenir a nefrotoxicidade (Hewett, 2009), resultante da realização de QT e RT. O enfermeiro utiliza o sistema parcialmente compensatório quando administra medicação para controle de sintomas que interferem na mastigação e deglutição, ao aliviar o sintoma o enfermeiro favorece o autocuidado.

As alterações anatómicas e sensitivas decorridas dos tratamentos oncológicos podem causar constrangimentos à PDOCP em alimentar-se em público, nomeadamente a incontinência labial e a sialorreia, mas também a alimentação por SNG ou PEG, podem ter o mesmo efeito, estando a equipe de enfermagem na linha da frente para identificar e abordar estas dificuldades (Gould e Lewis, 2006). O enfermeiro deve incentivar a PDOCP a manter os seus normais padrões de socialização e estilo de vida, no entanto o tempo que medeia entre a realização da cirurgia até à conclusão dos tratamentos e completa reabilitação, pode ser prolongado e remeter a pessoa para o isolamento (Webben, 2008; Teixeira, 2009).

Como nos refere a EONS (2013) os enfermeiros desempenham um papel importante no apoio à pessoa sujeita a tratamentos oncológicos, pois a sua assistência tem impacto significativo na qualidade dos resultados, isto ocorre porque o enfermeiro no desempenho de suas funções presta cuidados no âmbito da prevenção da doença, através de cuidados de apoio e educação, consegue modificar comportamentos, para alcançar e manter o autocuidado.

3. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO

A realização do projeto “Alteração da alimentação na PDOCP: Intervenção de enfermagem para o autocuidado” baseou-se num problema real identificado, isto é, no serviço onde desempenho funções verifica-se que a PDOCP perde de peso e não há um plano de intervenção de enfermagem estruturado. Com a finalidade de implementar o projeto e alcançar competências especializadas como enfermeira especialista, efetuei três ensinamentos clínicos, os dois primeiros num HEO e o terceiro num HCL.

A divulgação da execução do projeto e dos resultados obtidos é apresentada nos três subcapítulos que se seguem, através da explicitação dos objetivos e respetivas atividades desenvolvidas, articulando-as com a reflexão das competências adquiridas, pois como nos relembra Alarcão (2001, p.57) “refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade concetualizadora lhe atribui significado”.

3.1. Num Serviço de Consulta Externa de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Hospital Especializado em Oncologia

O primeiro ensino clínico realizou-se de 30 de setembro a 29 de outubro de 2013, perfazendo uma totalidade de 128 horas em 16 turnos. A escolha por este local prendeu-se com o facto de sentir necessidade de conhecer o autocuidado na alimentação da pessoa no ambulatório, uma vez que no meu local de trabalho, estabeleço relação com a PDOCP durante o período de internamento, perdendo o seu contacto após a alta.

Delineei como objetivo geral, para este ensino clínico o de “*Desenvolver competências na identificação do défice de autocuidado na alimentação apresentado pela PDOCP, após a alta*” e como objetivos específicos:

- 1 – Integrar a equipa multidisciplinar do SCECCP;
- 2 – Conhecer qual o défice de autocuidado na alimentação apresentado pela PDOCP em regime de ambulatório;

3 – Identificar as intervenções de enfermagem perante a PDOCP com défice de autocuidado na alimentação, após a alta hospitalar.

Com vista a alcançar o primeiro objetivo específico, a enfermeira orientadora do campo de estágio proporcionou-me uma visita guiada ao serviço de consultas externas.

O SCECCP funciona das 8h às 16h, de segunda a sexta-feira e situa-se no rés-do chão do HEO. Tem duas salas para atendimento à PDOCP em regime de ambulatório, uma destinada à equipa médica, para realização de consultas de primeira vez, de seguimento e pós-operatório e a outra destinada à enfermeira, onde realiza sobretudo cuidados à pessoa com ferida cirúrgica e ferida maligna.

O SCECCP tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde à PDOCP, oriunda do internamento de SCCP, da pequena cirurgia, da cirurgia ambulatória e da oncologia médica (feridas malignas). A equipa multidisciplinar é constituída pela mesma equipa médica do SCCP, pela equipa de enfermagem, constituída por 3 elementos que podem alternar entre a consulta de cirurgia de cabeça e pescoço e a consulta de otorrinolaringologia, com chefe de enfermagem, comum a todas as especialidades do serviço de consultas externas, pela equipa de assistentes operacionais (2 elemento) e assistentes técnicos (1 administrativo).

O espaço do físico SCECCP foi recentemente remodelado, pelo que os materiais estão praticamente novos e em boas condições. O material clínico necessário à prestação de cuidados está guardado numa sala comum a toda a consulta externa, ficando a enfermeira responsável por repor a sua sala. Apesar do gabinete de enfermagem ser espaçoso e permitir um atendimento individualizado à pessoa, uma das lacunas estruturais verificada, foi a inexistência de uma balança, necessária para a avaliação do peso, altura e IMC. O facto de não fazer parte do plano de cuidados da equipa de enfermagem a avaliação do peso da PDOCO, nos dias em que estava em estágio, era requisitada a balança à consulta de endocrinologia.

No SCECCP a enfermeira recebe a pessoa com necessidade de cuidados à ferida cirúrgica ou à ferida maligna da região de cabeça e pescoço,

que esteve internada no HEO e que quando tem alta fica com consulta de seguimento marcada. Diariamente o assistente técnico imprime a lista de inscritos na consulta e como o processo clínico não está informatizado, o assistente operacional vai buscá-lo ao arquivo que se situa na cave do hospital, verificando-se por vezes o extravio de documentos importantes.

A enfermeira do SCECCP atende, em média, 10 a 15 pessoas, não incluindo as que vão à consulta médica e que por algum motivo carecem de cuidados de enfermagem. Antes de chamar a pessoa, a enfermeira lê o processo clínico para recolher informações. Nestas ocasiões também consultei os processos clínicos e percebi o acompanhamento feito à PDOCP no hospital.

Ao longo do ensino clínico fui percebendo que o papel da enfermeira na consulta passava essencialmente pela realização, de tratamentos à ferida cirúrgica, de administração de medicação endovenosa ou intramuscular, de colheita de sangue para análises e de colaboração na realização de pequenas biópsias. Não observei qualquer avaliação de necessidades de autocuidado, a visão da enfermeira era restrita à execução de tarefas. Percebi que a enfermeira tinha a preocupação de realizar aquele penso de acordo com as suas práticas, mas na realidade não existia uma verdadeira consulta de enfermagem.

Talvez se houvesse uma consulta de enfermagem, uma consulta de 1ª vez, uma consulta de seguimento, o papel da enfermeira seria muito mais abrangente, em que o factor de proximidade seria fundamental para a identificação dos problemas atuais da pessoa, indo além de um papel circunscrito à tarefa de realizar um penso. Uma vez cicatrizada a ferida, a PDOCP deixa de ter acompanhamento pela enfermagem, apesar de continuar a ir às consultas médicas. A pessoa volta a ter acompanhamento pela equipa de enfermagem, quando inicia tratamento de RT ou QT, nos respetivos serviços.

A atribuição da enfermeira orientadora prendeu-se exclusivamente com o facto de ser a pessoa destacada diariamente para o SCECCP. Ser uma enfermeira licenciada, com uma visão circunscrita à realização de uma tarefa, levou-me a sentir algumas dificuldades na avaliação de autocuidado,

nomeadamente o autocuidado na alimentação. Para além de ela não o fazer, a necessidade de gerir o tempo para realizar os tratamentos, não deixava espaço para uma entrevista estruturada para conhecimento da pessoa e família. Apesar de a sala ser espaçosa, quando uma pessoa entrava para realizar o penso, a anterior já tinha saído, o que me parece uma ação correta da enfermeira, pois assim compreende-se o respeito pelo sigilo profissional, determinado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, no que se refere ao artigo 85º “Do dever ao sigilo” e o respeito pela privacidade, do artigo 86º “Do respeito pela intimidade”.

Assim, para dar resposta ao segundo objetivo proposto, baseado na pesquisa bibliográfica efetuada, estruturei um guia orientador que me orientou na avaliação a fazer durante o atendimento à PDOCP (Quadro nº 3), numa consulta de 1ª vez. Comecei por estabelecer uma relação empática com a pessoa e família, apresentei-me e expliquei a minha presença, pedi o seu consentimento verbal para colaborar, informei-a sobre os meus objetivos e no diálogo estabelecido tentei conhecer a sua alimentação no domicílio. Tentei perceber o que a pessoa comia, as dificuldades sentidas na ingestão oral, se havia perda de peso desde o início da doença e monitorizava o peso atual, comparando-o com o peso inicial registado no processo clínico, aquando da primeira consulta no hospital.

Quadro 3: Guia orientador da colheita de dados da consulta de enfermagem de 1ª vez, à PDOCP.

Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% De peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação			Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	No de Refeições diárias	Alimentos	Confeção Alimentação
						Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/ Pastosa	Líquida					

Durante o estágio realizei 33 consultas de 1ª vez, a pessoas que afirmavam alteração da alimentação após a cirurgia, com o objetivo de interpretar os resultados, elaborei um quadro (Apêndice I).

Destes resultados aferi que 18 (54%) destas pessoas, apresentava problemas na alimentação, no domicílio. Estes problemas estavam relacionados com a dor em 33%, com a falta de apetite em 16%, com sensação

de enfartamento em 16%, com náuseas em 11%, com disfagia em 11% e com a existência de trismos em 5%. A existência de dor ao mastigar e deglutir foi o sinal mais referido para a pessoa mudar hábitos alimentares, tal como nos confirma Capozzi, Lau, Reimer, McNeely, Giese-Davis e Culos-Reed (2012), a dor dificulta a ingestão oral. Se na prestação de cuidados à PDOCP, a enfermeira do SCECCP avaliasse e tomasse conhecimento dos motivos que levam a pessoa a alterar a sua alimentação, poderia ter um papel interventivo, inclusive no controle da dor, com a adequação de medidas terapêuticas em conjunto com a equipa médica, encaminhar para a clínica da dor, ou até mesmo nos cuidados de apoio e educação sobre medidas não farmacológicas para o controlo da dor.

Verifiquei ainda que 20 pessoas, ou seja 60% tinha perdido peso, das quais 20% perdeu mais de 10% do peso habitual e 15% situava-se no intervalo de 5 a 10%, de perda de peso. Apesar de não ter conhecimento sobre o tempo que mediou entre a avaliação do peso habitual e o peso atual, os valores merecem a nossa atenção, tal como nos diz Hewett (2009) doentes com perda superior a 10% do seu peso nos últimos 6 meses têm maior probabilidade de desenvolver complicações no pós-operatório. Comecei assim a perceber a necessidade de avaliar as necessidades de autocuidado na alimentação e a necessidade de criar um plano interventivo para acompanhamento destas pessoas também no SCECCP. Este plano poderia começar pela avaliação de sinais e sintomas que causem problemas na alimentação, avaliação de peso e comparação com o peso habitual, respetiva determinação da taxa de percentagem do peso perdido/tempo e do IMC e o registo da existência de deiscência de sutura ou ferida infetada, passando para a elaboração um plano de intervenção, com cuidados de apoio e educação sobre controlo de sintomas, cuidados com a alimentação, cuidados com a higiene oral e ainda estabelecer a ponte com a equipa médica para o controle sintomático, ou então, encaminhamento para a nutricionista, sendo estas *guidelines* a seguir no sentido das boas práticas no caso de qualquer perda de peso (Dietitians Association of Australia, 2008).

Das 33 pessoas vistas na consulta de 1ª vez, 12% encontravam-se desnutridas, com valores abaixo dos 18,5 de IMC (OMS, 1999). Estes valores, de acordo com a prática baseada na evidência sobre boas práticas de cuidados, pressupõem a elaboração de planos alimentares estruturados, com recurso à nutricionista, pelo que, torna-se importante referenciar estas pessoas para serem seguidas por este técnico de saúde. Lembro aqui que, no manual de procedimentos deste hospital, pode ler-se que um IMC <20,5 é critério para uma intervenção nutricional adequada, com ajuste da alimentação desde o início do internamento, mas para tal, é necessário que as enfermeiras orientem a sua prática por uma filosofia de cuidados que lhes permita ter outra visão da sua intervenção, mais estruturada e pró-ativa na procura dos problemas das pessoas agindo em conformidade com a sua responsabilidade. Houve uma situação, em que a pessoa apresentava um IMC de 15,54 e não era acompanhada pela nutricionista, falei com a enfermeira orientadora e estabeleci a ligação, expliquei a situação e marquei a consulta.

Com o intuito de perceber o papel da nutricionista no acompanhamento da PDOCP, durante o ensino clínico elaborei um guião de entrevista (Apêndice II). Nesta entrevista tomei conhecimento, que no momento da alta do serviço de internamento, após avaliação do estado nutricional, caso a pessoa apresente risco nutricional é marcada uma consulta para ambulatório, que se confirma ser uma boa prática perante as guidelines internacionais, onde está descrito que estas pessoas devem ser acompanhadas até um ano após a alta hospitalar (Dietitians Association of Australia, 2008). Caso a pessoa, não apresente risco nutricional, termina o acompanhamento pelo nutricionista. Coloca-se-me a questão de como deve cada um dos profissionais de uma instituição, assumir a responsabilidade que cabe a essa instituição, por resolver os problemas de saúde que essa pessoa tem, durante o período de tempo em que essa pessoa é seguida. Vejo assim, a pertinência da enfermeira do SCECCP assumir este papel.

Constatai ainda que 27% das pessoas vista na consulta de 1ª vez, utilizava um dispositivo para alimentação (SNG ou PEG), tendo validado a

informação que possuíam, tanto sobre o dispositivo, como a alimentação e prestados cuidados de apoio e educação adaptados à pessoa.

A avaliação o autocuidado na alimentação não faz parte do plano de intervenção da enfermeira no SCECCP, mas se as patologias de cabeça e pescoço são causadoras de défices de autocuidado na alimentação pelas estruturas envolvidas, pela dor que causam na mastigação e deglutição ou pela necessidade de dispositivos alternativos para alimentação como é o caso da SNG e da PEG, não será necessário avaliar e monitorizar esta alimentação? Não será necessário monitorizar o peso? E vigiar as percas de peso? Sobretudo na pessoa que não é acompanhada pela nutricionista em ambulatório!

Penso que o facto de identificar as lacunas existentes na identificação de défices de autocuidado na PDOCP pela enfermagem no SCECCP e ter critérios de referenciação das pessoas para a nutricionista permitem melhorar as práticas de cuidados de enfermagem e evoluir nas competências do “Domínio da melhoria contínua de qualidade” do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011).

Ter como enfermeira orientadora, uma enfermeira de cuidados gerais, dificultou-me a avaliação do défice de autocuidado na alimentação na PDOCP. Acabei por recorrer à evidência científica para validar conhecimentos, assim como continuar o meu percurso. Toda a bibliografia consultada permitiu-me contribuir para a aquisição de competências no “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), uma vez que ao interpretar e divulgar dados da evidência científica consultada, estou a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da prática de enfermagem, contribuindo também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Atualmente quando olho para o quadro (Apêndice I) realizado neste ensino clínico, observo que poderia ter avaliado e registado outros dados também importantes na avaliação do défice de autocuidado na alimentação da PDOCP. A consulta bibliográfica abriu-me horizontes para perceber que a medicação habitual é um indicador de relevo, uma vez que alguns

medicamentos contribuem para a redução da ingestão de alimentos (Council of Europe, 2003), como exemplo, temos os opióides, o Tramadol³⁰ causa náuseas e vômitos, a Morfina causa obstipação, sendo estes medicamentos frequentemente prescritos à pessoa com doença oncológica (Bidarra, 2010). Outro indicador que não me iria esquecer é o registo da realização de tratamentos de RT e QT, pelos efeitos secundários com implicação na alimentação (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010). Penso assim, estar em melhores condições de favorecer uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, ao ter melhorado as minhas capacidades na avaliação do grau de dependência e das necessidades de autocuidado manifestadas pela PDOCP, evolui ao “Identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”, do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011). Tal como nos diz a DGS no PNS 2012-2016, consigo assim, “equacionar perspetivas para o aperfeiçoamento”. (DGS, 2012, p. 3)

Das várias conversas com a PDOCP pude constatar que um dos seus principais receios é a realização de RT. Em conversa com a enfermeira orientadora tomei conhecimento da existência da consulta de enfermagem no SCERT, pensei que seria uma experiência enriquecedora e pedi autorização aos respectivos chefes de enfermagem para realizar um estágio de observação com a duração de dois dias.

O estágio de observação na CESCERT teve como objetivo conhecer as vivências da PDOCP na realização da RT e observar as implicações deste tratamento no autocuidado na alimentação da pessoa. Houve a oportunidade de conhecer o serviço de RT, assistir à realização de uma sessão e de manusear a máscara colocada na pessoa com necessidade de irradiar a região da cabeça e pescoço. Esta experiência foi analisada em documento (Apêndice III).

³⁰ http://www.ache.com.br/Downloads/LeafletText/270/BU_TIMASEN-SR_SET2011.pdf

No hospital onde desempenho funções não existe serviço de RT. Sendo as pessoas encaminhadas para outras instituições, que mantêm colaboração com o centro hospitalar. Neste sentido todos os conhecimentos adquiridos neste estágio de observação foram uma mais-valia, que posso integrar na minha prestação de cuidados de apoio e educação à PDOCP com necessidade de realizar RT. A observação de peritos na área e a consulta bibliográfica feita sobre RT permitiram-me adquirir conhecimentos e ter experiências que apoiam a minha prática atual de cuidados de enfermagem à PDOCP sujeita a RT, pois “as situações passadas (...) mudaram a percepção do enfermeiro” (Benner, 2001, p. 37) e assim facilitam o meu julgamento clínico e a tomada de decisão no momento de prestar cuidados à pessoa em tratamento de RT. Ao basear a minha *práxis clínica* em válidos padrões de conhecimento, vou ao encontro das competências de enfermeiro especialista no “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Os enfermeiros na CESCERT realizam uma avaliação sistemática da pessoa, muito dirigida para a prevenção e tratamento das complicações associadas à realização de RT. Observei que a avaliação das condições orais é realizada ao pormenor, a cavidade é observada para despiste de lesões que possam comprometer a ingestão de água e alimentos, é monitorizado o peso semanalmente, para perceber se a alimentação da pessoa é adequada. Se o peso diminui, são reformulados os cuidados de apoio e educação sobre confeção da alimentação, integrando os alimentos hiperproteicos e hipercalóricos que poderá ingerir, é reforçada a importância de manter o peso e o estado nutricional adequado para a recuperação. Os cuidados de apoio e educação sobre os cuidados a ter no domicílio chegam a ser exaustivos, no entanto, muito necessários. Cuidados com a higiene oral para prevenir a mucosite, até aos cuidados com a aplicação de creme hidratante para evitar a radiodermite, passando pelos cuidados sobre reforço hídrico para prevenção de xerostomia. A cada consulta estes cuidados são validados e atualizados. Foi importante constatar, o que estas enfermeiras confirmam, que se a pessoa não tem cuidados com a higienização da mucosa oral com Clorohexidina® (Albuquerque, Soares e Silva, 2010), aparece precocemente a mucosite, que lhe dificulta a ingestão oral, observei um caso extremo, onde foi necessário

recorrer à SNG e os respetivos cuidados de apoio e educação sobre a sua manutenção. No serviço onde desempenho funções já houve necessidade de internar pessoas com mucosite para suporte alimentar através de SNG e também para realizar antibióticos e analgésicos endovenosos. Os cuidados de apoio e educação prestados pelos enfermeiros podem prevenir o aparecimento de complicações associadas à realização de RT, ideia que é reforçada pela EONS (2013) quando nos diz que os enfermeiros têm a capacidade de prevenir internamentos não planeados.

A realização do estágio de observação na CESCERT, veio rentabilizar as minhas oportunidades de aprendizagem, a par com toda a evidência científica consultada, foi um meio eficaz para atingir o terceiro objetivo específico proposto para este estágio. No fundo, observação de várias situações em que a pessoa apresenta défice de autocuidado na alimentação e a tomada de consciência da respetiva intervenção de enfermagem, veio contribuir para a aquisição de competências como enfermeiro especialista, nomeadamente no “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” e no “Domínio da gestão dos cuidados”, do Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011).

Porque a pessoa que recorre ao SCECCP é portadora de uma ferida cirúrgica ou de uma ferida maligna, decidi em conjunto com a minha orientadora frequentar o 5º curso de feridas oncológicas, realizado no HEO com a duração de 24 h e ministrado por uma enfermeira especialista e perita em feridas. Neste curso pude reforçar a ideia que, a qualidade e quantidade de alimentação ingerida pela pessoa interfere na cicatrização das feridas. Quero com isto dizer que, não basta a enfermeira avaliar a ferida cirúrgica, tem que perceber se a pessoa faz uma alimentação rica em proteínas, uma vez que está cientificamente documentada a sua importância na cicatrização (Paggiaro, Teixeira e Ferreira, 2010). Com a realização deste curso compreendi a importância dos cuidados de apoio e educação que o enfermeiro pode efetuar à PDOCP sobre alimentação, nomeadamente, cuidados sobre a necessidade de ingerir alimentos ricos em proteínas, como é o caso dos ovos, das carnes vermelhas e dos legumes.

3.2. Num Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e de Otorrinolaringologia de um Hospital Especializado em Oncologia

O segundo estágio realizou-se de 4 de novembro a 19 de dezembro de 2013, perfazendo um total de 216 horas em 27 turnos. A escolha por este local de estágio prendeu-se com o facto de sentir necessidade de conhecer outra realidade no cuidar da PDOCP, uma vez que este serviço abrange um leque maior de localizações desta patologia oncológica, do que o meu local de trabalho.

Delinee para este campo de estágio o objetivo geral de “*Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação, internada no serviço de CCP e ORL*” e como objetivos específicos:

- 1 – Integrar a equipa multidisciplinar do SCCP e ORL;
- 2 – Identificar os défices de autocuidado na alimentação da PDOCP durante o internamento;
- 3 – Prestar cuidados de enfermagem à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação.

Como método para atingir o primeiro objetivo proposto realizei uma visita guiada com o enfermeiro chefe que me mostrou as instalações bem como me falou dos recursos humanos e materiais disponíveis. Realizei algumas conversas com a enfermeira orientadora, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e restantes elementos da equipa que me elucidaram sobre o seu papel no cuidar da PDOCP.

O Serviço de CCP e ORL tem como missão prestar cuidados de saúde à PDOCP, admitindo-a no pré-operatório e pós-operatório de cirurgias programadas, em tratamento de RT e QT com necessidade de cuidados especializados, resultantes dos efeitos secundários dos tratamentos oncológicos e em fase final de vida.

A estrutura física é constituída por 8 salas, por onde se distribui 38 camas, incluindo 2 salas com uma cama de isolamento. Cada quarto tem acesso a uma casa de banho exclusiva. Cada unidade destinada à pessoa tem televisão própria que pode ser utilizada mediante a utilização de auscultadores.

Existe ainda o gabinete do enfermeiro chefe, 2 salas de reuniões, 1 copa onde se preparam os tabuleiros com a alimentação para as pessoas internadas, 1 copa para os profissionais, 1 sala de tratamentos com 3 cadeiras de estomatologia individualizadas, 1 sala de preparação de medicação com 2 carros de medicação, 1 gabinete do médico residente, também utilizado pela nutricionista, pela psiquiatra e psicóloga, 1 sala de recobro com 6 camas a pessoa no pós-operatório imediato, 1 sala de consumo clínico, 1 sala ampla de visitas e 1 gabinete de atendimento ao público com guiché, onde se encontram os assistentes administrativos. O gabinete do diretor de serviço e as casas de banho do pessoal situam-se fora do serviço, mas no mesmo piso.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicóloga, psiquiatra e nutricionista. A equipa de enfermagem é constituída por 60 elementos que utilizam o método individual de trabalho, ou seja, cada enfermeiro fica responsável por prestar cuidados de enfermagem à pessoa que lhe é distribuída, utilizando como referencial teórico as necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson.

Para dar resposta ao segundo objetivo, acompanhei a nutricionista durante dois dias, com o propósito de conhecer o seu papel no seio da equipa multidisciplinar. Constatei que acompanha a pessoa desde a admissão até à alta. No momento da admissão faz uma avaliação inicial/colheita de dados que inclui, observação física da PDOCP, recolhe dados antropométricos (peso, altura e IMC) passando pela observação da capacidade de mastigar e deglutir. Insere estes dados no sistema informático do hospital, aos quais os enfermeiros acedem através do sistema informático da medicação. Restante processo clínico ainda se encontra em suporte de papel. Com os dados recolhidos a nutricionista avalia o estado nutricional da pessoa e elabora cálculos que lhe permitem determinar as quantidades de calorias, de proteínas, de hidratos de carbono e lípidos necessários para a alimentação da pessoa. Depois planeia a alimentação por refeição e envia as indicações para a cozinha do hospital, que faz a confeção. A alimentação vem para o serviço acondicionada em estufa e é distribuída para tabuleiros pelas assistentes operacionais, que de seguida fornecem à PDOCP. A nutricionista está presente na hora das refeições no turno da manhã para vigiar e monitorizar o que a

pessoa ingere, dando cumprimento às indicações do ResAP de 2003 do Council of Europe, quando dizem que a monitorização da ingestão alimentar faz parte de um plano de tratamento. Este papel poderia ser da competência dos enfermeiros, pois o Council of Europe (2003) refere que a formação dos enfermeiros deve passar pela nutrição clínica, de onde faz parte a avaliação do risco nutricional e a monitorização da alimentação.

Na PDOCP que tem uma SNG ou PEG a enfermeira utiliza o sistema totalmente compensatório (Orem, 2001) administrando a alimentação entérica, com suplementos alimentares preparados quimicamente, hipercalóricos e hiperproteicos tipo Nutrison®. Ao pequeno-almoço, almoço e jantar são fornecidos dois copos de 250 ml, nas refeições intermédias, como sendo às 7h da manhã, meio da manhã, lanche e ceia é fornecido um copo de 250 ml. Na véspera da alta, passa a ingerir alimentação entérica, à base de sopas passadas, batidos de fruta, batidos de papa, sumos e iogurte, confeccionada na cozinha, para se avaliar o grau de tolerância para o domicílio. Esta prática torna-se comum neste serviço, por indicação da nutricionista, no entanto, na pesquisa bibliográfica não foi encontrada literatura, que a confirmem como boa prática.

Quando a pessoa tem uma SNG ou PEG e consegue alimentar-se de forma autónoma, a enfermeira utiliza o sistema parcialmente compensatório (Orem, 2011), pois ambos favorecem o autocuidado. Refiro-me a quando a enfermeira vai buscar o suplemento e coloca dentro do copo a quantidade necessária para aquela refeição, ou promove o correto manuseamento do dispositivo, mas também quando presta cuidados ao local de inserção da PEG, ou verifica o posicionamento da SNG e substitui o adesivo. Todos estes cuidados são acompanhados do sistema de apoio e educação (Orem, 2011), através de ensinamentos que fomentem o autocuidado.

A função da equipa médica referente aos cuidados com a alimentação inclui a avaliação da necessidade de colocar ou remover o dispositivo para alimentação entérica e a prescrição de análises clínicas, onde estejam valores como a albuminémia, proteinemia e PCR (González, Sobrino, Álvarez, Villarroel e Fernández, 2013).

Uma vez por semana as assistentes operacionais avaliam o peso da PDOCP, estando os enfermeiros responsáveis por este registo no processo informático. A partir da reavaliação dos pesos a nutricionista procede à atualização das alimentações, o que é uma boa prática, recomendada pelo Council of Europe (2003) no ponto 1.3, alínea II) o plano alimentar deve ser revisto uma vez por semana, baseado nas informações sobre a ingestão alimentar e a mudança de peso.

Como atividades desenvolvidas para atingir o segundo objetivo, fiz consulta do processo clínico de 5 pessoas para preparar anamnese no momento da admissão ao serviço sob supervisão da enfermeira orientadora. Comecei por apresentar-me à pessoa e pedir que me acompanhasse até ao gabinete médico, pedi o consentimento verbal para realizar o acolhimento inicial. Este procedimento não era mais que o preenchimento de uma folha padronizada no hospital, onde a avaliação do autocuidado na alimentação é uma pergunta aberta, com sugestões de questões a fazer, mas na qual constatei que o enfermeiro escreve o que valoriza, consoante o seu conhecimento pessoal. Depois desta atividade, em reunião com a enfermeira orientadora, surgiu a ideia de realizar um guião de entrevista para a avaliação inicial do autocuidado na alimentação, que partisse do guião de avaliação do autocuidado na alimentação do campo de estágio anterior (Apêndice I). Para realização do guião de entrevista de avaliação inicial, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre a avaliação da alimentação e nutrição da pessoa com doença oncológica, sobre sinais e sintomas que influenciam a alimentação e consultei algumas escalas de avaliação do estado nutricional, validadas em Portugal (Lima, Araújo, Ornelas e Logrado, 2012), nomeadamente a MUST (Anexo I), a NRS 2002 (Anexo II) e a PG-SGA (Anexo III). Após terminar a elaboração do guião de entrevista para enfermeiros na avaliação do autocuidado na alimentação na PDOCP (Apêndice IV), utilizei-o na prestação de cuidados durante o estágio.

Este guião de entrevista foi aplicado a 10 pessoas no momento de admissão ao serviço. O motivo de admissão para 80% das pessoas, foi cirurgia programada, a neoplasia da cavidade oral, a neoplasia da laringe e neoplasia da tiróide e para 20%, o tratamento de RT e QT. Todas as pessoas tinham

alteração da alimentação, a dor foi apontada por 50% das pessoas; a disfagia em 40%; a mucosite, a lesão intra-oral e a astenia em 30%; o enfartamento, a anorexia e a xerostomia em 20% das pessoas admitidas. Estes resultados vão ao encontro de Harris, Eilers, Harriman, Cashavelly e Maxwell (2008), quando apontam a dor e a disfagia como transtornos à alimentação da PDOCP. Nestas 10 pessoas a quem prestei cuidados, a minha intervenção passou pelo controle de sintomas e pelo sistema de apoio e educação (Orem, 2001) sobretudo quanto aos cuidados com o pré-operatório, cuidados sobre a alimentação e cuidados de higiene oral. Tal como nos diz o Royal College of Nursing (2003) as intervenções de enfermagem passam por capacitar as pessoas e ajudá-las a alcançar, manter ou recuperar a independência, ou seja a recuperar o autocuidado na alimentação.

Penso que ter dado início à minha intervenção de enfermagem junto da PDOCP com a avaliação inicial orientada por este guião me permitiu adquirir competências, nomeadamente L.5.1- “Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica (...) cuidadores e familiares” do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

Com vista a atingir o terceiro objetivo, prestei cuidados a 10 PDOCP, tomando decisões a partir dos défices de autocuidado identificados, nomeadamente no défice de autocuidado na alimentação. Uma destas pessoas tinha uma história diferente, pelo que outra atividade realizada foi a elaboração de um estudo de situação (Apêndice IV), onde se tornou evidente, os desafios de manter uma comunicação eficaz e assertiva durante os cuidados de apoio e educação. A pessoa tinha uma lesão intra-oral há mais de seis meses e não procurava ajuda médica, o que chamou a atenção da filha foi a halitose, tendo obrigado o pai a ir ao médico. Estes acontecimentos causam um atrasam no diagnóstico da situação oncológica e são bastante frequentes como nos relata Veloso, Ribeiro, Júnior, Ramalho, Gueiros e Carvalho De Melo (2012). No momento da admissão esta pessoa ainda não estava ciente do que se passa, subvalorizava a situação e não queria ser internada. Foi um diálogo intenso entre equipa multidisciplinar, pessoa e família, que culminou no consentir do internamento.

O estudo de situação permitiu-me refletir sobre a importância da relação enfermeiro/família e no como os familiares são parceiros no cuidar, ajudou-me a contribuir para a aquisição da competência L5.3 “Envolve os cuidadores da pessoa em situação crónica, (...), para otimizar os resultados na satisfação dos resultados” do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011).

Muitos dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com défice de autocuidado na alimentação passam pelo sistema de apoio e educação (Orém, 2001), ou seja, o enfermeiro utiliza a sua capacidade de comunicação para ensinar à pessoa a melhor forma para alcançar o autocuidado. O facto de a PDOCP ser muitas vezes, dependente de álcool e tabaco, leva-as a recusar incluir certos cuidados com a saúde no seu autocuidado.

Na avaliação inicial realizada no momento da admissão, 40% das PDOCP tinham disfagia. Perante o problema da pessoa com disfagia foi realizada uma pesquisa bibliográfica referente a este problema tão comum na PDOCP, quer seja pela realização de sessões de RT, quer seja pela alteração cirúrgica das estruturas anatómicas (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010). Em conversa com a minha orientadora, soube da existência de uma consulta da terapia da deglutição no serviço de fisioterapia do hospital, que dá resposta a estas pessoas em regime ambulatorio. Pedi autorização para assistir a 2 sessões, tanto ao chefe de serviço como ao responsável pela consulta. A Consulta da terapia da deglutição é realizada pelo terapeuta da fala e tem por finalidade ajudar a pessoa com disfagia a deglutir.

Estava interessada em conhecer a consulta e perceber as intervenções de um técnico de saúde na disfagia, uma vez que no internamento a opção normalmente escolhida para contornar a disfagia é a colocação de uma SNG. Foram duas sessões muito ricas, quer em termos de aprendizagem, quer em termos de reflexão (Apêndice VI).

Durante o estágio prestei cuidados de enfermagem a 3 pessoas com o défice de autocuidado na alimentação pela disfagia, onde o risco aspiração do conteúdo alimentar para a árvore traqueobrônquica é elevado, pelo que carece de acompanhado por técnicos especializados, como é o caso do terapeuta da

fala ou até mesmo do enfermeiro (Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, e Yueh, 2010).

Neste campo de estágio tive ainda a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa portadora de PEG. Em reuniões realizadas com a enfermeira orientadora, tomei conhecimento sobre a existência de uma consulta de enfermagem para colocação da PEG. Pedi consentimento ao chefe de enfermagem de SCCP e ORL e ao chefe de enfermagem do serviço de gastroenterologia para realizar um estágio de observação.

A realização deste estágio de observação foi uma atividade extra não planeada na fase preparatória do projeto e teve como objetivo conhecer o percurso da pessoa antes, durante e após a colocação da PEG, assim como conhecer os cuidados de enfermagem inerentes a cada etapa (Apêndice VII).

Conhecimentos como a necessidade de uma avaliação sistemática destas pessoas foram adquiridos, constatei que a pessoa portadora de PEG é para sempre seguida nesta consulta. Numa das consultas, a pessoa já tinha o dispositivo há ano e meio, sendo que a durabilidade da PEG é de cerca de 1 ano (Leeuw, 2013). No entanto, apesar de não ter encontrado qualquer relação com a evidência científica, na prática do SCG, se o dispositivo apresentar um bom estado de conservação, se o estoma não apresentar alterações, mantém o dispositivo até 2 anos.

A realização destes 2 dias de observação permitiram-me melhorar a capacidade de avaliação da pessoa portadora de PEG e dos cuidados a ter no seu manuseio. No meu local de trabalho presto frequentemente cuidados de enfermagem à pessoa com PEG, pelo que a observação de peritos nesta área proporcionou-me aprendizagens em novos métodos de trabalho, que elevaram a qualidade dos cuidados que presto, assim como contribuíram para a aquisição de competências no “Domínio das Aprendizagens Profissionais” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), ao basear a minha *práxis clínica* em válidos conhecimentos, transmitidos por peritos na área.

Outra atividade não planeada no projeto foi a participação como formanda no Curso de Atualização em Cuidados Paliativos realizado no HEO, com a duração de 35 h. Realizei este curso com o objetivo de fomentar novos

conhecimentos e desenvolver competências nesta área, uma vez que os cuidados paliativos na área da oncologia de cabeça e pescoço é uma realidade. Como nos diz Veloso, Ribeiro, Júnior, Ramalho, Gueiros e Carvalho De Melo (2012), muitas vezes o diagnóstico de DOCP é feito tardiamente, o que leva à sua rápida progressão e aparecimento de metástases. Neste contexto, os cuidados a estas pessoas passam pelos cuidados paliativos, no sentido de manter a melhor qualidade de vida possível (Barbosa, 2010). No HEO existe a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, constituída por médico e enfermeiro, que dá apoio aos serviços, na prestação de cuidados às pessoas em final de vida, nomeadamente no controle de sintomas.

No meu local de trabalho, presto muitas vezes cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, pelo que actualizar conhecimentos nesta área, fez-me todo o sentido. Contudo, estou também a dar cumprimento ao desafio lançado sobre a formação contínua em cuidados paliativos, pela Lei de Base da Saúde (Lei nº 48/90, com alteração introduzida pela Lei nº 27/2002), inserida no PNS 2012-2016 no âmbito da melhoria contínua da qualidade (DGS, 2012).

Durante a realização deste ensino clínico foram muitas as oportunidades de aprendizagem, não só no local de estágio, mas também fora dele. Penso que se tivesse permanecido no local de estágio e não tivesse procurado novas aprendizagens, este estágio não teria sido tão gratificante. Neste sentido, ao rentabilizar as oportunidades de aprendizagens, penso ter contribuído para o desenvolvimento da minha prática clínica especializada.

3.3. Num Serviço de Cirurgia Maxilofacial e Otorrinolaringologia de um Hospital Central

Na reta final deste percurso realizei o terceiro ensino clínico, com a duração de 156 horas, foi realizado no meu local de trabalho.

A estrutura física deste serviço engloba o gabinete da enfermeira chefe, 2 salas de tratamento, 1 copa, 1 rouparia, 1 sala de preparação de medicação, 2 casas de banho para as pessoas internadas, 7 salas por onde se distribui 28 camas, 1 sala polivalente e o gabinete assistentes administrativas. O gabinete do diretor de serviço, as casas de banho do pessoal e a sala de consumo clínico situam-se num piso superior a este piso.

O serviço admite a PDOCP para cirurgia programada e de urgência, no caso de apresentar complicação da realização de tratamento de RT ou QT, com necessidade de cuidados especializados, na realização de exames complementares de diagnóstico para estadiamento³¹ e em fim de vida.

A equipa multidisciplinar é constituída por cerca de 15 médicos, 19 enfermeiros, 10 assistentes operacionais, 1 assistente social e 1 dietista. Esta equipa conta ainda com o apoio de 1 psiquiatria e de 1 psicologia, consoante avaliação médica. A equipa de enfermagem, utiliza o método individual de trabalho e rege-se pelas necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson na prestação de cuidados de enfermagem. O processo clínico da pessoa está informatizado e os enfermeiros recorrem ao aplicativo Sape® para registar as avaliações, monitorizações e intervenções realizadas.

Para este ensino clínico delineei como objetivo geral “*Promover a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação*” e como objetivos específicos:

- 1 – Identificar as insuficiências da equipa de enfermagem quanto à avaliação do défice de autocuidado da PDOCP na alimentação;
- 2 – Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação do défice de autocuidado na alimentação na PDOCP.

Para alcançar o primeiro objetivo, comecei por consultar as avaliações iniciais realizadas pelos enfermeiros à PDOCP, que se encontra registada informaticamente no aplicativo SAPE®. Aqui podemos encontrar 4 quadros relacionados com a avaliação da alimentação³², são eles o “*status fisiológico*”, onde o enfermeiro deve registar o peso, altura e IMC, a “*Nutrição*” onde o enfermeiro regista o número de refeições dia, as restrições alimentares e as preferências alimentares, no quadro da “*Digestão*”, o enfermeiro avalia a existência de disfagia, alteração do apetite, alteração do paladar e a existência de náuseas, por fim temos a avaliação do “*autocuidado na alimentação*”, onde o enfermeiro escolhe a opção se a pessoa é dependente ou independente. Ao

³¹ Pessoas que recorrem à urgência com uma lesão e por suspeita de neoplasia, acabam por ficar internadas para realização de exames complementares de diagnóstico.

³² Para facilitar a compreensão do leitor poderão ser visualizados no Apêndice XI – “Apresentação dos slides da sessão de formação realizada ao grupo de enfermeiros no serviço de CMF e ORL”

confrontar estas avaliações com o guião de entrevista, por mim elaborado no estágio anterior e com toda a evidência científica consultada, constatei que existia insuficiente avaliação do autocuidado na alimentação da PDOCP.

Perante esta situação, em reunião com a enfermeira orientadora resolvemos realizar uma auditoria à avaliação inicial realizada pelos enfermeiros à PDOCP, com o objetivo de conhecer à avaliação do autocuidado na alimentação efetuada pelo enfermeiro, no momento da admissão. Pediu-se consentimento verbal à enfermeira chefe e ao diretor clínico.

Baseando-me na evidência científica, no procedimento multisectorial³³, em utilização no HCL, referente à avaliação da alimentação da pessoa em internamento e no guião de entrevista para avaliação inicial da alimentação na PDOCP, realizado no estágio anterior, elaborei uma grelha de auditoria (Apêndice VIII). Constitui uma amostra acidental (Fortin, 1999), onde foram seleccionadas as primeiras vinte avaliações iniciais de enfermagem feitas à PDOCP, que antecedem a data da auditoria. Os resultados da auditoria encontram-se anexados ao relatório (Apêndice IX).

Como resultados obtidos, verifiquei que 65% das avaliações iniciais não apresentavam dados sobre a “ingestão suficiente de água e alimentos”, que a “mastigação” não foi avaliada em 85% das pessoas, nem a “deglutição” em 95% dos casos. Estes dados confirmam a inexistência da avaliação de funções, que a evidência científica demonstra como potencialmente alteradas na PDOCP (Gould e Lewis, 2006). Verifiquei ainda que a monitorização da dor não foi efetuada em 60% das pessoas, apesar de ser um dos sinais mais associados à diminuição da ingestão alimentar (Capozzi, Lau, Reimer, McNeely, Giese-Davis e Culos-Reed, 2012). Apesar de os registos sobre autocuidado na alimentação serem inexistentes, as alergias alimentares foram documentadas em 90% dos casos, da experiência profissional, associo estes valores ao facto do enfermeiro perguntar se a pessoa é alérgica a alguma coisa e esta, encaminhar a resposta para os alimentos.

Com a realização da auditoria consegui avaliar as insuficiências existentes na avaliação do autocuidado na alimentação da PDOCP realizada

³³ Procedimento multisectorial é uma norma interna do HCL, com vista a uniformizar práticas de cuidados.

pela equipa de enfermagem. Cheguei à conclusão que numa avaliação inicial os enfermeiros dão prioridade aos antecedentes pessoais (85%), às alergias (90%), aos sinais vitais (60%) e à medicação realizada no domicílio (80%), ficando descurada a avaliação do autocuidado na alimentação. No entanto o Council of Europe no seu ResAp (2003) refere como boa prática, os registos de admissão de enfermagem conterem informação sobre o estado nutricional, que pode ser avaliado através do peso, altura e IMC, e a capacidade de ingestão de alimentos, avaliada na nutrição, digestão e autocuidado.

O facto de ter desenvolvido a minha capacidade de identificar as lacunas existentes na avaliação do autocuidado na alimentação da PDOCP é fruto do meu percurso como enfermeira especialista, nomeadamente nos “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), quando acedo à evidência científica e às normas necessárias para avaliação da qualidade e quando realizo auditorias ao processo clínico (OE, 2011, p. 8651) e na competência L5.1 “Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica (...) e familiares” do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, ao basear-me na evidência científica para a avaliação da prática de cuidados de enfermagem.

Após a análise e tratamento dos dados realizei uma reunião com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, com o intuito de planearmos a intervenção a fazer com a equipa de enfermagem. Foi decidido realizar uma ação de formação em serviço, com o objetivo de dar a conhecer os resultados da auditoria à equipa, sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de se melhorar a prática de enfermagem quanto à avaliação do défice de autocuidado na alimentação.

Elaborei um plano de ação de formação (Apêndice X), procedi à sua divulgação junto da equipa de enfermagem e preparei o local da sessão. A ação de formação (Apêndice XI) foi realizada no espaço da passagem de turno da manhã para a tarde, reunindo 11 participantes, incluindo enfermeira chefe do serviço e teve a duração de cerca de 1 hora. No final, procedeu-se à avaliação da sessão (Apêndice XII) com a colocação de duas questões abertas, nomeadamente sobre os motivos do não preenchimento do

autocuidado na alimentação da PDOCP e sugestões de melhoria. Os enfermeiros ficaram surpreendidos com os resultados da auditoria e referiram como motivos para não avaliarem o autocuidado na alimentação: falta de tempo 72%; excesso de trabalho 81%, estado de conservação da balança 45% e inadequado espaço para realizar o acolhimento à pessoa 72%. Como sugestões de melhoria, 90% dos formandos referiram a aquisição de uma nova balança, 45% referiram colocá-la num ponto estratégico de fácil acesso, 72% falaram no destacamento diário de um elemento da equipa para realizar as avaliações iniciais, 72% aferiram a necessidade de realizar o acolhimento à PDOCP num local isolado e calmo, por fim 63% dos enfermeiros equacionou melhorar o preenchimento da avaliação inicial no aplicativo SAPE®, no que se refere ao autocuidado na alimentação.

Tomar conhecimento das necessidades formativas do serviço e elaborar uma sessão de formação em contexto de trabalho, ajudou-me a contribuir para a aquisição de competências como enfermeira especialista no “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011).

Ao sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade e importância de avaliar o autocuidado na alimentação, estou de certa forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que se prestam à PDOCP e a contribuir para a aquisição de competências de enfermeiro especialista no “Domínio da melhoria contínua de qualidade” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011).

Numa reunião final com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, surge a necessidade de continuar a implementação deste projeto. Tendo em atenção as características do serviço, nomeadamente o aumento do número de internamentos por DOCP associado à deficiente avaliação do autocuidado na alimentação, realizada pelos enfermeiros, surge a ideia de criar um plano de intervenção que ajude a equipa de enfermagem a modificar esta prática de prestação de cuidados.

Fiquei responsável por apresentar uma proposta de plano de intervenção para a melhoria da avaliação inicial da alimentação da PDOCP no

momento da admissão (Apêndice XIII). Iniciei a minha atuação com base nas sugestões de melhorias referidas pelos enfermeiros aquando a formação. Comprei uma balança digital para o serviço, disponibilizei uma tabela de IMC que afixei na sala de trabalho, acordei com a enfermeira chefe que sempre que possível, era disponibilizado um enfermeiro para realizar a avaliação inicial à PDOCP, assim como foi pedido a autorização para utilizar o seu gabinete, como local mais isolado para efetuar o acolhimento inicial.

O plano de intervenção colaborou na melhoria das práticas de cuidados, nomeadamente no que se refere à avaliação inicial realizada pela equipa de enfermagem. Com a realização deste plano de intervenção, estou a contribuir para a aquisição da competência B2. “Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), uma vez que estou a identificar oportunidades de melhoria e estabeleço oportunidades e estratégias para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Este estágio foi então propulsor na aquisição de competências que contribuíram para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao fim deste percurso, posso afirmar que foi um período de grandes experiências, com muitas reflexões e aprendizagens que conduziram a mudanças de atitude.

Na procura de excelência no exercício, o enfermeiro procura manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (OE, Código Deontológico do Enfermeiro, 2009), pelo que, as aprendizagens realizadas, tornaram-se uma mais-valia para os cuidados de enfermagem que presto à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação.

A realização dos ensinamentos clínicos num HEO deu-me a conhecer uma nova realidade, um conhecimento profundo e completo sobre o percurso da PDOCP desde o diagnóstico, passando pelos tratamentos, até à reabilitação. Percebi que em todas as fases do momento da doença a pessoa pode apresentar défice de autocuidado na alimentação e que este pode conduzir a outros défices de autocuidado. Constato que a atuação do enfermeiro é fundamental e que a qualidade da sua intervenção fica logo pré destinada no momento em que este decide ou não fazer uma avaliação inicial completa e orientada pela evidência científica. Uma avaliação ineficaz do défice de autocuidado na alimentação leva à inexistência de intervenções de enfermagem, que a curto, médio e mesmo longo prazo têm implicações na vida da pessoa.

Os ensinamentos clínicos foram fundamentais para o desenvolvimento de competências, pois como nos diz Benner (2001, p.33) “a diferença na resolução de um problema entre a enfermeira competente e a enfermeira proficiente ou perita, está no saber fazer adquirido através da experiência”, quero com isto dizer, que as várias experiências vivenciadas, servem de base à minha prestação de cuidados e às minhas tomadas de decisão, contribuindo para o desenvolvimento de competências como enfermeira proficiente, de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências segundo Benner (2001).

O julgamento clínico e a tomada de decisão em enfermagem nunca é simples, sendo na maioria das situações ambíguo e exige um pensamento

crítico e raciocínio de especialista (Webben, 2008). Neste sentido, a reflexão e os conhecimentos alcançados deram-me uma outra visão sobre o défice de autocuidado na alimentação na PDOCP em que, atempadamente o enfermeiro pode prever as complicações que poderão surgir, delineando em conjunto com a pessoa e família intervenções eficazes.

A capacidade de reflexão habilita os enfermeiros a gerenciar o impacto pessoal e profissional dos seus cuidados (Oelofsen, 2012), ou seja, refletir sobre a minha prática de cuidados, desenvolveu a minha capacidade de pensar e criar conhecimento, tal como Canário (2003) afirma, o modo como este conhecimento surge, dá-lhe enorme potencialidade de se traduzir numa verdadeira competência.

Assim, considero que a associação entre as vivências realizadas durante o ensino clínico e a evidência científica consultada em conjugação com todo o processo reflexivo efectuado contribuíram para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista. No que diz respeito ao “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2011), os domínios de competências mais desenvolvidos foram o “Domínio da melhoria contínua da qualidade”, quando consigo identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem, quando selecciono estratégias e elaboro guias orientadores para a boa prática clínica, o “Domínio das aprendizagens profissionais” quando baseio a minha *práxis clínica* em sólidos e validos padrões de conhecimentos adquiridos através da evidência científica consultada e do contato com os vários peritos nas diferentes áreas por onde passei, mas também o “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” e o “Domínio da gestão dos cuidados”.

No que diz respeito ao “Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa” (OE, 2011), adquiri competências como enfermeira especialista ao alcançar a competência L5.1 “Identifica as necessidades da pessoa (...) seus cuidadores e familiares”, quando avalio, identifico e valorizo as necessidades da pessoa, a competência L.5.3 “Envolve cuidadores da pessoa (...) para otimizar resultados”, quando reconheço os familiares como um parceiro no cuidar e a competência L5.4 “Colabora com outros membros da equipa de

saúde e/ou serviços de apoio”, quando assisti às consultas da terapia da deglutição, efetuadas por um terapeuta da fala e às consultas de enfermagem no serviço de RT e no serviço de gastroenterologia na colocação da PEG.

A DGS (2012) estabelece como boa prática, favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da análise das vertentes que contribuem para o seu aperfeiçoamento. Assim, este projecto identifica a vertente a melhorar na prestação de cuidados de enfermagem à PDOCP e pode ser um alicerce para as boas práticas de enfermagem, ao proporcionar novos caminhos na avaliação da pessoa com défice de autocuidado na alimentação. Em suma, espera-se que os resultados destas avaliações elevem os ganhos em saúde, por gerarem intervenção de enfermagem.

A proposta de plano de intervenção para a melhoria da avaliação inicial da alimentação da PDOCP no momento da admissão, realizado no terceiro campo de estágio é o fio condutor da minha prática de cuidados, uma vez que fiquei responsável pela sua realização. Como elemento de referência, no serviço onde desempenho funções, estou apta a transmitir conhecimento aos meus colegas, sobre as boas práticas na prestação de cuidados à PDOCP com défice de autocuidado na alimentação e a fazer a supervisão clínica dos cuidados por eles prestados a essas pessoas, integrando de imediato os resultados da prática clínica. Como enfermeira responsável pelo acolhimento da pessoa ao serviço, estou numa posição favorável para continuar este projeto. Espero então vir a confirmar o referido por Benner (2001, p. 61) “quando os peritos podem descrever intervenções clínicas onde a sua intervenção faz a diferença, uma parte do conhecimento decorrente da sua prática torna-se visível”.

Considero ter realizado uma longa caminhada no sentido de alcançar os objetivos e as competências propostas durante a elaboração do projeto. Foram valorizadas todas as experiências que pudessem enriquecer o meu “Eu Enfermeiro”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*. 6, 55-59.
- Albuquerque, L. L. S. & Camargo, T. C. (2007) Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53(2), 195-209.
- Albuquerque, A. M. L, Soares, M. S. M. & SiLva, D. F. (2010) Mucosite oral: patobiologia, prevenção e tratamento. *Com. Ciências Saúde*, 21(2), 133-138. Acedido em maio de 2015 Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21_2art6Mucositeoralpatobiologia.pdf
- Alves, P. V. (2013) Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*. 17(1). 17-22.
- Andreoli, A., De Lorenzo, A., Cadeddu, F., Iacopino, L., & Grande, M. (2011). New trends in nutritional status assessment of cancer patients. *European Review For Medical And Pharmacological Sciences*. 15(5), 469-480. Acedido em maio de 2013. Disponível em: <http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/936.pdf>
- Artinian, N. T. (2005). A enfermagem médico-cirúrgica centrada na família. IN S.M. H. Hanson (coords.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família – Teoria, prática e investigação*. (p. 293-321). Loures: Lusociência.
- Aquino, R. C. (2005). *Fatores associados ao risco de desnutrição e desenvolvimento de instrumentos de triagem nutricional*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo.
- Aquino, R. & Philippi, S. (2011). Identificação de factores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 57(6), 637-643.

- Aquino, R. & Philippi, S. (2012). Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(4), 607-613. **Doi:**10.1590/S0034-71672012000400009.
- Araújo, C. R. G. & Rosa, A. M. M. T. F. (2008) O papel da equipa de enfermagem no sector de radioterapia: uma contribuição para a equipa multidisciplinar. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54(3), 231-237.
- Araújo, J.P, Martinazzo, R. & Menezes Filho, J.F. (2009) FREQUÊNCIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE EM CABEÇA, PESCOÇO E BOCA NOS PACIENTES DO SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA-TO, NO PERÍODO DE 2000 Á 2007. *Revista Científica do ITPAC*. 2(1), 17-25. Acedido em março de 2013 Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/21/4.pdf>
- Araújo, M. A. R., Lima L. S., Ornelas G. C. & Logrado, M. H. G. (2010). Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado. *Ciências Saúde*. 21(4), 331-342. Acedido em: 10/11/2013 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a03_e_estudos_validacao_ferramentas.pdf
- Ardilio, S. (2011) Calculating Nutrition Needs for Patient With Head and Neck Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 15(5), 457-459. **DOI:**10.1188/11.CJON.457-459.
- Arribas, L. (2012). THE NEED FOR NUTRITIONAL SCREENING IN ONCOLOGY In EONS 8 Spring Convention. Geneve, 26-27 abril, Switzerland. Acedido em: julho de 2013. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONS8PresentationArribas.pdf#search="malnutrition in oncology"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONS8PresentationArribas.pdf#search=)
- Barbosa, A. (2010) Sofrimento. IN A. Barbosa, I. G. Neto (coords.). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed.) (p. 563-593). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)* (A. A. Queirós, Trad.)

- Coimbra: Quarteto Editora. (From Novice To Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition, 2001).
- Bennett, C. (2003). Assisting patients to meet their nutritional needs In B. A. Workman, C. L. Bennett (Coords). *Key Nursing Skills*. (pp.214 – 234). London: Whurr Publishers Ltd.
- Bidarra, A. P. (2010) *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Universidade De Lisboa Faculdade De Medicina De Lisboa. Tese de mestrado, Lisboa.
- Boing, A. F., Ferreira, J. L. (2011) Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 615-622. Acedido em fevereiro de 2013 Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a25.pdf
- Buntzel, J., et.al. (2012) Nutritional status and prognosis of head and neck cancer disease. *Trace Elements and Electrolytes*. 29(2), 132-136.
- Capozzi, L.C., Lau, H., Reimer, R. A., McNeely, M., Giese-Davis, J. & Culos-Reed, S. N. (2012) Exercise and nutrition for head and neck cancer patients: a patient oriented, clinic-supported randomized controlled trial. *BMC Cancer*.12 (449), 1-9. Acedido em: 7/12/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1a5947b1-5fbf-4380-9a11-c5d216746ee1%40sessionmgr4001&hid=4104>
- Carretero, I (2014). O MUST e Screaming em cancro: validação em oncologia médica. *Revista Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica*. Vol. VIII (1), 38-39. Acedida em: maio de 2014, Disponível em: http://revista.apnep.pt/images/Revistas/Abril_2014/RevistaAPNEPcongresso.pdf.
- Carvalho, G., Camilo, M. E. & Ravasco, P. (2011) Qual a relevância da nutrição em oncologia? *Acta Médica Portuguesa*. 24 (S4), 1041-1050. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/suplemento-4/1041-1050.pdf>

- Chiou W.Y., Lee M.S., Ho H.C., Hung S.K., Lin H.Y., Su Y.C. & Lee C.C. (2013) Prognosticators and the relationship of depression and quality of life in head and neck cancer. *Indian Journal of Cancer* . 50(1), 14-20. Acedido em: 7/12/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5764b990-a011-4c30-8365-a4c90f442736%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4104>
- Coelho, A., Ferreira, I., Alves, P., Trigo, L. & Amaral, T. (2012) O efeito da codificação da desnutrição no financiamento hospitalar. *Revista Nutricias* 12, 18-19. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/63176>
- Council of Europe (2003). *Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals*. COMMITTEE OF MINISTERS. Acedido em: 1/12/2013 Disponível em: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
- Dias, C. A. & Burgos, M. G. (2009). Diagnóstico Nutricional de Pacientes Cirúrgicos. *ABCD Arq Brs Cir Dig*. 22(1), 2-6. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v22n1/02.pdf>
- Dietitians Association of Australia (2008) Evidence based practice guidelines for the nutritional management of patients receiving radiation therapy. *Nutrition & Dietetics*. 68(1), s1-s20. DOI: 10.1111/j.1747-0080.2008.00252.x.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Orientações Programáticas*. Lisboa. Acedido em 12-1-2012. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/oncologicas_op_programa_saude_2012.pdf
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016; EIXO ESTRATÉGICO - QUALIDADE EM SAÚDE. Lisboa: DGS. Acedido em julho de 2014 Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf.

- Direção Geral de Saúde (2013). Doenças Oncológicas em números – 2013. Acedido em: março de 2014 Disponível em: [file:///C:/Users/nascimento/Downloads/i019431%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/nascimento/Downloads/i019431%20(2).pdf).
- European Oncology Nursing Society (EONS, 2013). *Cancer Nursing curriculum 2013*. 4ªed. Brussels:EONS. Acedido em Março de 2014 Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>
- Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos* (15), 2-37.
- Ferreira, N. M. L., Scarpa, A. & Silva, A. A. (2008). Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 10(4), 1026-1034. Acedida em janeiro de 2014 Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a14.pdf.
- Fonseca, D., Garcia, R. & Stracieri, A. (2009). Perfil nutricional de pacientes portadores de neoplasias segundo diferentes indicadores. *Revista Digital de Nutrição*. 5(3), 444-461. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/5_edicao/Artigo_PERFIL_NUTRICIONAL_DE_PACIENTES_PORTADORES.pdf
- Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation, 1996).
- Foster, P. C. & Bennett, A. M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. B. George (Coords). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (p. 83-101). (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Francis, D. O., Weymuller, E. A., Parvathaneni, U., Merati, A.L. & Yueh, B. (2010). Dysphagia, Stricture, and Pneumonia in Head and Neck Cancer Patients: Does Treatment Modality Matter? *Annals of Otology, Rhinohgy & Laryngology*. 119(6), 391-397. Acedido em: 7/12/2013

Disponível

em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8b5c5955-7f46-4819-8784-56a15f465e5f%40sessionmgr110&vid=1&hid=126>

González, Sobrino, Álvarez, Villarroel & Fernández (2013). Parâmetros antropométricos en lá evolucion de la malnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados; utilidade del índice de masa corporal y del porcentaje de perdida de peso. *Nutricion Hospitalaria*. 28(3), 965-968.

Goulg, L. & Lewis, S. (2006). Care of head and neck cancer patients with swallowing difficulties. *British Journal of Nursing*. 15(20), 1091-1096.

Acedido em: maio de 2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009368623&site=ehost-live>

Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. IN OTTO, S. (Coords). *Enfermagem Oncológica* (p.249-292). Kansas: Mosby.

Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J. & Maxwell, C. (2008). Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the Management of Oral Mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(1), 141-152. DOI: 10.1188/08.CJON.141-152.

Heroiu, A. D., Danciu, C. E. & Popescu, C. R. (2013) Multiple Cancers of the Head and Neck. *A Journal of Clinical Medicine*. 8(1): 80-85. Acedido em: 10/12/2013 Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9dc8c8df-14d6-4d0d-a9c6-5bd9515f5315%40sessionmgr114&vid=1&hid=112>.

Hesbeen, W (2001) *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. (M. M. Martins, Trad.). Loures: Lusodidatica. (La Qualité du Soin Infirmier: Penser et agir dans un perspective soignant, 1998).

Hewett, J. (2009). Oral cancer: diagnosis, management and nursing care. *Cancer Nursing Practice*. 8(10), 28-35. Acedido em: maio de 2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010506222&site=ehost-live>

Hewett, J., & Howland, D. (2009). The benefits of a nurse and dietician-led follow-up clinic in head and neck cancer. *Cancer Nursing Practice*, 8(2), 23-27.

http://www.ache.com.br/Downloads/LeafletText/270/BU_TIMASEN-SR_SET2011.pdf

<http://www.otorrinocruzvermelha.com/resources/Glossectomia.pdf>. Acedido em 2015/05/02.

Instituto Nacional de Estatística (2015) *Estatísticas da saúde 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I., P. Acedido em maio de 2015
Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=138737&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE (2010). Manual de Procedimentos. *Unidade de Nutrição e Dietética*. Lisboa: IPOLFG, EPE.

Internacional Council of Nurses (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneve. Acedido em: abril de 2014 Disponível em:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.

Isenring, E. (2011) Consensus-based nutritional recommendations for patients with head-and-neck cancer. *Current Oncology*.18 (4). Acedido a 10/12/2013 Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=62&sid=f82eb9fe-5c5c-40dd-bcf9-181869a0e1da%40sessionmgr4003&hid=118>.

Isidro, M., Lima, D. (2012). Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 58(5), 580-586.

Jager-Wittenaar, H., et.al. (2011). Changes in nutritional status and dietary intake during and after head and neck cancer treatment. *Wiley Online Library*. 863-870. **DOI:** 10.1002/hed.21546.

Lambertz, C. K., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K. & Knapp, V. (2010). NO SToPS: Reducing Treatment Breaks During Chemoradiation for Head and Neck Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(5), 585-593. **DOI:** 10.1188/10.CJON.585-593.

Leeuw, J. (2013). *Nurse-led follow-up care for head and neck cancer patients*. University Nijmegen. Tese de Doutoramento. Nijmegen. Acedida em: junho de 2013. Disponível em: <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ibEM0NqLFKw%3D&tabid=679>

Lima, L., Araújo, M. A. R., Ornelas, G. C. & Logrado, M. H. (2012) Validação de Instrumento de Triagem Nutricional. *Acta Médica Portuguesa*. 25(1), 10-14.

Lis, C. G., Gupta, D., Lammersfeld, C.A., Markman, M. & Vashi, P. (2012). Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer –a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition Journal*. 11(27), 1-18. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com//11/1/27>.

Lomivorotov, V., Efremov, S., Boboshko, V., Nikolaev, D., Vedernikov, P., Karaskov, A. & Lomivorotov, V. N. (2013) Evaluation of nutritional screening tools for patients scheduled for cardiac surgery. *Elsevier inc. Nutrition* 29, 436–442 **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2012.08.006>

Lopes, A. M., Agostinho, A. & Carrasqueira, H. (2013). Implementação do rastreio da desnutrição em Portugal: avanços e dificuldades. *Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica*. Vol. VII (1). 66-67. Acedido em: 12/10/2013 Disponível em: http://www.apnep.pt/APNEP2013/images/Revista/revista_abril_2013.pdf

- Matos, L. T. M., Henriques, A., Tavares, M.M., Alvares, L., Antunes, A. & Amaral, T.F. (2007). Menções sobre o estado nutricional nos registos clínicos de doentes hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*. 20(6), 503-510. Acedido em: maio de 2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/6/503-510.pdf>.
- Mehanna, H., Paleri, V., West, C. M. L. & Nutting, C (2011) Head and neck cancer-part 1: epidemiology, presentation, and preservation. *Clinical Otolaryngology*. 36, 65–68. Acedido em: 7/12/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2faa63e8-f0d5-4520-9d43-54f6c0fad967%40sessionmgr198&vid=1&hid=126>.
- Merrick S. & Farrell D. (2012) Head and neck cancer patients' experiences of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a Q-methodology study. *European Journal of Cancer Care*. 21, 493 – 504. Acedido em: 7/12/2013 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fcaf2e5c-87a7-4aca-973f-d2a8c3d3d39d%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4104>
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Improving Outcomes in Head and Neck Cancers. London: NICE. Acedido em abril de 2014 Disponível em: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csghn_themanual.pdf.
- Ni Choileain, N. & Redmond, H. P. (2006) Cell Response to Surgery. *Arch Surg*. 141(11):1132-1140. DOI:10.1001/archsurg.141.11.1132.
- Nugent, B., Parkert, M. J. & McIntyre, I. A. (2010). Nasogastric Tube feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding in patients with head and neck cancer. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 23, 277-284.
- Oates, Clark, Read, Reeves, Gao & O'BRIEN (2008). Integration of prospective quality of life and nutritional assessment as routine components of multidisciplinary care of patients with head and neck cancer. *ANZ J. Surg*. 78, 34–41. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2007.04353.x.
- Oelofsen, N. (2012). Using reflective practice in frontline nursing. *Nursing Times*. 108 (24), 22-24. Acedido em: 2 de abril de 2014 Disponível em:

<http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/06/08/v/f/l/120612-PrDisc-reflect.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004) Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. 13. (3-8). Acedido em julho de 2014 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: julho de 2013 Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: julho de 2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. 1-87. Acedido em maio de 2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ªed. St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (1999). *Manejo da desnutrição grave: Um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas, e outros) e suas equipas de auxiliares*. (C. M. G. Monte, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers, 1999). Acedido em Julho de 2013. Disponível

em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en/>.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Malnutrition: Quantifying the health impact at national and local levels*. Geneve: OMS

Acedido em: 14/11/2013 Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241591870.pdf>.

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem Oncológica* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad.). (3ª ed.). Loures: Lusociências. (Oncology Nursing, 1997).

Paggiaro, A. O., Teixeira, N. N. & Ferreira, M.C. (2010) Princípios gerais do tratamento de feridas. *Rev Med (São Paulo)*, 89 (3/4), 132-136.

Acedido em maio de 2015 Disponível em:
www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46286/49942

Paiva, M. D. E. B., Biase, R. C. C. G., Moraes, J. J. C., Ângelo, A. R. & Honorato M. C. T. M. (2010). Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. *Arquivos em Odontologia*. 46(1), 48-55. Acedido em

em julho de 2013 Disponível em:
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a08v46n1.pdf>.

Petronilho, A. (2012). *Autocuidado: Conceito Central de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Pfeiffer. P., Wiech, T., Maier, W., Ridder, G., Laszig, R. & Birkenhäger, R. (2011) Head and neck cancer in young adults and nonsmokers: Study of cancer susceptibility by genome-wide high-density SNP microarray mapping. *Acta Oto-Laryngologica*. 131, 1091–1098. DOI: 10.3109/00016489.2011.590151

Pires, C. V. (2012) *Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC*. (Dissertação de mestrado) Disponível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7702/1/Tese%20Final%20OC%C3%A2ndido.pdf>.

- Portas, P., Socci, C. P., Scian, E. P., Queija, D. S., Ferreira, A. S., Dedivitis, R. A. & Barros, A. P. B. (2011). Deglutição após tratamento não cirúrgico (radioterápico/ radioquimioterápico) do câncer de laringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 77(1). Acedido a 7/12/2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942011000100016&script=sci_arttext.
- Ravasco, P., Monteiro-Grilo, I., Vidal, P. & Camilo, M. (2004) Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support care Cancer*. 12, 246-252. DOI: 10.1007/s00520-003-0568-z.
- Ravasco, P., Monteiro-Grilo, I., Vidal, P. & Camilo, M. (2005) Impacto of Nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Wiley InterScience*. 659-668. DOI: 10.1002/hed.20221.
- Ravasco, P., Monteiro-Grilo, I. & Camilo, M. (2007). Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling. *Clinical Nutrition*. 26, 7-15. Acedido em: junho de 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17166637>
- Regulamento n.º 122/2011. Ordem dos enfermeiros. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República II série, N.º 35 (18-02-2011) 8648 – 8653. Acedido em: janeiro de 2013 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Ribeiro (2012). *Alterações na cavidade oral provocadas pelo tratamento de radioterapia em pacientes com cancro de cabeça e pescoço* Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado. Porto.
- Royal College of Nursing (2003). *Defining Nursing*. London: RCN. 1- 26. Acedido em: março de 2014. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78569/001998.pdf.
- Sat-Munoz, S., Morán-Mendoza, A. J., Solano-Murill, P., Balderas-Pena, L. M. A., Rivera-Morales, D., Iniguez-Virgen, A., Salcedo-Rocha, A. L. & García de Alba-García, J.E. (2012). Papel del cuestionario EORTC

QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes mexicanos com cáncer de cabeza y cuello. *Nutrición Hospitalaria*. 27 (2), 477-482. **DOI:** 10.3305/nh.2012.27.2.5511.

Sauer, A. C. & Voss, A. C. (2012). Improving Outcomes with Nutrition in Patients with Cancer. *ONS: EDGE Scientific Writer*. 1-8. Acedido em dezembro de 2013 Disponível em: http://www.onsedge.com/wordpress/wp-content/uploads/2012/07/Abbott-white-paper-final_Web.pdf

Schoeff, S. S., Barrett, D.M., DeLassus Gress, C. & Jameson, M. J. (2013). Nutritional Management for Head and Neck Cancer Patients. *PRACTICAL GASTROENTEROLOGY*. SERIES #121. Acedido em: 21/11/2013 Disponível em: http://www.medicine.virginia.edu/clinical/departments/medicine/divisions/digestive-health/nutrition-support-team/nutrition-articles/September_13_Head%20-%20Neck%20CA%202.pdf

Silander, E., Nyman, J., Bove, M., Johansson, L., Larsson, S. & Hammerlid, E. (2012). Impact of prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer—A randomized study. *Wiley Online Library*. 1-9. **DOI:** 10.1002/hed.21700.

Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E. & Pimentel, F. L. (2012) Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 15(1), 38-48. Acedido em: 7/12/2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/04.pdf>

Singh, A., Chendil, V. & Ahmed, I. (2011). Creeping Enigma of Head and Neck Cancers. *Academic Journals Inc*. 6(4), 258-264. **DOI:** 10.3923/tmr.2011.258.264.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral & Associação Brasileira de Nutrologia (2011). Terapia Nutricional na Oncologia. Projecto Directrizes. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de*

http://www.projetoDiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf

- Sonati, J. G., Vilarta, R e Affonso, C. V. (2007) Noções Básicas de Alimentação e Nutrição. In Vilarta, R (organizador). *Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida* (p. 13-17). Campinas: IPES Editorial. Acedido em abril de 2015. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/alimen_saudavel_completo.pdf
- Swora, E., Derc, K., Grzymislowski, M. & Golusinski, W. (2009). Nutrition in patients with head and neck tumours. *Gastroenterologia Polska*. 16(1), 69-79.
- Teixeira, C. L. (2009) Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 1-12. Acedido em maio de 2015 Disponível em: www.redalyc.org/pdf/2290/229019248007.pdf
- Todorovic, V., Russell, C. & Elia, M. (2011) O folheto explicativo da 'MUST'. Acedido em: outubro de 2014 Disponível em: <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-exp-bk.pdf>
- Velho, S. (2013). Implementação do rastreio da desnutrição em Portugal: avanços e dificuldades. *Revista Portuguesa de Alimentação Entérica e Parentérica*. Vol. VII (1), 67. Acedida em: maio de 2014. Disponível em: <http://revista.apnep.pt/index.php/abril-2013>.
- Veloso, D. J., Ribeiro, C. F., Júnior, R. L. C. A., Ramalho, L. M. P., Gueiros, L. M. M. & Carvalho De Melo, A. C. (2012) Retardo no Diagnóstico do Câncer Bucal: Entendendo os Fatores Relacionados. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 16 (4), 579-584. DOI:10.4034/RBCS.2012.16.04.13.
- Waitzberg, D. L., Nardi, L. & Horie, L. M. (2011). Desnutrição em câncer. *Rev Onco & Oncologia para todas as especialidades*. 2(8). 34-37.

Webber, M. (2008). The role of the CNS in the care of patients with head and neck cancer. *Cancer Nursing Practice*, 7(8), 35-39.

Whitaker, M. (2005) *Função mastigatória: proposta de protocolo de avaliação clínica*. Universidade de São Paulo. Tese de mestrado. São Paulo

ANEXOS

ANEXO I

Escala Universal para rastreio da desnutrição -
MUST

'MUST'

A 'MUST' é uma ferramenta de rastreio em cinco passos que identifica **adultos** que sofram de malnutrição, portanto, que estejam em risco de subnutrição ou que sofram de obesidade. Inclui ainda as linhas de orientação de controlo que podem ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados.

Destina-se a ser utilizada em hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados e pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde.

Este guia contém:

- Um fluxograma que apresenta os 5 passos a utilizar para o rastreio e controlo
- A tabela de IMC (índice de massa corporal)
- As tabelas de perda de peso
- As medições alternativas quando o IMC não pode ser obtido medindo-se o peso e a altura.

Os 5 passos da 'MUST'

Passo 1

Medir a altura e o peso para obter a pontuação de IMC utilizando a tabela fornecida. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar os procedimentos alternativos indicados neste guia.

Passo 2

Anotar a percentagem de perda de peso involuntária e pontuar utilizando as tabelas fornecidas.

Passo 3

Estabelecer a consequência de doença grave e pontuar.

Passo 4

Somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição.

Passo 5

Utilizar as linhas de orientação de controlo e/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados.

Consulte o Folheto Explicativo da 'MUST' para obter mais informações quando não é possível medir-se o peso e a altura e quando se faz o rastreio a grupos de doentes, para os quais são necessários ainda mais cuidados na interpretação (por exemplo, os que têm problemas de retenção de líquidos, os que usam próteses, os que sofreram amputações, os que sofrem de doenças graves e as mulheres grávidas ou em período de lactação). O folheto também pode ser utilizado para formação. Consulte o Relatório 'MUST' para ver as provas corroborantes. Tenha em conta que a 'MUST' não foi concebida para detetar a ingestão deficiente ou excessiva de vitaminas e minerais e só pode ser **utilizada em indivíduos adultos.**

Passo 1 + **Passo 2** + **Passo 3**
Pontuação do IMC + Pontuação da perda de peso + Pontuação da consequência de doença grave

IMC kg/m ²	Pontuação
>20 (>30 Obesidade)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

Perda de peso involuntária nos últimos 3 a 6 meses	
%	Pontuação
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

Se o indivíduo está gravemente doente e reduziu drasticamente a ingestão nutricional ou se se prevê não conseguir alimentar-se durante >5 dias
Pontuação 2

Se não for possível obter a altura e o peso, consulte a parte de trás para saber como obter medições alternativas e como utilizar os critérios subjetivos

É improvável que a consequência de doença grave seja aplicada fora do hospital. Consulte o Folheto Explicativo da 'MUST' para obter mais informações

Passo 4

Risco geral de malnutrição

Somar todas as pontuações para calcular o risco geral de malnutrição
Pontuação 0 baixo risco Pontuação 1 risco médio Pontuação 2 ou superior, alto risco

Passo 5

Linhas de orientação de controlo

0
Baixo Risco
Cuidados de saúde de rotina

- Repetir o rastreio
Hospital – semanalmente
Instituições de cuidados – mensalmente
Comunidade – anualmente para grupos especiais por exemplo os indivíduos >75 anos

1
Risco Médio
Observar

- Registar a ingestão nutricional durante 3 dias
- Se for adequada – preocupação ligeira e repetir o rastreio
 - Hospital – semanalmente
 - Instituição de cuidados – pelo menos mensalmente
 - Comunidade – pelo menos de 2 a 3 meses
- Se for inadequada – preocupação clínica – seguir as políticas locais, definir objetivos, melhorar e aumentar a ingestão nutricional geral, monitorizar e rever o plano de cuidados regularmente

2 ou mais
Alto Risco
Tratar*

- Remeter ao nutricionista, à equipa de suporte nutricional ou implementar a política local
- Definir objetivos, melhorar e aumentar a ingestão nutricional geral
- Monitorizar e rever o plano de cuidados Hospital – semanalmente
Instituição de cuidados – mensalmente
Comunidade – mensalmente

* A menos que se suspeite poder prejudicar ou não beneficiar com o suporte nutricional, por exemplo, morte iminente.

Todas as categorias de risco:

- Tratar as condições subjacentes e prestar ajuda e aconselhamento nas opções alimentares, nos alimentos e nas bebidas quando necessário.
- Registar a categoria de risco da malnutrição.
- Registar a necessidade de dietas especiais e seguir a política local.

Obesidade:

- Registar a presença de obesidade. Para os doentes com condições subjacentes, estas são geralmente controladas antes do tratamento da obesidade.

Reavaliar os indivíduos identificados como estando em risco à medida que vão passando pelas instituições de cuidados
Consulte o Folheto Explicativo da 'MUST' para obter informações mais detalhadas e o Relatório 'MUST' para obter informações sobre as provas corroboradoras. BAPEN

Medições alternativas e considerações

Passo 1: IMC (índice de massa corporal)

Se não for possível medir a altura

- Utilizar a altura recentemente documentada ou indicada pelo indivíduo (se for fiável e realista).
- Se o indivíduo não souber ou não tiver capacidade para indicar a altura, utilizar uma das medições alternativas para calcular a altura (cúbito, altura do Joelho ou envergadura).

Passo 2: Perda de peso involuntária recente

Se não for possível calcular a perda de peso recente, utilizar a perda de peso indicada pelo indivíduo (se for fiável e realista).

Critérios subjetivos

Se não for possível obter a altura, o peso ou o IMC, os critérios seguintes relacionados com os mesmos podem ajudá-lo a tomar a sua decisão profissional no que se refere à categoria de risco nutricional do indivíduo. Tenha em conta: estes critérios devem ser utilizados coletivamente e não em separado como alternativas aos passos 1 e 2 da 'MUST' e não foram concebidos para a atribuição de uma pontuação. A medição da circunferência da linha média do braço (CLMB) pode ser utilizada para calcular a categoria do IMC e ajudar à tomada de decisões sobre a impressão geral do risco nutricional do indivíduo.

1. IMC

- Impressão clínica – magro, peso aceitável, peso a mais. O enfraquecimento óbvio (bastante magro) e a obesidade (peso a mais visível) também podem ser anotados.

2. Perda de peso involuntária

- O vestuário e/ou os acessórios já não assentam bem (perda de peso).
- As causas prováveis de perda de peso são o historial de ingestão alimentar reduzida, a diminuição do apetite ou problemas de deglutição há mais de 3 a 6 meses e doença subjacente ou incapacidade psicossocial/física.

3. Consequência de doença grave

- Gravemente doente e falta de ingestão nutricional ou probabilidade de não haver ingestão nutricional há mais de 5 dias.

Poderá encontrar mais informações sobre quais as medidas alternativas a tomar, as circunstâncias especiais e os critérios subjetivos em o *Folheto Explicativo da 'MUST'*. Pode transferir uma cópia em www.bapen.org.uk ou pode adquiri-la nos escritórios da BAPEN. A base de evidência total da 'MUST' está contida no *Relatório 'MUST'* e também está disponível para venda nos escritórios da BAPEN.

BAPEN Office, Secure Hold Business Centre, Studley Road, Redditch, Worcs, B98 7LG. Tel: +44 (0)1527 45 78 50.

Fax: +44 (0)1527 458 718. bapen@sovereignconference.co.uk

BAPEN está registada como organização caritativa com o número 1023927. www.bapen.org.uk

© BAPEN 2003 ISBN 978-1-899467-32-7 Todos os direitos reservados. Este documento pode ser fotocopiado para fins de disseminação e formação desde que a fonte seja acreditada e reconhecida.

Podem ser reproduzidas cópias para fins de publicidade e promoção. Será obrigatória uma autorização escrita da BAPEN se for necessária uma reprodução ou adaptação. Se for utilizada em circunstâncias que levem a lucros comerciais, é necessário o pagamento de uma taxa de licença.



© BAPEN

Medições alternativas: instruções e tabelas

Wenn die Größe nicht bestimmt werden kann, können Sie die Länge des Unterarms (Ulna) verwenden, um mit den folgenden Tabellen die Größe zu berechnen.

(Consulte O Folheto Explicativo da 'MUST' para obter informações mais detalhadas sobre outras medições alternativas (altura do joelho e envergadura) que também podem ser utilizadas para calcular a altura).

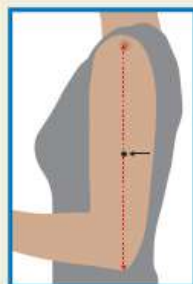
Calcular a altura a partir do comprimento cubital



Medir entre o ponto do cotovelo (processo de olecrano) e o ponto médio do osso saliente do pulso (processo estiloide) (lado esquerdo, se possível).

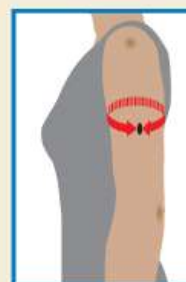
Altura (m)	Homens (<65 anos)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Homens (≥65 anos)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Comprimento cubital (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Altura (m)	Mulheres (<65 anos)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Mulheres (≥65 anos)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Altura (m)	Homens (<65 anos)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Homens (≥65 anos)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Comprimento cubital (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altura (m)	Mulheres (<65 anos)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Mulheres (≥65 anos)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Calcular a categoria do IMC a partir da circunferência da linha média do braço (CLMB)



O braço esquerdo do indivíduo deve estar dobrado no cotovelo, num ângulo de 90 graus, com a parte superior do braço assente em paralelo à parte lateral do corpo. Meça a distância entre a protuberância óssea no ombro (acrômio) e o ponto do cotovelo (processo de olecrano). Marque o ponto médio.

Peça ao indivíduo para deixar o braço solto e meça em volta da parte superior do braço no ponto médio, certificando-se de que a fita métrica está bem assente mas não apertada.



Se a CLMB for < 23,5 cm, é provável que o IMC seja <20 kg/m².

Se a CLMB for > 32,0 cm, é provável que o IMC seja >30 kg/m².

A utilização da CLMB oferece uma indicação geral do IMC e não foi concebida para gerar uma pontuação real para utilização com a 'MUST'. Para obter mais informações sobre a utilização da CLMB consulte O Folheto Explicativo da 'MUST'.

ANEXO II

Escala de rastreio do risco nutricional - NRS 2002

NRS – NUTRITIONAL RISK SCREENING - 2002

TRIAGEM INICIAL

Uma resposta POSITIVA, continuar na triagem final:

	SIM	NÃO
1. IMC < 20,5 kg/m ² ?		
2. Perda de peso nos últimos 3 meses?		
3. Redução na ingestão na última semana?		
4. Saúde gravemente comprometida?		

TRIAGEM FINAL

Pontuação	Estado Nutricional	Pontuação	Gravidade da Doença
1 Leve	() perda de peso > 5% em 3 meses () 50 a 75% das necessidades energéticas	1 Leve	() Complicações agudas de doenças crônicas () DPOC () HD (hemodiálise) () Câncer
2 Moderada	() perda de peso > 5% em 2 meses () IMC 18,5 – 20,5 kg/m ² () 25 a 50% das necessidades energéticas	2 Moderada	() AVC () BCP severa () Cirurgia no TGI ou abdominais () Infecções graves
3 Severa	() perda de peso > 5% em 1 mês () perda de peso > 15% em 3 meses () IMC < 18,5 kg/m ² () < 25% das necessidades energéticas	3 Severa	() Neurocirurgia () TMO () UTI (Apache > 10)

	Estado Nutricional	Gravidade da Doença	Idade ≥ 70 anos (acrescentar 1 ponto)	TOTAL
Valor				

SCORE ≥ 3: RISCO DE DESNUTRIÇÃO.

Fonte: Aquino, R. C. (2005). *Fatores associados ao risco de desnutrição e desenvolvimento de instrumentos de triagem nutricional*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo.

ANEXO III

Escala de avaliação do estado nutricional -
Avaliação Global Subjetiva Gerada pelo Doente
(AGS-GD) (PG-SGA)

AValiação Global Subjectiva – GERADA PELO DOENTE (AGS-GD)

Número do Doente (ND): _____

História (caixas 1-4 são desenhadas para serem completadas pelo doente).

1. PESO (Ver folha de trabalho 1)

Presentemente peso cerca de: _____ Kg
Meço cerca de: _____ cm

Há 1 mês pesava: _____ Kg
Há 6 meses pesava: _____ Kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

Diminuiu (1) Não mudou (0) Aumentou (0)

Caixa 1

2. INGESTÃO ALIMENTAR

Comparativamente com a minha ingestão habitual, eu classificaria a minha ingestão alimentar durante o último mês como:

- igual (0)
 mais que o habitual (0)
 menos que o habitual (1), então

Eu agora ingiro:

- comida normal, mas em menor quantidade (1)
 pouca comida sólida (2)
 apenas líquidos (3)
 apenas suplementos nutricionais (3)
 muito pouco de qualquer coisa (4)
 apenas alimentação por sonda ou pela veia (0)

Caixa 2

3. SINTOMAS: tenho tido diariamente os seguintes problemas que me têm impedido de comer o suficiente durante as últimas duas semanas (preencher todos os aplicáveis):

- não tenho problemas em comer (0)
 não tenho apetite, não me apetece comer (3)
 náuseas (1) vômitos (3)
 Intestino preso (1) diarreia (3)
 dores na boca (2) boca seca (1)
 os alimentos têm sabores estranhos ou não têm sabor (1)
 os cheiros incomodam-me (1)
 dificuldades em engolir (2)
 quando como, sinto-me "cheio" depressa (1)
 dor, onde? _____ (3)
 outros *: _____ (1)

* ex. depressão, problemas financeiros, dentes, etc

Caixa 3

4. ACTIVIDADE: Durante o último mês, eu classificaria a minha actividade como:

- Normal sem limitações (0)
 Não estou no meu normal, mas sou capaz de estar a pé e praticamente com as actividades habituais (1)
 Não me sinto capaz de fazer a maior parte das coisas, mas fico na cama ou sentado apenas metade do dia (2)
 Sou capaz de ter pouca actividade e passo a maior parte do dia sentado ou deitado (3)
 A maior parte do tempo estou na cama, levantando-me raramente (4)

Caixa 4

Cotação parcelar das caixas 1 a 4 A

O preenchimento restante deste questionário será completado pelo Profissional de Saúde. Obrigado.

5. DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM NECESSIDADES NUTRICIONAIS (Ver folha de trabalho 2)

Todos os diagnósticos relevantes: _____

Doença primária (circule se conhecido ou apropriado) I II III IV Outro: _____

Idade: _____

6. NECESSIDADES METABÓLICAS (Ver folha de trabalho 3)

Cotação Numérica da Folha de Trabalho 2: B

Cotação Numérica da Folha de Trabalho 3: C

7. EXAME FÍSICO (Ver folha de trabalho 4)

Cotação Numérica da Folha de Trabalho 4: D

AVAliação Global (Ver folha de trabalho 5)

- Bem Nutrido ou anabólico (AGS-A)
 Mal-nutrição moderada ou suspeita de mal-nutrição (AGS-B)
 Mal-nutrição Severa (AGS-C)

Cotação Total do AGS-GD:

(cotação numérica total de A+B+C+D)

Responsável: _____ Nutricionista / Médico / Enfermeira/ Outro _____ Data: ___ / ___ / _____

Recomendações de Triagem Nutricional: a cotação aditiva é usada para definir intervenções nutricionais incluindo a educação ao doente e família, controlo de sintomas incluindo intervenções farmacológicas e intervenção nutricional apropriada (alimentos, suplementos nutricionais, triagem para parentérica). A 1ª linha de intervenção nutricional inclui um óptimo controlo de sintomas.

0 - 1 Não é necessário intervenção nutricional de momento. Re-avaliação com um base regular e por rotina;

2 - 3 Educação ao doente/família por nutricionista, dietista, enfermeira ou outras, tal como intervenções farmacológicas, como indicado pela caixa 3 e valores laboratoriais apropriados;

4 - 8 Requer intervenção nutricional por nutricionista ou dietista em conjugação com a enfermeira ou médico conforme indicado na caixa 3;

≥ 9 Indica uma necessidade crítica para controlo dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional.

Folhas de Trabalho para cotação da AGS-GD

As caixas 1-4 da AGS-GD são desenhadas para serem completadas pelo doente. A cotação numérica da AGS-GD é determinada usando 1) as cotações entre parêntesis das caixas 1-4 e 2) as folhas de trabalho em baixo para os itens não marcados com parêntesis. As cotações para as caixas 1 e 3 são aditivas para cada caixa e as cotações para as caixas 2 e 4 são baseadas na cotação máxima de cada item assinalada pelo doente.

Folha de Trabalho 1 - Cotação para peso

Para determinar a cotação usar o registo de 1 mês se disponível. Usar registo de 6 meses apenas quando não existe o registo de 1 mês. Usar os pontos abaixo para cotar a oscilação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a cotação total na caixa 1 da AGS-GD.

Perda de peso 1 mês	Pontos	Perda de peso 6 meses
≥10%	4	≥20%
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%

Cotação para a folha de trabalho 1
Registrar na caixa 1

Folha de Trabalho 2 - Critérios para a Cotação da Doença

A cotação é obtida adicionando um ponto a cada uma das condições da indicadas na lista em baixo e que correspondam com o diagnóstico do doente:

Categoria	Pontuação
Cancro	1
SIDA	1
Caquexia Cardíaca ou Pulmonar	1
Úlcera de decúbito, hérnia aberta ou fistula	1
Existência de traumatismo	1
Idade superior a 65 anos	1

Cotação da folha de trabalho 2
Registrar na Caixa B

Folha de Trabalho 3 - Cotação para stress Metabólico

A avaliação para o stress metabólico é determinado por um número de variáveis que se sabe aumentarem as necessidades energéticas. A cotação é o somatório, de forma a que um doente que tem febre de 39°C (3 pontos) e está em tratamento com 10mg de prednisona de forma crónica (+2 pontos), o que totaliza 5 pontos para o doente neste quadro.

Stress	Nenhum (0)	Ligeiro (1)	Moderado (2)	Elevado (3)
Febre	Sem febre	37 e <38°C	38 e <39°C	≥ 39°C
Duração da Febre	Sem febre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas
Esteróides	Sem esteróides	< 10mg prednisona/dia	10 a < 30 mg prednisona/dia	30 mg prednisona/ dia

Cotação da folha de trabalho 3
Registrar na Caixa C

Folha de Trabalho 4 - Exame Físico

Exame físico inclui uma avaliação subjectiva de 3 aspectos da composição corporal: gordura, músculo e fluidos. Uma vez que é subjectivo, cada aspecto deste exame é cotado pelo grau de défice. O impacto do défice muscular é superior do que o défice de gordura. Definição das categorias: 0= sem défice, 1+ = défice ligeiro, 2+ = défice moderado, 3+ = défice severo. A cotação deste défice não é somatória mas usada para avaliar clinicamente o grau de défice (ou a presença ou excesso de fluidos).

Reservas de Gordura:

	0	1+	2+	3+
Gordura das Pálpebras	0	1+	2+	3+
Órbitas	0	1+	2+	3+
Prega tricipital	0	1+	2+	3+
Reservas de gordura na cintura	0	1+	2+	3+
Défice Gorduro Global	0	1+	2+	3+

Estado de Fluidos:

	0	1+	2+	3+
Edema da anca	0	1+	2+	3+
Edema do Sacro	0	1+	2+	3+
Ascite	0	1+	2+	3+
Estado Hídrico Global	0	1+	2+	3+

Estado dos Músculos:

	0	1+	2+	3+
Músculos temporais	0	1+	2+	3+
Clavículas (peitorais e deltoides)	0	1+	2+	3+
Ombros (deltoides)	0	1+	2+	3+
Músculos inter-osseos	0	1+	2+	3+
Escápula (<i>talisimus dorsi</i> , trapézio, deltoide)	0	1+	2+	3+
Quadríceps	0	1+	2+	3+
Estado Muscular Global	0	1+	2+	3+

A cotação para o exame físico é determinada pela avaliação subjectiva global do défice corporal total:
Sem défice pontos = 0
Défice ligeiro pontos = 1
Défice moderado pontos = 2
Défice severo pontos = 3

Cotação da folha de trabalho 4
Registrar na Caixa D

Folha de Trabalho 5 - Categorias de Avaliação Global no PG-SGA

	Estado A	Estado B	Estado C
Categoria	Bem Nutrido ou Anabólico	Mal-nutrição moderada ou em risco de mal-nutrição	Mal-nutrição severa
Peso	Sem perda de peso OU sem retenção hídrica recente	≈5% perda de peso em 1 mês (ou 10% em 6 meses) OU continuação da perda de peso	> 5% perda de peso em 1 mês (ou 10% em 6 meses) OU continuação da perda de peso
Ingestão de nutrientes	Sem deficiência OU melhoria recente significativa	Diminuição da ingestão	Diminuição severa da ingestão
Sintomas com impacto Nutricional	Nenhuns OU melhoria recente permitindo aporte adequado	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)
Funcionalidade	Sem défice OU Melhoria significativa recente	Défice funcional moderado OU Deterioração recente	Défice funcional severo OU Deterioração recente significativa
Exame Físico	Sem défice OU Deficiência crónica mas com melhoria clínica recente	Evidência de ligeira ou moderada perda de gordura sub-cutânea/músculo	Sinais óbvios de mal-nutrição (ex. perda severa de gordura sub-cutânea e possível edema)

Categorias Globais do AGS-GD (A, B ou C) =

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadro com os dados colhidos na consulta de enfermagem de 1ª vez à PDOCP no SCECCP

Quadro com os dados colhidos na consulta de enfermagem de 1ª vez à PDOCP no SCECCP

	Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% de peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação		Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	Nº de Refeições diárias	Alimentação	Confeção Alimentação	
							Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/Pastosa						Líquida
1	CPC trigonoretromolar	12-09-2013	Pelviglossectomia Segmentar e esvaziamento cervical ganglionar	Tabaco e Álcool	56	M	80	74	1,73	7,5	24,7		x				Não		6	Batidos de fruta, Batidos sem lactose, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa	
2	CPC trigonoretromolar	16-09-2013	Mandibulectomia marginal e esvaziamento ganglionar	Tabaco e Álcool	53	M	59	57	1,7	3,3	19,7		x				Não		6	Batidos de fruta, Batidos leite e papa, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa	
3	CPC Maxilar Superior	23-09-2013	Maxilectomia	HTA, D2	68	M	70	70	1,63	0	26,36		x				Não		5	Batidos de fruta, Batidos de leite, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa	
4	CEC da palpebra inferior e região malar esquerda	25-09-2013	Excisão da lesão	HTA, DPOC	62	M	76	74	1,71	2,7	25,3		x				Não		6	Batidos de fruta, Batidos leite e papa, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa	
5	Carcinoma basocelular da face	01-10-2013	Excisão da lesão	HTA, arritmia, linfoma	81	M	59	59	1,74	0	18,48	x				x	Sim	Enfartamento e náuseas	3	sopa com carne e peixe, papa Nestum e gelatina	Próprio	

	Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% De peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação			Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	Nº de Refeições diárias	Alimentação	Confeção Alimentação
							Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/Pastosa	Líquida					
6	CPC seio maxilar esquerdo	23-09-2013	Maxilectomia segmentar, etmoidectomia e esvaziamento ganglionar	Fumador	53	M	66	45	1,78	31	14,2			x				Sim	Enfartamento	4	sopa com carne e peixe, batido de cerelac e batido de fruta	Esposa
7	CPC do palato mole	30-08-2013	Mandibulectomia e excisão do palato	Fumador	53	M	59	57	1,7	3,3	19,72			x				não		5	Batido de Cerelac, Sopa com carne ou peixe, batido fruta	Esposa
8	CEC gengiva à esquerda	17-09-2013	exerese do tumor		55	M	76	74	1,73	2,7	24,72	x						sim	dor na cavidade oral	4	Alimentos de fácil deglutição, puré, empadão, papa de Nestum e Cerelac, gelatina, pudins	Esposa
9	CPC da mucosa jugal à direita	13-08-2013	Mandibulectomia segmentar e esvaziamento ganglionar cervical		50	M	65	55	1,58	15,3	22,03	x						sim	Trismos e dor na cavidade oral	5	Alimentos de fácil deglutição, puré, empadão, papa de Nestum e Cerelac, gelatina, pudins	Esposa
10	CPC do couro cabeludo	20-08-2013	Exérese do tumor e correção cirúrgica com enxerto de pele da coxa direita	HTA e HBP	75	M	73	67	1,64	8,2	24,91	x						Sim	Enfartamento e náuseas	5	Alimentos de fácil deglutição, puré, empadão, papa de Nestum e Cerelac, gelatina, pudins	Filha

	Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% de peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação			Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	Nº de Refeições diárias	Alimentação	Confeção Alimentação
							Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/Pastosa	Líquida					
11	CPC do seio maxilar esquerdo	ago-12	Excisão da lesão, exenteração orbitária	Fumador e etilismo crônico	50	M	55	45	1,7	18,1	15,54		x				x	Sim	Falta de apetite	4	sopa com carne e peixe, batido de cerelac e batido de fruta	Lar
12	Neoplasia da Tireoide	30-09-2013	Hemitireoidectomia		45	M	74	71	1,8	4	21,6	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
13	Carcinoma basocelular retroauricular	01-10-2013	Excisão da lesão	HTA, IRC, EAM	76	M	85	85	1,58	0	34,02	x			x			Não		3	Dieta Geral	Lar
14	Neoplasia da Tireoide	20-09-2013	Tireoidectomia Total		51	M	70	68	1,62	2,9	25,91	x			x			Não		4	Dieta Geral	Esposa
15	Neoplasia da Tireoide	10-10-2013	Tireoidectomia total		52	M	68	66	1,66	3	23,95	x			x			Não		4	Dieta Geral	Esposa
16	Neoplasia da Tireoide	10-10-2013	Tireoidectomia	DM, Neoplasia do intestino	67	F	77	74	1,58	3,9	29,64	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
17	Neoplasia da Tireoide	10-10-2013	Tireoidectomia total		54	F	74	73	1,64	1,4	27,14	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
18	Neoplasia da Tireoide	10-10-2013	Tireoidectomia		64	F	62	62	1,6	0	24,21	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
19	Tumor da Parotida	17-10-2013	Parotidectomia direita		43	M	84	84	1,8	0	25,92	x			x			Não		4	Dieta Geral	Esposa

	Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% de peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação			Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	Nº de Refeições diárias	Alimentação	Confeção Alimentação
							Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/Pastosa	Líquida					
20	Neoplasia da Tiróide	17-10-2013	Tiroidectomia Total		47	M	72	70	1,71	2,8	23,93	x				x		sim	odínofagia	4	Dieta Mole	Esposa
21	Neoplasia da Tiróide	17-10-2013	Tiroidectomia total		27	M	64	64	1,75	0	20,89	x			x			Não		4	Dieta Geral	Mãe
22	Neoplasia da Tiróide	18-10-2013	Tiroidectomia Total		65	M	79	79	1,72	0	26,7	x				x		sim	odínofagia	4	Dieta Mole	Irmã
23	Neoplasia da Tiróide	17-10-2013	Tiroidectomia total		36	F	84	84	1,84	0	24,81	x			x			Não		3	Dieta Geral	Próprio
24	Neoplasia da Língua	18-10-2013	Hemiglossectomia		27	M	99	97	1,8	2,9	29,93						x	Não		6	Batidos de fruta, Batidos leite e papa, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa
25	CBC canto interno do OD	17-10-2013	Exérese da lesão e plastia	Paralisia cerebral, HTA	70	M	85	85	1,7	0	29,41	x				x		Não		4	Dieta mole	Lar
26	Lesão no pavilhão auricular esquerdo	22-10-2013	Biopsia e enxerto		39	M	80	80	1,73	0	26,72	x			x			Não		4	Dieta Geral	Esposa
27	Lesão no bordo do nariz	22-10-2013	Exérese da lesão e biopsia		56	F	56	53	1,52	5,4	22,93	x			x			sim	Falta de apetite (viúva)	3	Dieta Geral	Próprio
28	CBC do nariz	22-10-2013	Exérese da Lesão e Biopsia		55	F	70	70	1,63	0	26,34	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
29	Aumento de gânglio cervical	20-09-2013	Biopsia de ganglio cervical	DM	71	M	70	54	1,61	22,9	20,83	x			x			Sim	falta de apetite e dor	3	Dieta Mole	Nora

	Diagnóstico	Data da Cirurgia	Cirurgia realizada	Antecedentes pessoais	Idade	Sexo	Peso		Altura	% de peso perdido	IMC	Alimentação			Tipo de alimentação			Dificuldade na alimentação	Problemas na alimentação	Nº de Refeições diárias	Alimentação	Confeção Alimentação
							Habitual	Atual				Oral	SNG	PEG	Geral	Mole/Pastosa	Líquida					
30	CBC malar esquerdo	21-10-2013	Exereses da lesão		66	F	56	56	1,6	0	21,87	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio
31	Tumor da Parotida	18-10-2013	Parotidectomia direita		38	M	76	74	1,69	2,7	25,9	x			x			sim	dor ao mastigar	4	Dieta Mole	Esposa
32	CPC trigonoretromolar	07-10-2013	Mandibulectomia e enxerto com retalho	Tabaco e Álcool	50	M	50	48	1,67	4	26,03		x					Não		4	Batidos de fruta, Batidos leite e papa, Sopa passada com carne e peixe e Suplementos alimentares	Esposa
33	neoplasia da Tiróide	21-10-2013	Tiroidectomia total	Tabaco e Álcool	54	F	65	65	1,58	0	17,21	x			x			Não		4	Dieta Geral	Próprio

APÊNDICE II

Guião de entrevista e descrição da entrevista realizada à nutricionista

Guião de entrevista à Dietista?

1. Da sua prática quais as patologias que mais interferem na alimentação da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço (PDOCP)?
2. Quais as dificuldades alimentares que mais verifica na PDOCP, no momento da alta?
3. Como planeia a alimentação da PDOCP, durante o internamento e na preparação para a alta?
4. Que estratégias são utilizadas para evitar a desnutrição?
5. Qual o acompanhamento após a alta?

Transcrição da entrevista

1. Da sua prática quais as patologias que mais interferem na alimentação da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço (PDOCP)

Tudo o que seja patologia de cabeça e pescoço interfere com a alimentação do doente. Posso dizer que existem cirurgias que pelas alterações anatómicas decorrentes condicionam desde o pós-operatório a alimentação, são elas a cirurgia à língua e pavimento oral e também a cirurgia à laringe. No entanto existem outras cirurgias que no pós-operatório não interferem mas com os tratamentos adjuvantes, nomeadamente a radioterapia e a quimioterapia, vão condicionar a alimentação do doente, como é o exemplo da cirurgia à tiróide e parótida.

2. Quais as dificuldades alimentares que mais verifica na PDOCP, no momento da alta?

As maiores dificuldades são na deglutição. No entanto, verifico que o doente quando vai para casa sem a cicatrização completa das suturas intra orais leva sonda nasogástrica por onde se alimenta. No caso dos doentes a realizar ciclos de quimioterapia ou sessões de radioterapia, verifico que a sua dificuldade em se alimentar relaciona-se com as radiodermites, xerostomia, estenose do esófago e as náuseas e os vómitos causados pela quimioterapia.

3. Como planeia a alimentação da PDOCP, durante o internamento e na preparação para a alta?

Existem protocolos e cadernos de encargos que são uniformes pelo hospital. Aqui no serviço o doente após a cirurgia, quando não pode realizar alimentação oral, inicia alimentação química (Nutrison) por SNG ou PEG. Quando se inicia o planeamento da alta, a alimentação do doente passa a ser à base de sopas passadas com carne e peixe, batidos de fruta, batidos de Cerelac®/Nestum®, iogurtes, sumos, enfim dieta líquida que seja fácil de administrar por SNG ou PEG.

4. Que estratégias são utilizadas para evitar a desnutrição?

Uma boa avaliação inicial do estado nutricional, um acompanhamento constante, com a avaliação do peso de 8 em 8 dias, assim como não nos podemos esquecer de adequar a alimentação à patologia e aos antecedentes pessoais (HTA, DM)

5. Quais as necessidades energéticas que estes doentes apresentam?

Depende da patologia e do estado nutricional do doente, mas varia normalmente entre as 400 e as 500Kal por refeição.

5. Qual o acompanhamento após a alta?

Apenas acompanhamos os doentes quando estes apresentam risco nutricional, ou seja, quando apresentam IMC <18,5. Nestes casos no momento da alta o doente fica com consulta marcada ao fim de 8 dias mantendo-se a vigilância. O doente também pode ser enviado para a consulta, após a alta, se o médico ou a enfermeira na consulta externa o considerar pertinente.

APÊNDICE III

Análise reflexiva à realização de estágio de observação na CESCERT

A realização de um estágio de observação na CESCERT teve como objetivo conhecer as vivências da PDOCP submetida a RT, assim como lembrar os cuidados de enfermagem a prestar a estas pessoas.

A CESCERT funciona das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira, numa sala do rés-do-chão do serviço de RT. Diariamente podem encontrar-se nesta consulta dois enfermeiros que têm como finalidade prestar cuidados à pessoa em tratamento de RT. Chegam a ser observadas vinte pessoas por dia, tanto em situação de pré-tratamento de RT em consulta de 1ª vez, como após o tratamento. Para ir a esta consulta não é necessário marcar, as enfermeiras incentivam as pessoas a procurá-las sempre que existe qualquer tipo de dúvida, no entanto diariamente seguem a lista de pessoas que vão fazer o tratamento de RT, uma vez que quando acaba a sessão são encaminhados para a consulta de enfermagem.

Quando me apresentei na consulta externa de RT para realizar o estágio a enfermeira orientadora mostrou-me o serviço e tive oportunidade de assistir a uma sessão de RT de uma pessoa a irradiar a região de cabeça e pescoço. Para mim foi gratificante, pois para além de nunca ter assistido a nenhuma sessão, fiquei a perceber porque é tão temida pela PDOCP, o que melhor a minha capacidade empática, perante estas pessoas.

Conhecer os sentimentos da pessoa perante o tratamento de RT, foi então uma mais-valia para a minha prestação de cuidados, uma vez que nos futuros cuidados de enfermagem a prestar à pessoa que vai ser submetida a RT, já sei explicar como funciona o tratamento, assim como posso iniciar prevenção de complicações desde o início do tratamento. Neste sentido, encaminho-me para as boas praticas ao conseguir cuidados com qualidade, tal como nos diz a DGS (2012), a qualidade em saúde depende de “cuidados personalizados, antecipando as necessidades do doente”(p.3).

A RT é um dos tratamentos utilizados na neoplasia de cabeça e pescoço, no entanto, provoca alguns efeitos secundários, tais como radiodermite, mucosite, xerostomia, disgeusia, disfagia, trismos, cárie dentária e osteorradionecrose (Paiva, Biase, Moraes, Ângelo e Honorato, 2010), que podem aparecer em 90% das pessoas submetidas a RT (Lobo e Martins, 2009).

Qualquer dos efeitos secundários associados à realização de RT na região da cabeça e pescoço interfere na ingestão suficiente de água e alimentos (Portas, Soggi, Scian, Queija, Ferreira, Dedivitis e Barros, 2011). Como consequências à redução da ingestão alimentar temos, a diminuição da resposta e tolerância aos tratamentos, diminuição da qualidade de vida, redução da sobrevida e aumento dos custos associados aos cuidados de saúde (Silva, Madureira, Severo, Lopes, e Correia, 2013).

Com a anamnese realizada as enfermeiras conseguem direccionar as sessões educacionais no sentido de ajudar a pessoa a ultrapassar as suas necessidades (Araujo e Rosa, 2008). Saliento que com as sessões educacionais nós enfermeiros pretendemos protelar os efeitos secundários da RT, se conseguirmos que a pessoa cumpra as nossas orientações conseguimos prevenir a doença, uma vez que podemos evitar alguns efeitos secundários e promover a saúde no sentido em que a pessoa tolera melhor a RT. Tal como nos diz a OE (2002, p. 10) “minimizar os riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os reais problemas identificados”, assim pude perceber o quanto as sessões educacionais

realizadas pelos enfermeiros são importantes para a prevenção de complicações decorridas das sessões de RT.

Antes do início do tratamento de RT a equipa de enfermagem realiza uma consulta de 1ª vez onde se realiza uma avaliação inicial do estado da pessoa, desde o peso, a altura, os sinais vitais, o estado da pele que se vai irradiar, assim como as condições socioeconómicas da pessoa e relações pessoais. Nesta consulta são realizadas sessões de apoio e educação no sentido dos cuidados que a pessoa deve realizar no domicílio. Tal como nos refere Araújo e Rosa (2008) os enfermeiros na RT tem um papel específico na orientação e na educação da pessoa e família. Estes cuidados educacionais passam pelos cuidados à pele, os cuidados de higiene oral, os cuidados a ter com a alimentação, nomeadamente explicações sobre os alimentos proibidos (alimentos condimentados) e os que ajudam na recuperação (alimentos ricos em glúcidos e proteínas; leites e derivados, ovos, carne, peixe). É explicado a pessoa e à família quais as complicações da RT assim como os sinais de alerta, para que a pessoa e família estejam prevenidos (Albuquerque e Camargo, 2007).

De acordo com Araújo e Rosa (2008) o papel do enfermeiro perante a pessoa submetido a RT de cabeça e pescoço passa por verificar a capacidade para alimentação, avaliar a necessidade de colocar SNG, verificar alterações na mucosa jugal com reforço dos cuidados orais e ainda registar o estado de nutrição e hidratação da pessoa, uma vez que, como pode constar neste estágio a xerostomia, a mucosite, a disfagia são complicações da RT de cabeça e pescoço que impedem a pessoa de alimentar-se convenientemente.

A anorexia é um dos principais efeitos da RT na PDOCP, sendo facilmente identificada e monitorizada pela perda de peso que a pessoa apresenta (Mahan e Escott-Stum, 1998). Do que observei a pessoa chega a perder 1 a 2 Kg por semana, durante as sessões de RT, sendo um valor bastante significativo que merece toda a atenção da enfermagem. Nesta situação penso que o papel da enfermeira passa pelos cuidados apoio e educação sobre a importância da alimentação, como confeccionar as refeições e alertar para a necessidade de manter o peso. As acções de enfermagem passam por medidas que contribuem para a prevenção da doença e promoção ou recuperação da saúde (Araújo e Rosa, 2008).

A alimentação é muito debatida nestas consultas de enfermagem, o enfermeiro é responsável pela elaboração de um plano que oriente a pessoa sobre o tipo de alimentação, a preparação dos alimentos assim como como apresentar a listagem dos alimentos a serem evitados (Albuquerque e Camargo, 2007).

Percebi que a pessoa com mucosite não consegue alimentar-se pelo que é importante educar para prevenir o seu aparecimento, e quando já instalada educar sobre os cuidados a ter, para que assim se permita a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, também é importante que a alimentação seja pouco condimentada para que as queixas de dor não sejam intensas, para além de que a manutenção dos cuidados de higiene oral seja uma constante. Tal como nos salienta Albuquerque e Camargo (2007), as intervenções de enfermagem à pessoa com alteração da mucosa oral deve basear-se num programa de orientação e avaliação da mucosa oral, da higiene oral, da nutrição e da selecção adequada dos alimentos a consumir.

A halitose é um dos problemas que a PDOCP enfrenta e que pode potenciar o seu isolamento social. O isolamento não favorece a alimentação, a pessoa entra num ciclo depressivo e sofre perda de apetite e anorexia, tal como nos diz Araújo e Rosa (2008) o enfermeiro deve estar atento ao estado emocional da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, uma vez que as mutilações decorridas da cirurgia podem fragilizar a pessoa e os efeitos secundários RT podem causar sentimentos de negação e a pessoa acaba por abandonar os tratamentos.

Poder assistir às consultas subsequentes foi benéfico no sentido que verifiquei que quando a pessoa não segue os cuidados de apoio e educação realizados pela equipa de enfermagem, as complicações dos tratamentos surgem de uma forma muito precoce. Como nos elucida a Ordem dos Enfermeiros (2002) a relação enfermeira/pessoa estabelece-se ao longo de um processo dinâmico que tem como objetivo tornar a pessoa ativa no processo de promoção de saúde. Neste sentido foi bem visível, que a relação estabelecida entre as enfermeiras da CESCERT e a pessoa e família, em tudo favoreceu a prestação de cuidados com qualidade.

Do que pude observar, um familiar de referência acompanha a pessoa às consultas, sendo fundamental que o enfermeiro veja nesta pessoa um parceiro no cuidar. Deste modo, os cuidados de apoio e educação para além de serem realizados a pessoa, têm que ser também realizados ao seu familiar, para que desta forma consiga ajudá-lo no domicílio. Penso que muitas vezes a pessoa está pouco recetiva aos cuidados e é o seu familiar que presta atenção ao que lhe dizemos e tenta no domicílio realizar os cuidados necessários. Refletir sobre a importância da relação enfermeiro/família e no como os familiares são parceiros no cuidar, ajudou-me a contribuir para a aquisição da competência L5.3 “Envolve os cuidadores da pessoa em situação crónica, (...)”, para otimizar os resultados na satisfação dos resultados” do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011).

Nós enfermeiros temos a possibilidade de estreitar a relação com a pessoa e família e proporcionar momentos de verdadeira aprendizagem. Consoante o estado geral da pessoa assim a enfermeira orienta os cuidados de apoio e educação. Pude observar que entrega-se à pessoa guias de como confeccionar a alimentação, nomeadamente como confeccionar os batidos, as sopas, quais os ingredientes que podem levar. Conheci algumas estratégias para facilitar a alimentação dos doentes alimentados por SNG, gastrostomia, ou com necessidade de ingerir dieta líquida oral, nomeadamente juntar leite condensado aos batidos, juntar batata-doce às sopas, o pudim de ovos é bem aceite pelos doentes, sendo uma boa fonte de proteína.

Todas as aprendizagens realizadas neste estágio de observação serviram para alcançar competências no domínio das aprendizagens profissionais, do Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011)

APÊNDICE IV

Guião de entrevista para enfermeiros na avaliação
do autocuidado na alimentação na PDOCP

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA ALIMENTAÇÃO NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO

Fatores condicionantes básicos gerais

Nome:

Nome como gosta de ser tratado:

Idade: _____

Contacto TM/TEF: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Situação Laboral: _____

Religião: _____

Hábitos de Consumo de substâncias tóxicas (tabaco, álcool ou drogas):

Estado civil: _____

Agregado familiar: _____

Apoio familiar (Nome de uma pessoa significativa/ cuidador principal, afinidade, contato telefónico):

Condições Habitacionais (tipo de habitação e saneamento básico):

Apoio Comunitário (Instituições, centro de saúde, centro de dia):

Antecedentes pessoais:

Medicação do domicílio:

Fatores condicionantes básicos relacionados com a cirúrgica

Data da cirurgia: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia a que vai ser submetido:

Tratamentos já realizados:

Radioterapia:

Sim ___ Não ___ Nº de sessões _____ Período de Tempo: _____

Quimioterapia:

Sim ___ Não ___ Nº de ciclos _____ Período de Tempo: _____

Cirurgia à mesma patologia: Sim ___ Não ___

Antecedentes cirúrgicos?

No caso de cirurgia anterior, como se apresenta a ferida cirúrgica:

	Sim	Não		Sim	Não
Cicatrização completa			Com exsudado seroso		
Com tecido de granulação			Com exsudado hemático		
Com tecido desvitalizado			Com exsudado purulento		
Com tecido necrosado			Fístula		
Com deiscência			Alteração da sensibilidade		
Obstrução anatómica			Outro		

Dados Antropométricos:

Peso habitual: _____ Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Percentagem de peso perdido/período de tempo _____

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA ALIMENTAÇÃO NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO

Dados Fisiológicos:

Tensão Arterial: _____ Pulso: _____ Glicémia capilar: _____ Dor: _____
 Temp. Ax: _____ Resp (ciclos/m): _____ Traqueostomia: Sim ___ Não ___

Valores Laboratoriais:

Hemoglobina: _____ Proteínas totais: _____ Albumina: _____ PCR: _____

Autocuidado na Alimentação

A sua alimentação é? Oral ___ SNG ___ PEG ___ Outra Qual? _____

Atualmente a consistência da sua alimentação é? Geral ___ Mole ___ Líquida ___
 Número de refeições diárias: _____

Quantidade de líquidos ingeridos diariamente: _____

O que comeu ontem? (Quantidade e variedade)

Habitualmente costuma alimentar-se: Sozinho ___ Acompanhado ___

Obs:

Autocuidado na alimentação: Dependente ___ Independente ___

Necessita de ajuda na alimentação: Sim ___ Não ___

Que tipo de ajuda?

Quem confeciona a sua alimentação?

Segue algum regime alimentar?

Quais as suas preferências alimentares?

Tem alguma intolerância alimentar ou alimento que não consome habitualmente? Porquê?

Que problemas interferem na sua alimentação oral?

	S	N		S	N		S	N
Trismos			Mastigação			Mucosite		
Lesão intra-oral			Disfagia			Xerostomia		
Prótese dentária			Odinofagia			Sialorreia		
Falta de peças dentárias			Refluxo nasal			Anosmia ou Hiposmia		
Dor			Náuseas			Ageusia ou Disgeusia		
Astenia			Anorexia			Incontinência labial		
Vómitos			Enfartamento			Obstipação		
Diarreia			Não gostar da refeição			Outro, qual?		

Qual o problema que mais gostaria de ver resolvido e porquê?

Tem dificuldades económicas na aquisição dos alimentos? Sim ___ Não ___

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA ALIMENTAÇÃO NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO

Quem compra os alimentos que consome?

Na alimentação por SNG:

Alimentação total por SNG? Sim___ Não___

Motivo da colocação: _____ Tipo de SNG: _____

Nível da SNG: _____ Data de colocação: _____

Observações (Autocuidado na alimentação por SNG e estado geral da SNG):

Tem algum problema na sua alimentação por SNG que gostaria de ver resolvido?

Na alimentação por PEG:

Alimentação total por PEG? Sim___ Não___

Motivo da colocação: _____ Tipo de PEG: _____

Nível da PEG: _____ Data de colocação: _____

Observações (Autocuidado na alimentação por PEG e estado geral da PEG):

Tem algum problema na sua alimentação por PEG que gostaria de ver resolvido?

Apresentação do Estoma:

	S	N		S	N
Rubor			Exsudado		
Tumefação			Perda de conteúdo alimentar		
Dor			Outra, qual?		

Foi entregue um folheto informativo sobre o tipo de dieta que vai realizar no internamento?

Sim___ Não___

Data: _____

Enfermeiro: _____

APÊNDICE V

Estudo de Situação

Introdução

O presente estudo de situação tem como objetivo descrever os cuidados de enfermagem prestados à PDOCP, desde o momento de admissão ao serviço de CCP e ORL de um HEO, até à alta clínica.

Será realizada a descrição da situação da PDOCP, efetuada a avaliação inicial de enfermagem, elaborado o planeamento de intervenções de enfermagem e por fim efetuada uma reflexão aos cuidados de enfermagem.

Na elaboração deste estudo situação, foi utilizado como referencial teórico a teoria do défice de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem (2001), que explica como as pessoas cuidam de si mesmo, através de requisitos de autocuidado e como o enfermeiro ajuda a pessoa a alcançar o autocuidado.

Orém identifica fatores condicionantes básicos como sendo os fatores que condicionam ou influenciam a capacidade de autocuidar-se (Orem, 2001). Destes fatores condicionantes básicos fazem parte os requisitos de autocuidado universais, os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado de desvio de saúde (Orém, 2001). Os requisitos de autocuidado universais são identificados por Orém (2001), como sendo as atividades de vida diárias, onde está presente o requisito para manter a ingestão suficiente de água e alimentos, como requisitos de autocuidado de desenvolvimento Orém (2001) identifica os acontecimentos sentidos ao longo da vida, nomeadamente o casamento, a morte de um familiar e como requisitos de autocuidado de desvio de saúde, Orem identifica o aparecimento de uma doença, um acidente de automóvel, o que provoca o desvio de saúde.

Quando a pessoa não é capaz de autocuidar-se, a enfermeira como agente terapêutico de autocuidado (Orem, 2001), providencia o autocuidado, utilizando 3 sistemas de apoio, são eles o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação (Orem, 2001). O Sr. JP era uma pessoa independente no autocuidado, pelo que o sistema utilizado neste estudo de situação foi o sistema de apoio e educação.

Orém (2001) diz-nos que o sistema de apoio e educação é utilizado pela enfermagem quando a pessoa necessita de assistência para desempenhar a acção de autocuidado, ou seja, os cuidados de enfermagem passam pela ajuda na tomada de decisão, pelo controle do comportamento da pessoa e pela transmissão de conhecimentos e habilidades, que capacitam a pessoa para o autocuidado (Foster e Bennett, 2000).

Descrição da Situação

O Sr. JP é um homem de 51 anos, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, tem casa própria com boas condições de saneamento básico.

Vivia um casamento conflituoso, pelo que a esposa, há cerca de dois meses, saiu de casa. Tem uma filha com 23 anos que vive com o namorado, mas que lhe dá apoio. Os seus pais já faleceram, o pai com neoplasia do pulmão e a mãe com enfarte agudo do miocárdio. Negam outros familiares diretos.

Refere não ter qualquer tipo de religião, frequentou o ensino escolar até ao nono ano, mas como os pais sentiam dificuldades económicas foi incentivado a trabalhar para ajudar nas despesas da casa. Atualmente trabalha por conta própria, como instalador de cenários, numa empresa de cenários para televisão. A empresa perdeu o último concurso pelo que neste momento encontra-se temporariamente sem trabalho. Tendo a filha aproveitado o momento para trazer o Sr. JP à urgência do hospital.

Como antecedentes pessoais, o Sr. JP tem crises de ansiedade, pelo que encontra-se medicado com cloridrato de trazodona 100mg à noite e o consumo de substâncias tóxicas, álcool e o tabaco. De acordo com o Sr. JP o seu ritmo de trabalho leva ao consumo excessivo de álcool e tabaco, pelo que chega a fumar 60 unidades dia e a beber mais de doze cervejas por dia.

Menciona que está inscrito no centro de saúde da área de residência mas desconhece se tem ou não médico de família, julga-se uma pessoa saudável, e não procura o médico. O medicamento que toma para dormir foi prescrito pelo médico da medicina do trabalho. Nunca esteve internado num hospital anteriormente.

Desde há um ano que sente uma lesão no pavimento oral, mas não fez caso. Inicialmente não incomodava, passados alguns meses começou com dor tipo queimadura de intensidade 6 na escala numérica, foi à farmácia e comprou desinfetante oral para realizar higiene oral. Sentiu alívio, o trabalho não podia parar e passaram-se mais uns meses. Começou a sentir uma dor intensa de intensidade 8 que lhe impedia de mastigar.

A sua alimentação era baseada em alimentos líquidos, leite, iogurte, batidos de fruta. Tinha alguma dificuldade em manter a suficiente ingestão de água e alimentos, o que lhe provocou a perda de 10 Kg, nos últimos quatro meses. O Sr. JP desvalorizava esta situação referindo, não ter uma alimentação saudável, o ritmo de trabalho não lhe permitia uma alimentação regular e equilibrada.

Quando foi observado o médico decidiu realizar uma biópsia, levou-o ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço e sob anestesia local realizou o procedimento. Foi um momento complicado e doloroso, o Sr. JP estava muito ansioso, levantou-se várias vezes da cadeira de estomatologia, recusado o ato médico. Quando deu consentimento verbal para a realização da biópsia, houve necessidade de recorrer a administração endovenosa de benzodiazepinas para a sua realização.

Pelo risco de hemorragia intra-oral após o procedimento, o médico optou por internar o Sr. JP, aproveitando para pedir a realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ressonância magnética de cabeça e pescoço e partes moles, tomografia axial computadorizada de crânio, tórax e abdominopélvica, para além de outros exames de rotina como análises ao sangue, radiografia de tórax e eletrocardiograma.

Inicialmente foi complicado estabelecer uma relação com o Sr. JP, uma vez que parecia duvidar dos nossos cuidados. A anamnese inicial de enfermagem foi difícil de realizar pela falta de colaboração do Sr. JP, respondia com monossílabas, apresentava fâcias pouco expressivo. A filha ia

respondendo a algumas questões mas era como que interrompida pelo olhar do pai.

Quando lhe foi atribuída uma cama deitou-se e não queria falar com ninguém. A filha que esteve sempre presente em todo o processo, tendo sido o seu suporte emocional, acabou por sair do serviço e deixá-lo com os seus pensamentos.

O momento de admissão ao serviço do Sr. JP foi muito conflituoso, primeiro não queria ficar internado, depois quando percebeu que o médico suspeitava de uma lesão neoplásica e lhe pediu uma série de exames para confirmar, ficou extremamente ansioso e preocupado com o facto de ter de permanecer no hospital.

O discurso verbal do SR. JP apontava uma desvalorizar da situação, sendo notória a negação da doença, uma vez que recusava falar sobre o assunto. Inicialmente foi pedido o apoio da psicologia clinica, acabando-se por pedir o apoio da psiquiatria.

Nos dias seguintes o Sr. JP começa a realizar os exames, o eletrocardiograma, a radiografia ao tórax e as análises ao sangue foram realizados sem problemas. Quando ficou de jejum para a realização das tomografias, a situação complicou-se, da primeira vez não respeitou o jejum, tendo o exame de ser remarcado, da segunda vez não queria realizar o exame por o jejum ser perlongado. Após várias horas de diálogo e negociação, acabou por consentir a realização de todos os exames como previsto.

Durante o internamento o Sr. JP ausentava-se do serviço e ia comprar o jornal e estava muitas vezes no pátio a ler e a conversar com outros doentes. No fundo estas ausências do serviço serviram para reflexão e compreensão do que se estava a passar, porque aos poucos a sua atitude foi mudando e a aceitação dos nossos cuidados foi-se tornando evidente.

O resultado da biópsia incisional da lesão do pavimento oral foi de um “carcinoma pavimento celular”. Após a realização de todos os exames complementares de diagnóstico o Sr. JP teve alta, ficando agendada a sua reentrada para operar dentro de 15 dias.

Avaliação Inicial de Enfermagem

Fatores condicionantes básicos gerais
--

Nome: JP

Nome como gosta de ser tratado: JP

Idade:51A

Contacto TM/TEF:91XXXXXXX

Escolaridade: 9º ano

Profissão: Montagem de cenários

Situação Laboral: Sem trabalho

Religião: Ateu

Hábitos de Consumo de substâncias tóxicas (tabaco, álcool ou drogas): Consome álcool e tabaco

Estado civil: Casado (atualmente separado)

Agregado familiar:O próprio

Apoio familiar (Nome de uma pessoa significativa/ cuidador principal, afinidade, contato telefónico): Filha TM: 91XXXXXXX

Condições Habitacionais (tipo de habitação e saneamento básico): Vive num apartamento com boas condições sanitárias na região de Lisboa.

Apoio Comunitário (Instituições, centro de saúde, centro de dia): Não

Antecedentes pessoais: Crises de ansiedade

Medicação do domicílio: Cloridrato de Trazodona 100mg

Fatores condicionantes básicos relacionados com a cirúrgica

Data da cirurgia: 12/12/1013

Diagnóstico: Carcinoma pavimento celular do pavimento oral

Cirurgia a que vai ser submetido: Fez biopsia no próprio dia

Tratamentos já realizados:

Radioterapia: Não

Quimioterapia: Não

Cirurgia à mesma patologia: Não

Antecedentes cirúrgicos? Nunca foi operado

Dados Antropométricos:

Peso habitual: 68kg **Peso atual:** 58 Kg **Altura:** 1,66 m **IMC:** 21,05
Percentagem de peso perdido/período de tempo: 14% em 4 meses, 3,5 Kg por mês

Dados Fisiológicos:

Tensão Arterial: 108/74mmHg **Pulso:** 75 bat/min **Glicémia capilar:** 100mg
Dor: 8 (EN) **Temp. Ax:** 36,6°C **Resp:** 16 ciclos/m **Traqueostomia:** Não

Valores Laboratoriais:

Hemoglobina: 15,8 **Proteínas totais:** Sem valores laboratoriais
Albumina: Sem valores laboratoriais **PCR:** Sem valores laboratoriais

Autocuidado na Alimentação

A sua alimentação é? Oral

Atualmente a consistência da sua alimentação é? Líquida

Número de refeições diárias: 5

Quantidade de líquidos ingeridos diariamente: 1,5 l

O que comeu ontem? (Quantidade e variedade) Como só consegue ingerir alimentos líquidos, ingeriu 2 copos de leite , 3 ou 4 iogurtes, 2 pratos de sopa.

Habitualmente costuma alimentar-se: Sozinho

Autocuidado na alimentação: Independente

Necessita de ajuda na alimentação: Não

Quem confeciona a sua alimentação? O próprio

Segue algum regime alimentar? Não

Quais as suas preferências alimentares? Lagosta

Tem alguma intolerância alimentar ou alimento que não consome habitualmente?
Porquê? Costumo comer de tudo

Que problemas interferem na sua alimentação oral?

	S	N		S	N		S	N		S	N
Lesão intra-oral	x		Mastigação	x		Dor	x		Mucosite		

Qual o problema que mais gostaria de ver resolvido e porquê? Gostava de não ter esta lesão dentro da boca que me provoca muita dor

Tem dificuldades económicas na aquisição dos alimentos? Não

Quem compra os alimentos consumidos no ambulatório? O próprio

Na alimentação por SNG:

Alimentação total por SNG? Não

Na alimentação por PEG:

Alimentação total por PEG? Não

Foi entregue um folheto informativo sobre o tipo de dieta que vai realizar no internamento? Não

Data: 12/12/2013

Enfermeiro: AP

Planeamento de Intervenção de Enfermagem

De acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem (2001) passo a descrever o diagnóstico de enfermagem, o plano de atuação, Implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem. Para facilitar a perceção será realizada em quadro com os vários diagnósticos de enfermagem, com o respectivo plano, implementação e avaliação.

Diagnóstico de Enfermagem
Dificuldade na cicatrização da ferida cirúrgica intra-oral, relacionada com o défice de conhecimentos do Sr. JP em relação à influência do seu estilo de vida (excesso de álcool e tabaco) na cicatrização da lesão.
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos a cicatrização da ferida ciirurgica intra-oral nos

próximos 5 dias

Como objetivo temos que o Sr. JP perceba a influência do consumo de álcool e tabaco para a cicatrização da lesão.

Como sistema de enfermagem a utilizar temos o sistema de apoio e educação

Como método de ajuda temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável

Implementação

Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco e do álcool

Validar conhecimento sobre desvantagens do uso de tabaco e do álcool

Vigiar acção pessoa, conhecer os motivos que levam o Sr. JP a ausentar-se do serviço

Vigiar uso de tabaco e álcool

Promover envolvimento da família, com visitas regulares da filha

Avaliação

Verificada a redução do consumo de álcool e tabaco

Cicatrização da ferida cirúrgica intra-oral

Diagnóstico de Enfermagem

Aceitação do estado de saúde prejudicada pelo défice de conhecimentos do Sr. JP em relação ao seu estado clínico

Plano

Como meta de enfermagem temos a aceitação da doença

Como objetivo temos que o Sr. JP perceba a necessidade de tratamento da lesão intra-oral

Como sistema de enfermagem a utilizar temos o sistema de apoio e educação

Como método de ajuda temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável

Implementação

Elogiar a aprendizagem de capacidades

Elogiar a pessoa

Encorajar a comunicação expressiva de emoções sentidas

Encorajar interação social

Escutar a pessoa

Informar sobre o apoio existente no serviço de saúde

Promover a aceitação do estado de saúde

Promover a esperança

Promover envolvimento da família, com visitas regulares da filha

Avaliação
O Sr. JP colabora nos planos terapêuticos

Diagnóstico de Enfermagem
Crises de ansiedade relacionadas com a não-aceitação da doença
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos reduzir a ansiedade Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba a necessidade do seu tratamento Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável
Implementação
Encorajar a comunicação expressiva de emoções sentidas Encorajar auto controlo: ansiedade, dando espaço para o diálogo Estabelecer relação empática com a pessoa Facilitar suporte familiar com visitas regulares da filha Gerir o ambiente físico, proporcionando um ambiente calmo Vigiar auto controlo: ansiedade, com identificação dos comportamentos de ansiedade
Avaliação
Redução da ansiedade do Sr. JP com participação ativa no seu tratamento

Diagnóstico de Enfermagem
Presença de dor na cavidade oral relacionada com a patologia e com a realização de procedimento cirúrgico (biopsia)
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos a redução da dor para grau zero na escala numérica Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP contribua para a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação e o sistema parcialmente compensatório. Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável
Implementação
Monitorização da dor através da escala numérica Gerir medicação prescrita, com administração de analgésicos prescritos Instruir sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor: aplicação de gelo intra-oral e na face

Validar a aplicação de medidas não farmacológicas no controle da dor Instruir sobre autocuidado na higiene oral Validar a realização de higiene oral
Avaliação
Escala numérica de dor igual a zero

Diagnóstico de Enfermagem
Risco de perda hemática pela lesão intra-oral relacionado com o déficit de conhecimento do Sr. JP sobre medidas preventivas
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos a prevenção da perda hemática pela lesão intra-oral Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba as medidas para prevenir a perda hemática Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável
Implementação
Ensinar sobre prevenção de perdas hemáticas, evitar aproximação de fontes de calor, nomeadamente alimentos quentes e higiene oral com água quente Instruir sobre aplicação do frio, intra-oral e na face Instruir sobre ingestão de alimentos frios e moles Validar conhecimento sobre perda hemática Vigiar acção pessoa, verificar se cumpre as indicações dadas Vigiar perdas hemáticas Vigiar sinais de perdas hemáticas, nomeadamente hipotensão, sudorese profusa e palidez. Vigiar dieta de acordo com as indicações
Avaliação
O Sr. JP não apresenta perdas hemáticas

Diagnóstico de Enfermagem
Risco de infeção da ferida cirúrgica intra-oral, relacionado com o déficit de conhecimento do Sr. JP sobre medidas preventivas no controle da infeção
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos a ausência de sinais inflamatórios Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba a importância de manter presentes as medidas preventivas no controle da infeção da ferida cirúrgica intra-oral Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um

ambiente saudável
Implementação
<p>Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação, nomeadamente a higiene oral</p> <p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Instruir sobre realização de higiene oral</p> <p>Instruir quando realizar higiene oral</p> <p>Vigiar a realização da higiene oral</p> <p>Instruir sobre a desvantagem do uso do tabaco</p> <p>Vigiar acção pessoa na realização da higiene oral e na cessação tabágica</p>
Avaliação
Ausência de sinais inflamatórios na ferida cirúrgica intra-oral

Diagnóstico de Enfermagem
Risco de infeção associado ao manuseio do cateter venoso periférico relacionado com o défice de conhecimento do Sr. JP sobre medidas preventivas no controle da infeção
Plano
<p>Como <u>meta</u> de enfermagem temos a ausência de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico</p> <p>Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba a importância de manter o local de inserção do cateter venoso periférico sem sinais inflamatórios</p> <p>Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação e o sistema totalmente compensatório</p> <p>Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável</p>
Implementação
<p>Ensinar sobre a necessidade do cateter venoso periférico</p> <p>Instruir sobre o uso de medidas de prevenção de contaminação</p> <p>Monitorizar temperatura corporal</p> <p>Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do cateter venoso periférico 1 xT</p> <p>Executar o penso no local de inserção do cateter venoso periférico 1 x dia</p> <p>Vigiar acção pessoa, no manuseio do cateter venoso periférico</p>
Avaliação
Local de inserção do cateter venoso periférico sem sinais de infeção

Diagnóstico de Enfermagem
Risco de edema na cavidade oral relacionado com o défice de conhecimento do Sr. JP sobre medidas preventivas
Plano

<p>Como <u>meta</u> de enfermagem temos ausência de edema</p> <p>Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP conheça as medidas para prevenir o edema</p> <p>Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação</p> <p>Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável</p>
Implementação
<p>Instruir sobre a prevenção do edema, não dormir com a cabeceira da cama baixa</p> <p>Instruir sobre a importância da higiene oral sempre após a alimentação</p> <p>Instruir sobre a ingestão de alimentos moles e frios</p> <p>Instruir sobre a aplicação de gelo intra-oral</p> <p>Validar a realização de higiene oral</p> <p>Validar a ingestão de alimentos moles e frios</p> <p>Vigiar a presença de edema intra-oral 1 xT</p> <p>Vigiar a acção pessoa na realização dos cuidados de apoio e educação</p>
Avaliação
Lesão intra-oral sem edema

Diagnóstico de Enfermagem
Diminuição da ingestão de água e alimentos relacionada com o déficit de conhecimentos do Sr. JP sobre a necessidade de alterar a consistência dos alimentos consumidos
Plano
<p>Como <u>meta</u> de enfermagem temos a ingestão de alimentos moles e frios a todas as refeições de acordo com o plano diatéutico</p> <p>Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba que a ingestão de alimentos moles e frios evitam o aparecimento de dor, edema e perda hemática intra-oral.</p> <p>Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação</p> <p>Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável</p>
Implementação
<p>Instruir sobre a ingestão de alimentos moles e frios às refeições</p> <p>Questionar sobre as preferências alimentares</p> <p>Questionar sobre as intolerâncias alimentares</p> <p>Negociar um plano alimentar</p> <p>Gerir a dieta (adequar dieta)</p> <p>Requerer serviço de nutrição sempre que necessário</p> <p>Supervisionar a pessoa alimentar-se às refeições</p> <p>Validar conhecimento sobre alimentação que deve ingerir</p> <p>Vigiar o cumprimento da dieta às refeições</p>

Vigiar a refeição (monitorizar a quantidade ingerida)
Monitorizar o peso 1 x por semana
Avaliação
O Sr. JP ingeriu alimentos moles e frios, no serviço de internamento às refeições

Diagnóstico de Enfermagem
Realização de exames prejudicada pelo défice de conhecimentos do Sr. JP sobre a necessidade de manter dieta zero
Plano
Como <u>meta</u> de enfermagem temos manter dieta zero para a realização dos exames Como <u>objetivo</u> temos que o Sr. JP perceba que a ingestão de alimentos põe em causa a realização dos exames Como <u>sistema de enfermagem</u> a utilizar temos o sistema de apoio e educação Como <u>método de ajuda</u> temos a orientação, apoio, educação e provisão de um ambiente saudável
Implementação
Instruir sobre a importância da realização de exames Validar conhecimento sobre a importância da realização de exames Vigiar o jejum antes da realização do exame Gerir a dieta antes da realização do exame
Avaliação
O Sr. JP manteve o jejum e realizou os exames

Plano Farmacológico

O Sr. JP tinha a seguinte medicação prescrita:

Tramadol 100mg EV - A substância activa de tramadol é um analgésico que pertence à classe dos opióides que actua no sistema nervoso central. O tramadol alivia a dor através da sua acção sobre células nervosas específicas na espinal-medula e no cérebro. Está indicado no tratamento da dor moderada a grave.

Metamizol de magnésio 2gr EV- O metamizol de magnésio é um medicamento que possui ação analgésica, antipirética e espasmolítica. O seu mecanismo de ação passa por um efeito combinado a nível central e periférico. Está indicado na dor aguda e intensa, incluindo dor espasmódica e dor tumoral.

Paracetamol 1g EV- O paracetamol é utilizado no tratamento de situações clínicas que requerem um analgésico e antipirético, utilizado no sentido de eliminar ou aliviar a dor e/ou baixar a febre.

Ácido Aminocapróico 2,5 gr EV- O ácido aminocapróico é indicado na hemorragia causada por fibrinólise local ou generalizada, incluindo na hemorragias pós-cirúrgicas.

Horário de administração da medicação	Medicamento
0h	Tramadol 100mg EV de 8 em 8h Ácido Aminocapróico 2,5 gr EV de 12 em 12h;
4h	Paracetamol 1gr em SOS
6h	Metamizol de magnésio 2gr EV de 8 em 8h;
8h	Tramadol 100mg EV de 8 em 8h
12h	Ácido Aminocapróico 2,5 gr EV de 12 em 12h; Paracetamol 1gr em SOS
14h	Metamizol de magnésio 2gr EV de 8 em 8h;
16h	Tramadol 100mg EV de 8 em 8h
20h	Paracetamol 1gr em SOS
22h	Metamizol de magnésio 2gr EV de 8 em 8h;
OBS:	Paracetamol 1gr em SOS

Avaliação dos Resultados Obtidos de Enfermagem

Sendo o Sr. JP uma pessoa independente no autocuidado, o sistema de enfermagem utilizado foi o sistema de apoio e educação. As acções de enfermagem passaram pelos cuidados de apoio e educação em relação à ferida cirúrgica, (no âmbito da cicatrização, da prevenção do edema, prevenção da hemorragia e no controle da dor), em relação à manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos e em relação ao controle de hábitos de risco, como o álcool e o tabaco.

A dificuldade inicial em estabelecer-se uma relação com o Sr. JP deveu-se ao facto de ele perceber o significado da sua lesão e estar em negação, o internamento confrontou-o com a hipótese de doença e de perda de independência (Barbosa, 2010). Como o Sr. JP parecia desvalorizar o seu estado de saúde, apresentava crises de ansiedade e parecia não estar interessado num plano terapêutico, foi preciso pedir a colaboração tanto da equipa de psicologia como pela equipa de psiquiatria. Na constante procura de satisfazer a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, o contato com a dietista tornou-se essencial para a negociação de um plano alimentar. Toda esta interligação de membros da equipa multidisciplinar favoreceu o alcançar de objetivos terapêuticos com a possibilidade de contribuir para a aquisição da competência L5.4 – “Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.”, do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

A experiência profissional diz-me que, a PDOCP com comportamentos de risco associado à ingestão de álcool e tabaco, não gosta de estar internada, porque não gosta de regras, são pessoas solitárias com disponibilidade para fazer o consumo de

sustância tóxica. Este isolamento associa-se à renitência em procurar apoio médico e como nos refere Veloso, Ribeiro, Júnior, Ramalho, Gueiros e Carvalho De Melo (2012), atrasa o diagnóstico.

Com a dor e o risco de hemorragia o Sr. JP não conseguia manter a ingestão suficiente de água e alimentos, já o facto de ficar internado e ter sido submetido a um procedimento cirúrgico era causador de ansiedade. Avaliar e reconhecer as necessidades do Sr. JP permitiu-me contribuir para a aquisição da competência L 5.1 – “Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

A OE (2012) diz-nos que a relação enfermeiro paciente desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projecto de saúde. No início do internamento foi difícil o estabelecimento de uma relação com o Sr. JP, mas com o passar dos dias foi notória a sua colaboração com a equipa de enfermagem. Todo este envolvimento favoreceu o processo terapêutico no sentido em que o Sr. JP era elemento ativo no seu tratamento. Deste modo, ao identificar as suas necessidades consegui estabelecer um plano estruturado e individualizado de cuidados contribuindo para a aquisição da competência L 5.2 – “Promove intervenções junto da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”, do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

Estabelecer uma relação com um paciente que parece não perceber a necessidade da nossa intervenção é um verdadeiro desafio! Barbosa (2010) diz-nos que uma forma de reagir à ameaça sentida pelo diagnóstico de doença oncológica é a descrença caracterizada por sentimentos de despreocupação, de minimização, de deslocamento e de evitamento. Quando o Sr. JP parecia não valorizar os nossos cuidados, eram exactamente estes os sentimentos demonstrados. Foram necessárias muitas horas de diálogo, com cuidados de apoio e educação, para negociar com o Sr. JP os melhores meios de alcançar o sucesso do tratamento.

A negociação de cuidados passou por negociar, um plano alimentar, de acordo com as preferências do Sr. JP, um plano para cicatrização da lesão cirúrgica intra-oral, tendo por base a sensação tabágica e o consumo de alimentos moles e frios, pois como nos demonstra a evidência científica, a PDOCP sente necessidade de alterar a sua alimentação em prol dos sinais e sintomas apresentados (Ferreira, Scarpa e Silva, 2008).

A maturidade leva-me a ver a pessoa de maneira diferente, não só como objecto de cuidados, mas também como interveniente e elemento ativo. Quero com isto dizer que por mais cuidados de apoio e educação que o enfermeiro faça, se a pessoa não estiver motivada e interessada no tratamento, estes cuidados não farão qualquer diferença. Daqui a importância de envolver a pessoa no cuidar e negociar os planos terapêuticos. Com estas negociações fui ao encontro da competência L 6.3 – “Negocia objetivos e metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico”, do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

A filha do Sr. JP tornou-se um elemento de referência, como parceira nos cuidados, falava com o pai e explicava-lhe a necessidade dos cuidados prestados, assim como o relembrava sobre os cuidados de apoio e educação por nós realizados. O Sr. JP tinha um carinho especial pela filha, ouvia as suas indicações, parecia respeitar as suas ideias, o que no fundo foi utilizado para facilitar os cuidados de

enfermagem, reforçando o que nos relata Guarda, Galvão e Gonçalves (2010) o envolvimento da família deve fazer parte integrante de um plano de cuidados.

Neste sentido, a presença da filha do Sr. JP foi importante, para a aceitação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e na adesão ao plano terapêutico. A relação que estabeleci com a filha do Sr. JP e parceria estabelecida na envolvimento nos cuidados contribuiu para o alcançar da competência L 5.3 – “Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades”, do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

O autocuidado na alimentação foi alcançado muito pela negociação realizada em torno de um plano alimentar, ou seja, permitir alimentos apreciados e valorizar a opinião do Sr. JP, facilitou a sua adesão ao plano alimentar, tal como nos diz a OE (2012) a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Foi neste sentido que contribui para a aquisição da competência L6- “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica (...) de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”, do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

Como o Sr. JP era uma pessoa autónoma foi importante respeitar a sua opinião referente ao seu papel na prestação de cuidados, pois só deste modo conseguimos ter no Sr. JP um agente de autocuidado (Orem, 2001). Indo deste modo ao encontro da competência L 6.2 – “Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto” do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011).

O presente estudo de situação permitiu-me perceber, que os conceitos e valores da pessoa podem dificultar a relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro. Contudo este carece de habilidades de comunicação fundamentais, utilizadas nos cuidados de apoio e educação que favoreçam à adesão ao plano terapêutico, nomeadamente a assertividade. Assim, esta reflexão reforça a importância de manter uma comunicação assertiva com a pessoa em todas as fases do plano terapêutico, como forma de alcançar uma parceria no cuidar.

APÊNDICE VI

Análise reflexiva da visita de observação à Sessão
de Terapia da Deglutição

A disfagia pode surgir, a curto, médio, longo prazo e interferem no bem-estar dos sobreviventes da doença oncológica (Pinto e Ribeiro, 2006). Pelo de durante o estágio no SCCP e ORL surge a oportunidade de observar uma consulta de deglutição, realizada numa das salas do serviço de fisioterapia do hospital, onde o terapeuta da fala, com o objetivo de atenuar a disfagia, faz exercícios vocais para que a pessoa exercite a musculatura da região cervical anterior e consiga deglutir. Assistir a estas sessões teve como objetivo conhecer os cuidados prestados à pessoa com disfagia em contexto hospitalar.

Nos dias 25 de novembro e 3 de dezembro de 2013 assisti a duas sessões de terapia da deglutição. No primeiro dia estive perante uma pessoa submetida a laringectomia parcial, já submetido a radioterapia e quimioterapia e estava então a iniciar um processo de treino de alimentação oral para lhe ser retirada a SNG. No entanto, os doentes submetidos a laringectomia parcial, pela estrutura anatómica afetada sofrem alterações na deglutição que lhe impedem uma ingestão oral segura, pelo que se mantêm com SNG, como prevenção de aspiração do conteúdo alimentar para a árvore traqueobrônquica, o que é referido por alguns autores, nomeadamente Portas, et.al (2012) referem que os tratamentos à doença oncológica comprometem a deglutição, interferindo na eficiência e na segurança na alimentação.

A disfagia é então assistida pelo terapeuta da fala, que em conjunto com a pessoa desenvolve uma sessão iniciada com a emissão de sons, no sentido de avaliar a capacidade fonatória e a *posteriori* inicia-se a ingestão oral. O terapeuta da fala pediu a pessoa para ingerir água gelificada às colheres. Observei que a pessoa sentiu muitas dificuldades na ingestão oral, a disfagia é notória e que para segurança da pessoa é fundamental a presença de um técnico de saúde no reinício da ingestão oral. Esta primeira consulta não foi além da tentativa de ingestão de pequenas colheres de água gelificada, como a disfagia esteve bastante presente a terapeuta da fala sugeriu a pessoa para continuar a treinar no domicílio os sons inicialmente pronunciados, para na próxima semana se tentar novamente, a ingestão oral.

Verifiquei que a recuperação da ingestão oral é um processo moroso e que a PDOCP vê a sua capacidade de ingerir oralmente prejudicada pela disfagia. O que é confirmado pelo descrito por Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson (2013) quando nos recordam que a disfagia é uma complicação comum após os tratamentos de RT e pode desenvolver-se meses ou anos após o término do tratamento, levando a uma incapacidade crónica com necessidade de alimentação entérica permanente.

Pelo que percebi, no tratamento à pessoa com neoplasia da laringe a alimentação oral é uma das últimas funções a recuperar, ficando a pessoa dependente da SNG para alimentação por muito tempo. O risco de aspiração brônquica do conteúdo alimentar existe e torna-se necessário os exercícios para uma deglutição segura. No entanto como nos diz Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson (2013) a pessoa a longo prazo consegue melhorar a sua qualidade de vida, uma vez que consegue deglutir sem precisar de dispositivos

para alimentação entérica. Para isto é necessário um acompanhamento exaustivo e um trabalho qualificado no apoio à PDOCP com disfagia.

No local onde exerço funções após a recuperação da intervenção cirúrgica a PDOCP tem alta e passa a ser seguida na consulta externa, o que me afasta da sua trajetória na doença. Assim, a presença nesta consulta de terapia da deglutição foi uma mais-valia para o meu leque de conhecimentos e de estratégias que poderão ser utilizadas no cuidar da PDOCP com disfagia, uma vez que interiorizei quais os riscos da disfagia e de que a pessoa necessita de um acompanhamento permanente durante as refeições. Deste modo, vou modificar a minha prática perante a pessoa com disfagia, estando mais presente e mais atenta, prestando cuidados personalizados ao tipo de disfagia manifestado, uma vez que percebi que existe disfagia perante alimentos sólidos e disfagia perante alimentos líquidos. Existem pessoas com disfagia a líquidos que conseguem ingerir alimentos sólidos, existem pessoas com disfagia a sólidos que conseguem ingerir alimentos líquidos e pode ocorrer que a pessoa sofra de disfagia independentemente do alimento ingerido, em todas as situações torna-se necessário a adequação da dieta, estando eu mais atenta para esta necessidade.

Pude também compreender que a disfagia interfere com a socialização e a qualidade de vida da pessoa. Um dos doentes referia, “ainda não posso comer rabanadas no Natal!”, esta pessoa estava-nos a dizer com um tom irónico o que ansiava fazer, mas que efetivamente não conseguia, como é que uma função que lhe parecia ser tão simples, vai interferir com o prazer de comer o que se gosta no Natal. Esta situação fez-me pensar no que é o Natal, de como gostamos de comer as diferentes iguarias, de como gostamos de estar em família e de como as pessoas com alimentação por SNG vêem-se privadas destes consumos e quem sabe, remetem-se ao isolamento. Portas, et.al (2012) referem-nos que a alteração da mastigação e da deglutição pode desencadear modificações em diferentes aspectos da vida do indivíduo e ter impacto na sua qualidade de vida. Penso que não poder comer o que o resto da família come numa noite de consoada compromete a qualidade de vida, ainda mais de uma pessoa que se sente fragilizada pela doença em si. Neste sentido, penso que os cuidados de enfermagem de apoio e educação são fundamentais para que a PDOCP perceba quais os alimentos que podem ser administrados por SNG, que a pessoa compreenda a necessidade da alimentação por SNG e fundamentalmente os cuidados de apoio emocional numa situação que interfere com a qualidade de vida.

No dia 3 de dezembro de 2013 tive a oportunidade de presenciar a segunda sessão de deglutição à mesma pessoa e verifiquei que a terapeuta da fala para além de realizar com a pessoa vários exercícios fonatórios lhe pediu para ingerir papa de fruta. Apesar da consistência da papa ser mais espessa, a disfagia era notória. A terapeuta insistiu, fazendo com que a pessoa realizasse exercícios com a musculatura da face, pediu à pessoa para mastigar muito bem a papa, para que de certa forma enviasse o estímulo ao cérebro do

processo de mastigação e deglutição. Percebi que é um processo moroso e que necessita de muito treino e acompanhamento, porque as pessoas não o podem fazer sozinhas no domicílio pelo risco de aspiração para a árvore traqueobrônquica. No final da sessão a terapeuta explicou à pessoa que no domicílio pode fazer este tipo de exercícios com gelatina, mas sempre na companhia de um familiar, pode ainda continuar a pronunciar os sons que auxiliam na fonação, como é o caso de “nha, nhe, nhi, nho e nhu”.

Em conversa com a minha orientadora, ela referiu-me que são admitidos alguns doentes no serviço com o diagnóstico de pneumonia de aspiração por tentarem comer em casa sem qualquer apoio e vigilância. Penso que a vontade de comer oralmente é de tal maneira intensa que a pessoa não consegue perceber os riscos que corre. Neste sentido, tornam-se fundamentais os cuidados de apoio e educação prestados pela equipa de enfermagem, para elucidar a pessoa que sofre de disfagia. Estes cuidados passam por elucidar sobre os riscos que corre por ingerir alimentos, a necessidade de ingerir acompanhado, que alimentos pode consumir e como consumir. O ter assistido a estas sessões proporcionou-me aprendizagens de como orientar a pessoa que sofre de disfagia e assim elevar os cuidados de enfermagem que presto à PDOCP. Penso que a transmissão de conhecimentos pelo terapeuta da fala foram essenciais para a minha prestação de cuidados à pessoa com disfagia.

Assistir às sessões da terapia da deglutição fez-me refletir sobre a importância da alimentação para a pessoa, do quanto a alimentação por SNG interfere na qualidade de vida destes doentes e que de certa forma os leva ao isolamento. Comer em família pode ser uma tarefa fácil para nós mas para a PDOCP pode ser algo muito perturbador e incapacitante tal como nos diz Silveira et.al (2012), a patologia oncológica de cabeça e pescoço é mutilante e tem impacto negativo na qualidade de vida, pelas alterações físicas, funcionais, emocionais e sociais que provoca, cabe ao enfermeiro planear intervenções eficazes no cuidar da pessoa com disfagia.

APÊNDICE VII

Análise reflexiva da visita de observação na CEG na
colocação de PEG

A PDOCP com alterações importantes na anatomia da cavidade oral é portadora de uma PEG para manter a suficiente ingestão de água e alimentos. Aliando esta situação ao facto de no serviço onde desempenho funções, ser frequente a prestação de cuidados à pessoa portadora de PEG, senti a necessidade de desenvolver conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem que se prestam a estas pessoas. Falei com a enfermeira orientadora sobre a pertinência de realizar um estágio no serviço de gastroenterologia onde a PDOCP é submetida à colocação de PEG, contactámos a enfermeira chefe do serviço de Gastroenterologia - Unidade de Endoscopias, que nos falou sobre a realização da consulta de enfermagem de 1ª vez para a colocação da PEG e das consultas de enfermagem subsequentes, onde é realizada uma avaliação da pessoa com PEG, surge deste modo a oportunidade de realizar um estágio de observação com a duração de dois dias.

A consulta de enfermagem está inserida na consulta multidisciplinar de acompanhamento de pessoas com gastrostomias e jejunostomias percutâneas endoscópicas e surge com o objetivo de otimizar a realização do procedimento e garantir um ensino adequado no manuseio. Quando a PDOCP não consegue alimentar-se tanto pelas alterações anatómicas decorridas da cirurgia, quer pelos efeitos secundários dos tratamentos de RT é encaminhada para a consulta da PEG, tal como nos alerta Nugent, Parkert e McIntyre (2010) a alimentação PDOCP pode passar pela necessidade de utilizar dispositivos como a SNG ou PEG.

A disfagia é um dos sintomas mais comuns após os tratamentos da DOCP (Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, e Yueh, 2010) e contribui para a desnutrição, a desidratação e pode levar à pneumonia por aspiração de alimentos (Denaro, Merlano e Russi, 2013), elevando desta forma a morbilidade e mortalidade contribuindo para a diminuição da qualidade de vida na PDOCP. Assim, a necessidade de manter a adequada ingestão de água e alimentos, leva à colocação de um dispositivo alternativo à via oral, a PEG que Ortega, Continente, Puertas, Alcántara, López, e Hernández (2011) referem ser a primeira linha de escolha para alimentação entérica acima de dois meses, também Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson (2013) salientam que a PEG deve ser uma solução quando existem comorbilidades significativas que necessitem de uma boa ingestão alimentar, estando a PDOCP numa posição demarcada quando se fala de desnutrição, pela localização do tumor e correspondentes défices de autocuidado.

Ortega, Continente, Puertas, Alcántara, López, e Hernández (2011) salienta que as vantagens da PEG sobre a SNG passam por manter a região nasofaríngea livre e menor estigma do ponto de vista psicológico imposto pela presença de SNG, no entanto, o que se verifica na prática de cuidados é que em pessoas com necessidade de alimentação entérica até 28 dias, prevalece a utilização de SNG, pois a PEG tem custos 10 vezes superiores (Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson, 2013). Efetivamente no estágio realizado no SCECCP, durante o período de 30 de setembro a 29 de outubro de 2013,

apenas foram observadas duas pessoas portadoras de PEG, penso que atualmente os custos inerentes à sua colocação têm peso quando se chega a altura de optar pelo dispositivo a utilizar.

Tive então oportunidade de assistir à consulta de 1ª vez, uma consulta de enfermagem onde é realizada a anamnese com base numa colheita de dados sobre condições socioeconómicas da pessoa, nomeadamente se tem condições para confeccionar a alimentação que poderá administrar por PEG, se tem apoio da família, quais os antecedentes pessoais, qual a medicação do domicílio, se tem consumos de álcool ou tabaco. A enfermeira realiza uma avaliação do estado geral da pessoa, nomeadamente se a pele da região abdominal está livre de qualquer patologia que impeça a colocação do dispositivo, avalia o peso atual e o peso habitual, avalia a abertura da cavidade oral e avalia os valores laboratoriais, nomeadamente os valores da coagulação. São ainda cuidados de enfermagem, nesta 1ª consulta, os cuidados de apoio e educação sobre todo o processo de colocação, assim como os cuidados a ter no domicílio. A 1ª consulta termina com a enfermeira a questionar sobre a concordância com a colocação da PEG.

Numa das consultas observei que havia uma certa inquietude na pessoa, não olhava para a enfermeira, parecia não estar a aceitar toda aquela informação, no fim quando a enfermeira lhe questionou se concordava com a colocação ele respondeu que não, do que observei era um doente com mau estado geral, emagrecido, com hábitos alcoólicos e tabágicos e que apesar de ter conhecimento sobre a sua neoplasia da laringe não operável apenas em tratamento de RT, parecia não ter ainda interiorizado a possível evolução da doença.

Schoeff, Barrett, DeLassus e Jameson (2013) fazem referência às guidelines sobre a nutrição na PDOCP onde está descrito que doentes com perda de peso de 5% num mês ou com 10% em 6 meses deveriam colocar PEG para alimentação entérica, assim, torna-se tão importante a nossa capacidade de comunicação e assertividade, verifico que estas consultas são um desafio porque a pessoa nem sempre está preparada e aceita a colocação do dispositivo, cabe a nós enfermeiros todo o processo de capacitação para o procedimento.

A enfermeira após todos os argumentos utilizados para que a pessoa compreendesse a importância da colocação da PEG, deu-lhe dois dias para refletir sobre o assunto e depois dar uma resposta. Esta pessoa vinha acompanhado pela esposa mas era notório um certo conflito entre eles, pelo que a capacidade de comunicação e assertividade do enfermeiro foi fundamental, tal como nos refere o Manual de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2002) o enfermeiro na relação terapêutica tem como objetivo auxiliar a pessoa a ser proactivo no seu projeto de saúde. Mas esta situação torna-se complicada de gerir, por um lado tínhamos a esposa quase que a obrigar a pessoa a colocar a PEG, por outro a pessoa consciente e orientada nas suas capacidades a recusar e por outro o

enfermeiro com a sua capacidade de cuidados educacionais que por mais que explicasse, nada o demovia. Nem sempre o enfermeiro tem a tarefa facilitada, mas é nestas situações que a profissão de enfermagem se torna tão aliciante e ao mesmo tempo dignificante.

Silander, Nyman, Bove, Johansson, Larsson e Hammerlid (2012) referem-nos que nos últimos 20 anos, tem sido crescente a utilização da PEG na alimentação entérica da PDOCP, no segundo dia de observação, assisti ao procedimento cirúrgico de colocação de PEG a duas PDOCP. Segundo Simons e Remington (2013) a PEG é colocada via endoscópica com ligeira sedação da pessoa, do que observei o procedimento não teve qualquer tipo de ocorrência, no entanto, a pessoa após a colocação fica 2 horas em observação no recobro da sala de endoscopias e depois é transferida para o serviço de gastroenterologia onde permanece mais 24 horas, podendo depois ter alta para o domicílio.

Como nos diz Isenring (2011) as complicações na colocação de PEG derivam do tipo de tubo, do método de inserção, da perícia como é colocada, estando a taxa de mortalidade associada a 1% das colocações, mas de acordo com a enfermeira com a qual estive no estágio de observação, as complicações surgem muito pelos maus cuidados prestados no domicílio. Muitas vezes a pessoa não tem cuidados de higiene que lhe permitam manusear sem infetar o estoma, tal como referem Simons e Remington (2013), a mais frequente infeção relacionada com a PEG encontra-se no estoma, mas que é uma infeção pouco preocupante. Deste modo tornam-se tão importante os cuidados de apoio e educação prestados pelo enfermeiro à pessoa e família, após a colocação da PEG.

Observei ainda três consultas subsequentes onde a enfermeira aproveita a consulta para avaliar o estoma, monitorizar o peso da pessoa e realizar sessões educacionais no sentido da importância da alimentação realizada, nos cuidados com a PEG e nos cuidados com higiene oral, como nos salienta Simons e Remington (2013) os enfermeiros são os principais responsáveis pela vigilância e manutenção da PEG. Numa das consultas que presenciei, a enfermeira detetou um granuloma no estoma pelo que houve a necessidade de utilizar nitrato de prata para controlar o crescimento, sendo um conhecimento que interiorizei para a minha prática de cuidados.

As consultas subsequentes são nos primeiros 15 dias após a colocação da PEG, duas vezes por semana, passando para uma vez por semana, depois de 15 em 15 dias e acabem por ser 1 vez por mês. Numa das consultas percebi que quando o estoma está cicatrizado sem granulomas a enfermeira começa a espaçar as consultas de vigilância, no entanto Simons e Remington (2013) referindo Nishiwaki, et.al (2011) afirmam que a PEG deveria ser substituída a cada 6 meses, mas do que observei a PEG apenas é substituída quando apresenta algum problema, nomeadamente, o entupimento, se está danificada ou se tem outro problema que impeça o normal administração de alimentação. Ainda Simons e Remington (2013) dizem-nos que o entupimento

da PEG é uma complicação frequente relacionada com a administração de medicamentos ou alimentação inadequadamente triturada. Numa das consultas verifiquei que a PEG tinha sido colocada há ano e meio, questionei a enfermeira que me respondeu que enquanto não houver problemas a PEG mantém-se e deste modo os custos associados diminuem.

Este estágio de observação foi para mim uma mais-valia, uma vez que me ajudou na aquisição de conhecimentos importantes para a minha prestação de cuidados como enfermeira especialista à PDOCP com necessidade de utilização de PEG, para a manutenção suficiente de água e comida. Proporcionou-me conhecer todo o processo de colocação e manutenção, tomei conhecimento de como os cuidados de enfermagem são essenciais para a manutenção da PEG e de como os nossos cuidados de apoio e educação poderão ser benéficos para o seu sucesso. Penso que as aprendizagens realizadas neste estágio proporcionaram muitos conhecimentos que poderão ser aplicados na minha prática de cuidados, como nos diz Benner (2001) a experiências passadas modelam os cuidados no futuro, assim considero este estágio uma mais-valia para todo o percurso de desenvolvimento de competências como especialista.

APÊNDICE VIII

Instrumento de auditoria à avaliação inicial da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com déficit de autocuidado na alimentação

INSTRUMENTO DE AUDITORIA

Data	TEMA: Avaliação de uma ingestão suficiente de água e alimentos na avaliação inicial à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço
Unidade: CMF/URL	Auditor: Enfermeira Ana Pexirra
Chave: S = Sim N = Não N/A = Não Aplicável	

		S	N	NA	OBSERVAÇÕES
PROCESSO CLÍNICO					
1	Na avaliação inicial de enfermagem há evidência no registo de uma ingestão suficiente de água				
2	Na avaliação inicial de enfermagem há evidência no registo de uma ingestão suficiente de alimentos				
3	Existe evidência no registo dos antecedentes pessoais				
4	Existe evidência no registo de cirurgias anteriores à mesma patologia				
5	Existe evidência no registo da medicação realizada no domicílio				
6	Existe evidência no registo de consumo de substâncias tóxicas (álcool, tabaco ou drogas)				
7	Existe evidência no registo da religião do doente e sua influência na alimentação				
8	Existe evidência no registo da influência da religião na alimentação do doente				
9	Existe evidência no registo da realização de radioterapia				
10	Existe evidência no registo da realização de quimioterapia				
11	Existe evidência no registo da avaliação do peso atual				
12	Existe evidência no registo da avaliação do peso habitual				
13	Existe evidência no registo da avaliação da altura				
14	Existe evidência no registo da avaliação da percentagem de peso perdido/ período de tempo				
15	Existe evidência no registo da avaliação do IMC				
16	Existe evidência no registo da avaliação do padrão alimentar (oral, SNG ou PEG)				
17	Existe evidência no registo da avaliação da mastigação				

18	Existe evidência no registo da avaliação da deglutição				
19	Existe evidência no registo da avaliação das alergias alimentares				
20	Existe evidência no registo da avaliação das intolerâncias alimentares				
21	Existe evidência no registo da avaliação das preferências alimentares				
22	No caso de alterada a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, há evidência do contato com a unidade de dietoterapia.				
23	Existe evidência da entrega de folheto informativo sobre o tipo de dieta que vai realizar no internamento				
24	Existe evidência no registo da avaliação do tipo de alimentação realizada no domicílio				
25	Existe evidência no registo da avaliação do nº de refeições realizadas no domicílio				
26	Existe evidência no registo da avaliação de qual o problema que interfere na manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos				
27	Existe evidência no registo da monitorização da tensão arterial				
28	Existe evidência no registo da monitorização do pulso				
29	Existe evidência no registo da monitorização da glicémia capilar (doentes diabéticos)				
30	Existe evidência no registo da monitorização da temperatura axilar				
31	Existe evidência no registo da monitorização da respiração				
32	Existe evidência no registo da monitorização da dor				
33	Existe evidência no registo do valor da hemoglobina				
34	Existe evidência no registo do valor das proteínas totais				
35	Existe evidência no registo do valor da albumina				
36	Existe evidência no registo do valor da PCR				
37	Existe evidência no registo da presença de traqueostomia				
38	Existe a evidência do registo da utilização de ortótese				
39	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do motivo de colocação				

40	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do tipo de SNG				
41	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do nível da SNG				
42	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo da data da colocação				
43	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do motivo de colocação				
44	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do tipo de PEG				
45	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do nível da PEG				
46	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo da data da colocação				
47	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo da avaliação do estoma				
48	No caso de utilização de dispositivo para alimentação, existe evidência no registo do autocuidado face ao dispositivo				
49	Existe evidência no registo da situação laboral do doente				
50	Existe evidência no registo das condições socioeconómicas do doente				
51	Existe a evidência da necessidade de apoio social para a aquisição dos alimentos				
52	Existe evidência da necessidade de suporte familiar para a confeção da refeição no domicílio				
53	Existe evidência no registo do acompanhamento familiar durante as refeições no domicílio				
54	Existe evidência no registo dos problemas que mais afetam o doente face à problemática da ingestão suficiente de água e alimentos				
55	Existe evidência no registo das expectativas do doente face à problemática da ingestão suficiente de água e alimentos				

APÊNDICE IX

Resultado de auditoria à avaliação inicial da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com déficit de autocuidado na alimentação

INSTRUMENTO DE AUDITORIA (Resultados)

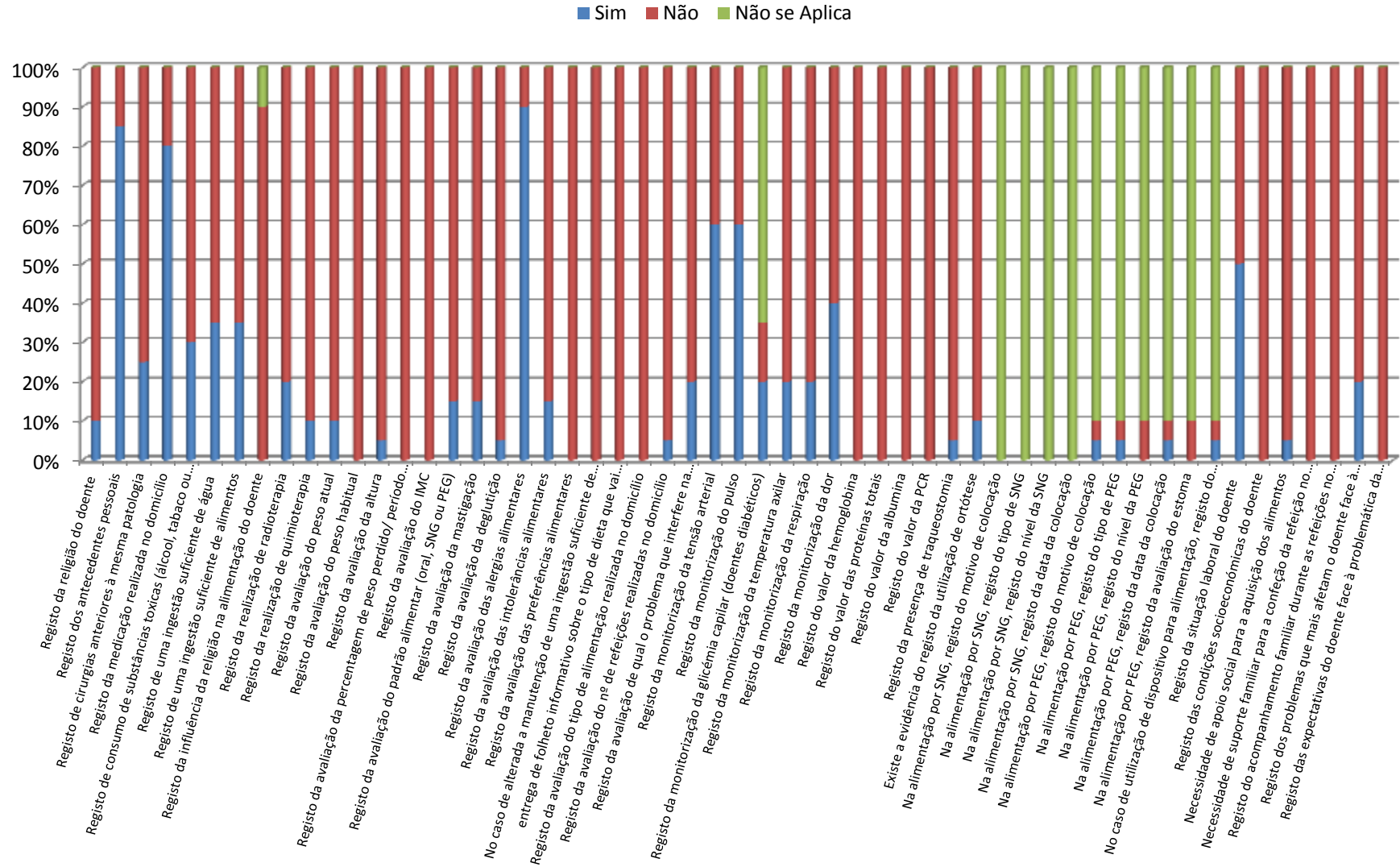
Data: 09-02-2014	TEMA: Avaliação inicial da alimentação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço
Unidade: CMF/ORL	Auditor: Ana Pexirra
Chave S = Sim N = Não N/A = Não Aplicável	

PROCESSO CLÍNICO		S	%	N	%	NA	%	Observações
1	Na avaliação inicial de enfermagem há evidência no registo de uma ingestão suficiente de água	7	35%	13	65%	0		
2	Na avaliação inicial de enfermagem há evidência no registo de uma ingestão suficiente de alimentos	7	35%	13	65%	0		
3	Existe evidência no registo dos antecedentes pessoais	17	85%	3	15%	0		
4	Existe evidência no registo de cirurgias anteriores à mesma patologia	5	25%	15	75%	0		
5	Existe evidência no registo da medicação realizada no domicílio	16	80%	4	20%	0		
6	Existe evidência no registo de consumo de substâncias tóxicas (álcool, tabaco ou drogas)	6	30%	14	70%	0		
7	Existe evidência no registo da religião do doente	2	10%	18	90%	0		
8	Existe evidência no registo da influência da religião na alimentação do doente	0	0%	18	90%	2	10%	Na- Pessoas que referiram ser católicas
9	Existe evidência no registo da realização de radioterapia	4	20%	16	80%	0		
10	Existe evidência no registo da realização de quimioterapia	2	10%	18	90%	0		
11	Existe evidência no registo da avaliação do peso atual	2	10%	18	90%	0		
12	Existe evidência no registo da avaliação do peso habitual	0	0%	20	100%	0		
13	Existe evidência no registo da avaliação da altura	1	5%	19	95%	0		
14	Existe evidência no registo da avaliação da percentagem de peso perdido/ período de tempo	0	0%	20	100%	0		
15	Existe evidência no registo da avaliação do IMC	0	0%	20	100%	0		
16	Existe evidência no registo da avaliação do padrão alimentar (oral, SNG ou PEG)	6	30%	14	70%	0		
17	Existe evidência no registo da avaliação da mastigação	3	15%	17	85%	0		

18	Existe evidência no registo da avaliação da deglutição	1	5%	19	95%	0	0%	
19	Existe evidência no registo da avaliação das alergias alimentares	18	90%	2	10%	0	0%	
20	Existe evidência no registo da avaliação das intolerâncias alimentares	3	15%	17	85%	0	0%	
21	Existe evidência no registo da avaliação das preferências alimentares	0	0%	20	100%	0	0%	
22	No caso de alterada a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, há evidência do contato com a unidade de dietoterapia.	0	0%	20	100%	0	0%	
23	Existe evidência da entrega de folheto informativo sobre o tipo de dieta que vai realizar no internamento	0	0%	20	100%	0	0%	
24	Existe evidência no registo da avaliação do tipo de alimentação realizada no domicílio	1	5%	19	95%	0	0%	
25	Existe evidência no registo da avaliação do nº de refeições realizadas no domicílio	1	5%	19	95%	0	0%	
26	Existe evidência no registo da avaliação de qual o problema que interfere na manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos	4	20%	16	80%	0	0%	
27	Existe evidência no registo da monitorização da tensão arterial	12	60%	8	40%	0	0%	
28	Existe evidência no registo da monitorização do pulso	12	60%	8	40%	0	0%	
29	Existe evidência no registo da monitorização da glicémia capilar (doentes diabéticos)	4	20%	3	15%	13		NA- Doentes não diabéticos
30	Existe evidência no registo da monitorização da temperatura axilar	4	20%	16	80%	0	0%	
31	Existe evidência no registo da monitorização da respiração	4	20%	16	80%	0	0%	
32	Existe evidência no registo da monitorização da dor	8	40%	12	60%	0	0%	
33	Existe evidência no registo do valor da hemoglobina	0	0%	20	100%	0	0%	
34	Existe evidência no registo do valor das proteínas totais	0	0%	20	100%	0	0%	
35	Existe evidência no registo do valor da albumina	0	0%	20	100%	0	0%	
36	Existe evidência no registo do valor da PCR	0	0%	20	100%	0	0%	
37	Existe evidência no registo da presença de traqueostomia	1	5%	19	95%	0	0%	
38	Existe a evidência do registo da utilização de ortótese	2	10%	18	90%	0	0%	

39	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do motivo de colocação	0	0%	0	0%	20	100%	NA- Pessoas sem SNG
40	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do tipo de SNG	0	0%	0	0%	20	100%	NA- Pessoas sem SNG
41	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo do nível da SNG	0	0%	0	0%	20	100%	NA- Pessoas sem SNG
42	Na alimentação por SNG, existe evidência no registo da data da colocação	0	0%	0	0%	20	100%	NA- Pessoas sem SNG
43	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do motivo de colocação	1	5%	1	5%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
44	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do tipo de PEG	0	0%	2	10%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
45	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo do nível da PEG	0	0%	2	10%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
46	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo da data da colocação	1	5%	1	5%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
47	Na alimentação por PEG, existe evidência no registo da avaliação do estoma	0	0%	2	10%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
48	No caso de utilização de dispositivo para alimentação, existe evidência no registo do autocuidado face ao dispositivo	1	5%	1	5%	18	90%	NA- Pessoas sem PEG
49	Existe evidência no registo da situação laboral do doente	10	50%	10	50%	0	0%	
50	Existe evidência no registo das condições socioeconómicas do doente	0	0%	20	100%	0	0%	
51	Existe a evidência da necessidade de apoio social para a aquisição dos alimentos	1	5%	19	95%	0	0%	
52	Existe evidência da necessidade de suporte familiar para a confeção da refeição no domicílio	0	0%	20	100%	0	0%	
53	Existe evidência no registo do acompanhamento familiar durante as refeições no domicílio	0	0%	20	100%	0	0%	
54	Existe evidência no registo dos problemas que mais afetam o doente face à problemática da ingestão suficiente de água e alimentos	4	20%	16	80%	0	0%	
55	Existe evidência no registo das expectativas do doente face à problemática da ingestão suficiente de água e alimentos	0	0%	20	100%	0	0%	

Resultado da auditoria aos registos da avaliação inicial de enfermagem sobre a alimentação da PDOCP



APÊNDICE X

Plano da Ação de Formação em Serviço

Plano da Ação de Formação

Tema: “Avaliação inicial da alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço: apresentação dos resultados das auditorias e boas práticas”.

Objetivo Geral: Que os participantes analisem a sua prática de prestação de cuidados particularmente quanto à avaliação que a equipa faz junto da PDOCP.

Objetivos Específicos:

- Identificar a importância da alimentação na recuperação da PDOCP;
- Dar a conhecer os resultados da auditoria sobre a avaliação inicial à PDOCP realizada pelos enfermeiros;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro na avaliação da alimentação na PDOCP;
- Delinear estratégias de intervenção a adotar pela equipa de enfermagem.

População Alvo: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Maxilofacial e Otorrinolaringologia

Local de Intervenção: Sala Polivalente

Data: 14 de janeiro de 2014

Duração: 60 minutos

Formador: Enf^a Ana Pexirra

Etapa	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamento Didático	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema e do projeto- Comunicação de objetivos- Apresentação do sumário	Método expositivo	Computador PowerPoint	10 minutos

Desenvolvimento	<p>Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado na alimentação na PDOCP; - Influência da diminuição da ingestão oral na recuperação da saúde; - Desnutrição das pessoas internadas no serviço; - Procedimento multisectorial hospitalar para as boas práticas; - Avaliação SAPE@; - Resultado das auditorias; 	Método expositivo	Computador PowerPoint	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios a reter - Perspetiva futura - Avaliação da sessão de formação 	Método expositivo Discussão de grupo	Computador PowerPoint Questionário	20 minutos

APÊNDICE XI

Apresentação dos slides da ação de formação realizada ao grupo de enfermeiros no serviço de CMF e ORL

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Ana Pereira

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

- **Sumário**

- Sinais e sintomas que interferem na alimentação da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço;
- Consequências da redução da ingestão alimentar;
- Apresentação de resultados colhidos no serviço;
- Apresentação do procedimento multissetorial ALD 105;
- Apresentação das auditorias realizadas às avaliações iniciais de enfermagem à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço;
- Princípios a reter;
- Dúvidas;
- Questionário;
- Perspetivas futuras.

Doença oncológica de cabeça e pescoço interfere diretamente na ingestão oral:

- Lesão na mucosa oral
- Dor
- Mucosite
- Disfagia
- Odinofagia
- Anorexia
- Náuseas
- Vômitos
- Trismos
- Enfartamento



Diminuição da ingestão de alimentos



Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Classificação de desnutrição em adultos pelo índice de Massa Corporal, OMS(1999)

Índice de massa corporal (Kg/m²)/Estado nutricional

>18.5 Normal

17.0 - 18.49 Desnutrição leve
16.0 - 16.99 Desnutrição moderada
<16.0 Desnutrição grave

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Dados colhidos (maio-junho 2013)

Identificação	Idade	Peso(Kg)	Altura(m)	IMC
n=1	73	40	1,5	17,78
n= 2	56	49	1,67	17,57
n= 3	45	58	1,75	18,98
n=4	43	55	1,79	17,48
n=5	67	50	1,6	19,53
n=6	70	68	1,65	24,98
n=7	63	59	1,65	21,67
n=8	69	55	1,7	19,03
n=9	72	66	1,61	25,46
n=10	66	80	1,8	24,8
n=11	71	45	1,65	16,53
n=12	75	50	1,75	16,33
n=13	67	55	1,6	21,48

Procedimento Multissetorial ALD 105 do CHLC, EPE:

- Os enfermeiros na avaliação inicial devem registar:
 - O peso e a altura;
 - Padrão alimentar;
 - Alteração à mastigação;
 - Alteração à deglutição;
 - Identificação de alergias alimentares;
 - Identificação de intolerâncias alimentares;
 - Contatar a UDN.

SAPE® Avaliação Inicial de Enfermagem

"Status Fisiológico"

Temperatura corporal (°C)	36,3
Febre desde (dias)	0
Frequência cardíaca (ppm)	67
Frequência respiratória (cpm)	12
SatO2 (%)	100
Pressão arterial diastólica (mm/hg)	71
Pressão arterial sistólica (mm/hg)	123
Dor localização	Intra-oral
Intensidade de dor (nm)	9
Escala de dor	Numérica
Peso	
Altura	
IMC	

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

SAPE® Avaliação Inicial de Enfermagem
"Digestão/Nutrição"

Digestão	
Disfagia	
Apetite	
Paladar	
Náuseas	
Nutrição	
Nº de refeições dia	
Restrições alimentares	
Preferências alimentares	
Prótese dentária	

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

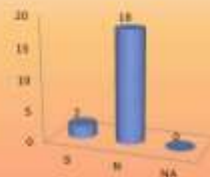
SAPE® Avaliação Inicial de Enfermagem

"Avaliação do Autocuidado"

Alimentar-se	
Dependente	
Independente	

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (peso atual)



« Este gráfico no registo de avaliação de peso atual

Das vinte avaliações iniciais de enfermagem auditadas, apenas duas apresentavam registos do peso atual da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (altura)

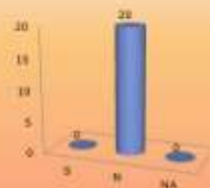


« Este gráfico no registo de avaliação da altura

Das vinte avaliações iniciais realizadas pelo enfermeiro auditadas apenas uma fazia referência a altura da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (IMC)



« Este gráfico no registo da avaliação de IMC

Dos vinte processos auditados nenhum fazia referência ao IMC da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (mastigação)

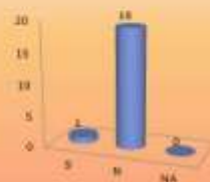


« Este gráfico no registo da avaliação da mastigação

Das vinte avaliações iniciais realizadas pelo enfermeiro auditadas apenas três faziam referência ao processo de mastigação na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (deglutição)



« Este gráfico no registo da avaliação da deglutição

Das vinte avaliações iniciais realizadas pelo enfermeiro auditadas apenas uma fazia referência ao processo de deglutição na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem (alergias alimentares)

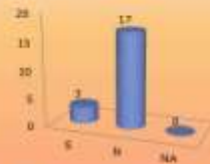


« Este gráfico no registo da avaliação das alergias alimentares

Das vinte processos auditados, dezoito faziam alusão às alergias alimentares da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem(intolerâncias alimentares)

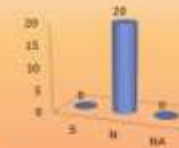


• Este resultado no registro de avaliação das intolerâncias alimentares.

Das vinte avaliações iniciais realizadas pelos enfermeiros, as intolerâncias alimentares apenas estava presente em três processos auditados.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

Auditoria à Avaliação Inicial de Enfermagem(contato com a dietoterapia)



• No caso de alterada a manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos, há evidência de contato com a unidade de dietoterapia.

Das vinte avaliações iniciais auditadas nenhuma fazia alusão ao estabelecimento de contato com a unidade de dietoterapia do centro hospitalar.

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

PRINCÍPIOS A REETER

A PDOCP enfrenta desafios únicos para manter uma adequada alimentação (JONES, BARR, OLIVIERO e JENSEN, 2010).

A desnutrição causada pela diminuição da ingestão alimentar leva a aumento do tempo de internamento, aumento dos custos dos tratamentos e altera o prognóstico e a qualidade de vida do doente (SILVA, SOUZA, OLIVEIRA e SOARES, 2009).

Existe risco nutricional em 25% a 47,3% dos doentes no momento da admissão (MAY, HERRERA, TAYLOR, MARRAS, KATZMAN e JONES, 2017).

Uma perda de peso superior ou igual a 10% do peso habitual é indicador crítico para uma contínua avaliação de enfermagem e para a implementação de plano estruturado sobre as necessidades alimentares do doente (SILVA, 2009).

Existe a necessidade do enfermeiro avaliar no momento da admissão, o estado nutricional do doente oncológico através do peso, altura e IMC (SILVA e PIRES, 2012).

IMC <20,5 é critério para uma intervenção nutricional adequada, com ajuste da alimentação desde o início do internamento (MOUTO, DE, 2016).

Alterações ao estado nutricional levam ao aumento da morbidade e mortalidade na doença oncológica, uma vez que aumenta a susceptibilidade a infecções, interfere na resposta terapêutica e no prognóstico (SILVA e LIMA, 2006).

Avaliação da Alimentação na Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço

DÚVIDAS E SUGESTÕES DE MELHORIA



MUITO OBRIGADA !!!!!

APÊNDICE XII

Avaliação da ação de formação realizada aos enfermeiros do serviço de CMF e ORL

Avaliação da Ação de Formação

1. Quais os motivos que levam ao não preenchimento de parâmetros da avaliação inicial de enfermagem no aplicativo SAPE®, referente ao autocuidado na alimentação?

Motivo	Número de respostas	Percentagem
Falta de tempo	8	72%
Excesso de trabalho	9	81%
Inadequado espaço físico para realizar o acolhimento	8	72%
Estado de conservação da balança	5	45%

2. Quais as sugestões de melhoria?

Sugestões	Número de respostas	Percentagem
Aquisição de uma balança digital	10	90%
Colocar a balança num ponto de fácil utilização	5	45%
Destacar diariamente um elemento de enfermagem para fazer a avaliação inicial	8	72%
Providenciar um local isolado, calmo e tranquilo para realizar o acolhimento à pessoa	8	72%
Preenchimento da avaliação inicial no aplicativo SAPE®	7	63%

APÊNDICE XIII

Proposta de Plano de Intervenção de enfermagem sobre a melhoria da avaliação inicial da alimentação da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço no momento da admissão

Proposta de Plano de Intervenção de enfermagem sobre a melhoria da avaliação inicial da alimentação da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço no momento da admissão

Atividade	Período de tempo	Avaliação
Contactar o serviço de dietética do hospital para atualizar o plano alimentar das PDOCP internadas	Diariamente	Apresentação da relação do nº de PDOCP internadas com a efetivação do contacto com a dietista (Em check-list)
Monitorização do peso	Semanalmente	Taxa=Nº de pessoas com peso avaliado÷Nº de pessoas internadas/ semana
Supervisão clínica de uma avaliação inicial realizada à PDOCP, por uma enfermeira no momento da admissão	Até se ter acompanhado 10 % da totalidade dos elementos da equipa de enfermagem (15/15 dias)	Auditoria ao fim de 12 meses de se ter iniciado supervisão clínica
Auditoria clínica às avaliações iniciais, realizadas pelos enfermeiros no aplicativo SAPE®	De 6 em 6 meses	Apresentação dos resultados semestrais
Publicitação dos resultados obtidos nas auditorias	Uma vez por ano passando a semestralmente	Taxa=Nº de enfermeiros da equipa que conhecem os resultados dos cuidados aos 7 dias da sua publicação÷Nº de enfermeiros da equipa