



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

ALIMENTAÇÃO NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

Rita Mónica Silva Mendes Simões



Lisboa

2022



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

ALIMENTAÇÃO NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

Rita Mónica Silva Mendes Simões



Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça de Melo e
Silva



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora M^a Graça Melo, pela erudição que gentilmente partilhou comigo, pela paciência, pelo incentivo e por ter sido um guia neste período desafiante.

Ao Enfermeiro Miguel Soares, pela sapiência, pela partilha, pelo apoio, por ter sido uma referência neste processo.

A todos os enfermeiros da unidade de demências, pela disponibilidade, pelo companheirismo, pela oportunidade e por me apoiarem nesta etapa.

Aos meus, por me amarem incondicionalmente, por acreditarem sempre em mim, por me incentivarem, por me perdoarem a ausência e por serem os meus pilares.

A todos, Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

AO – Assistente operacional

APA - *American Psychiatric Association*

AVD – Atividades de vida diária

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

COVID-19 – *Coronavirus disease 2019*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESPEN – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG – Gastrostomia percutânea endoscópica

SNG – Sonda nasogástrica

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A malnutrição associada à recusa alimentar é frequente nas pessoas idosas com demência e é de etiologia multifatorial. A alimentação entérica continua a ser uma das vias de alimentação preferenciais nos cuidados às pessoas idosas com demência, apesar das orientações internacionais da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* e do *National Institute for Health and Care Excellence* indicarem não existir suporte científico que comprove a sua eficácia. Esta situação confronta a equipa de enfermagem com decisões sobre questões éticas importantes sobre como alimentar estas pessoas e como esta perceção influencia a tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar.

Os objetivos delineados para o Estágio com Relatório foram: prestar cuidados à pessoa idosa com demência em situação de cuidados complexa; promover formação em serviço à equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde sobre alimentação nas pessoas idosas com demência e descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre a alimentação nas pessoas idosas com demência através de um estudo qualitativo.

No estudo participaram 7 enfermeiros de uma unidade de demências em Lisboa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas e os discursos registados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo.

Como conclusões principais, destacam-se: a alimentação das pessoas idosas com demência depende de uma avaliação individualizada e de um plano personalizado; o enfermeiro é o principal interveniente nas estratégias de alimentação e o elo entre a equipa multidisciplinar e os cuidadores familiares; a necessidade de disseminar as orientações internacionais sobre alimentação nas pessoas idosas com demência no seio da equipa de enfermagem e de incrementar a sua discussão.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Demência; Alimentação; Experiências; Perspetivas; Enfermeiros

ABSTRACT

Malnutrition associated with food refusal is frequent in elderly people with dementia and has a multifactorial etiology. Enteral nutrition continues to be one of the preferred feeding paths in the care of elderly people with dementia, despite the international guidelines from *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* and *National Institute for Health and Care Excellence* indicating that there is no scientific support to prove its effectiveness. This situation confronts the nursing team with decisions on important ethical issues about how to feed these people and how this perception influences decision-making within the multidisciplinary team.

The objectives outlined for the Internship with Report were: to provide care to the elderly people with dementia in a complex care situation; promote in-service training for nursing staff and other health professionals on nutrition in elderly people with dementia and describe the experiences and perspectives of nurses from a dementia unit on nutrition in elderly people with dementia through a qualitative study.

In the study, 7 nurses from a dementia unit in Lisbon participated, semi-structured interviews were performed, and the recorded speeches were analyzed using the content analysis technique.

As main conclusions, the following stand out: feeding elderly people with dementia depends on an individualized assessment and a personalized plan; the nurse is the main actor in feeding strategies and the link between the multidisciplinary team and family caregivers; the need to disseminate international guidelines on nutrition for elderly people with dementia within the nursing team and to increase their discussion.

Keywords: Elderly Person; Dementia; Feeding; Experiences; Perspectives; Nurses

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REVISÃO DA LITERATURA	13
1.1. Alimentação nas pessoas idosas com demência	13
1.2. Estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência	16
1.3. O modelo de cuidados centrados na pessoa	19
2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	20
2.1. Justificação e pertinência do projeto	21
2.2. Finalidade, objetivos e atividades planeadas	23
3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS	25
3.1. Prestação de cuidados às pessoas idosas com demência	25
3.2. Formação aos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre alimentação nas pessoas idosas com demência	38
3.3. Estudo de investigação sobre as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre alimentação das pessoas idosas com demência	42
3.3.1. Objetivos	42
3.3.2. Tipo de estudo e participantes	43
3.3.3. Procedimentos	43
3.3.4. Aspetos éticos	43
3.3.5. Instrumento de recolha de dados	44
3.3.6. Método de análise dos dados	44
3.3.7. Apresentação dos resultados	44
3.3.7.1. Caracterização da amostra	44
3.3.7.2. Resultados	45
3.3.8. Discussão dos resultados	53
3.3.9. Conclusão	61

4. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESEL

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO

APÊNDICE II – ESTRATÉGIAS DE ALIMENTAÇÃO NAS PESSOAS IDOSAS
COM DEMÊNCIA

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

APÊNDICE IV – GUIÃO DE ENTREVISTA

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias e Subcategorias	45
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) as competências acrescidas dos enfermeiros especialistas reportam a “conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo” (p.4745).

Através deste relatório de estágio pretende-se evidenciar o percurso de aprendizagem efetuado no desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeira especialista e mestre. Para tal, utiliza-se uma abordagem descritiva, analítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, tendo por base o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner (2001), baseado no modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, que advoga que a experiência é fundamental para a perícia, sendo necessário que o profissional se depare com situações da prática real, para que desenvolva capacidade de raciocínio clínico interligando a teoria à prática.

Com o aumento demográfico da população idosa, o número de doenças crónicas tem aumentado, como é o caso da demência (World Health Organization, 2015). Todos os seres humanos precisam de alimentação e hidratação para sobreviver, mas quando nos referimos às pessoas idosas, o papel do profissional de saúde ganha outra magnitude, principalmente se considerarmos as pessoas idosas com demência, em que as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento natural evoluem a par com o envelhecimento patológico e consequentes limitações nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), em contexto de fim de vida.

As especificidades do declínio físico e cognitivo das pessoas idosas com demência requerem, por isso, cuidados paliativos próprios e profissionais de saúde

com conhecimentos específicos na gestão de problemas comportamentais e na previsão, avaliação e gestão de problemas potenciais (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011; Van der Steen, Dekker et al., 2017; Van Der Steen, Radbruch et al., 2014). Comportamentos aversivos, de recusa alimentar, surgem isoladamente ou associados a outros problemas relacionados com a demência como a agnosia, afasia, apraxia, falta de tempo dos cuidadores ou até mesmo a ambientes de refeição hiper ou hipoestimulantes, condicionando a eficácia da sua alimentação e sendo percussores da malnutrição associada à perda de peso (Li et al., 2020; Mi et al., 2013; Volkert, Chourdakis et al., 2015; Volkert, Beck et al, 2019).

Este problema é um desafio importante para os cuidadores familiares e para os profissionais de saúde, uma vez que a malnutrição associada à perda de peso tem um grande impacto na qualidade de vida destas pessoas e pode, em casos mais graves, conduzir à morte (Druml et al., 2016).

Através do modelo de cuidados centrados na pessoa em que se dá primazia às necessidades das pessoas idosas com demência através da relação interpessoal que se estabelece, têm-se obtido resultados positivos na sua qualidade de vida. Este modelo torna-se fundamental na consecução de estratégias de alimentação por via oral adequadas e mais aproximadas aos gostos e familiaridades da pessoa, pois permite um conhecimento mais profundo da mesma podendo aumentar as chances de sucesso da alimentação por via oral (Fazio et al., 2018).

Ainda assim, a alimentação entérica, por exemplo através da gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), continua a ser uma das vias de alimentação preferenciais nas pessoas idosas com demência, apesar das orientações mais recentes sobre o tema revelarem a inexistência de suporte científico que comprove o seu benefício nutricional e na qualidade de vida destas pessoas, argumentando ainda que a colocação de PEG para além de não mostrar impacto nutricional significativo, também não previne as pneumonias de aspiração, não melhoram a cicatrização de feridas e pode aumentar a taxa de mortalidade (Volkert, Chourdakis et al., 2015).

Os cuidados de enfermagem relacionados com a alimentação das pessoas idosas com demência é da responsabilidade particular do enfermeiro de enfermagem avançada como principal interveniente no processo de informação e capacitação para

a tomada de decisão informada e esclarecida acerca do tema. Sendo assim, porque continuam a existir números significativos de colocação de PEG a pessoas idosas com demência avançada? O problema foca-se na reduzida formação formal acerca de cuidados em fim de vida (Greenfeld et al., 2020; Jennings et al., 2019), contribuindo, ainda, fatores inibidores ou facilitadores relacionados com as experiências, crenças e perspetivas dos profissionais de saúde, bem como com os aspetos sociais e culturais relacionados com a alimentação (Borders et al., 2020; Holteng et al., 2017).

O estágio com relatório teve como um dos objetivos responder à questão de investigação “Quais as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre alimentação das pessoas idosas com demência?”, com o objetivo descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre a alimentação das pessoas idosas com demência. Através da compreensão das experiências e dificuldades sentidas durante a alimentação destas pessoas, procuramos obter dados que auxiliem a efetivar intervenções de suporte à equipa de enfermagem com impacto direto na qualidade de vida das pessoas idosas com demência.

Este tema é de especial relevância para a qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que sendo o enfermeiro um dos principais intervenientes no processo de tomada de decisão sobre as estratégias de alimentação e sobre cuidados em fim de vida, é fundamental que esteja munido da principal evidência científica para que advogue a pessoa na persecução do seu bem-estar (Lopez et al., 2010).

Concerne ao enfermeiro especialista conhecer e estar preparado para gerir as diferentes experiências e perspetivas que os pares evidenciam durante a alimentação das pessoas idosas com demência, resultante da diversa evidência existente sobre o tema, bem como fomentar boas práticas e garantir a qualidade dos cuidados, de acordo com os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente: “Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

O presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos: revisão da literatura da temática em estudo; contexto de intervenção e execução do projeto; descrição e discussão das tarefas realizadas; avaliação e análise do percurso de desenvolvimento de competências e considerações finais.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Alimentação nas pessoas idosas com demência

A demência é uma doença neurodegenerativa e terminal caracterizada por perda de memória, alterações na linguagem e compreensão, alterações comportamentais e pela progressiva necessidade de cuidados ao nível das atividades de vida diária (AVD), estando associada a um elevado nível de dependência e morbidade (American Psychiatric Association [APA], 2013; NICE, 2018b). Com a progressão da doença, também os problemas associados e a complexidade dos cuidados necessários vão aumentando, sendo a alimentação um dos problemas que necessitam de cuidados específicos (NICE, 2018b; Prizer & Zimmerman, 2018).

As pessoas idosas com demência têm uma particularidade em relação à alimentação, uma vez que mesmo que a par das dificuldades motoras associadas ao envelhecimento natural, existe declínio cognitivo que diminui a função executiva no processo da alimentação oral e que agrava com a progressão da doença (Volkert, Chourdakis et al., 2015), sendo que uma intervenção precoce ao nível da alimentação, com modificações ambientais personalizadas, podem encorajar as pessoas a alimentarem-se de forma autónoma (Suma et al., 2018).

Estádios avançados de demência estão associados à redução da ingesta de nutrientes, resultando em perda de peso e dependência (Druml et al., 2016), com consequente aumento de quedas e de hospitalizações (Borders et al., 2020). A malnutrição associada à perda de peso é frequente nas demências, e está associada a múltiplos fatores, tais como: *fatores internos* da pessoa idosa com demência (falta de apetite, má coordenação motora, maior cansaço, dificuldades de mastigação e disfagia, recusa, aversão ou desinteresse pela comida, pneumonia de aspiração, alterações da visão e incapacidade em reconhecer os alimentos e/ou objetos (agnosia), alterações na sensação de fome e sede e incapacidade em manter a atenção durante a refeição como resultado das alterações da função cerebral, perda da capacidade de usar utensílios para comer (apraxia), comorbidades, terapêutica, distúrbios comportamentais como agressividade e agitação e a depressão); *fatores externos* (institucionalização, rotinas organizacionais, ambiente das refeições, tempo para a alimentação) e *fatores relacionados com a competência dos cuidadores* (competências relacionais e de comunicação) (Borders et al., 2020; Lee et al., 2019;

Li et al., 2020; Payne & Morley, 2018; Suma et al., 2018; Volkert, Chourdakis et al., 2015).

As dificuldades na alimentação das pessoas idosas com demência surgem durante o momento das refeições. A recusa alimentar ou a não aceitação da prestação de cuidados podem levar a interações negativas e geradoras de *stress* entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas, em que os aspetos emocionais relacionados com a alimentação, tais como medo e culpa, têm um importante impacto na perspetiva da autoeficácia profissional, sendo fundamental que os profissionais de saúde sejam devidamente formados para que se sintam confiantes para prestarem cuidados de qualidade ao nível da alimentação (Anantapong et al., 2020; Holteng et al., 2017; Palecek et al., 2010).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão na linha da frente na prestação de cuidados ao nível da alimentação nas pessoas idosas com demência nos mais diversos contextos (Aselage et al., 2011). Isto significa que têm de estar devidamente preparados com formação adequada que lhes permita lidar de forma eficaz com as dificuldades com que se depara. A formação e treino adequados são fundamentais para aumentar a confiança e competência da equipa de enfermagem (Pitfield et al., 2011), obtendo melhores resultados ao nível da qualidade de vida destas pessoas e trazendo mais segurança aos cuidadores familiares (Hanson et al., 2013).

Uma revisão *scoping* revelou que existem quatro áreas em que os enfermeiros e outros profissionais de saúde necessitam de mais formação que auxilie na gestão dos cuidados durante a alimentação: ao nível dos cuidados centrados na pessoa; na criação de um ambiente apropriado à refeição; na forma de lidar com a incerteza dos cuidados, nomeadamente na recusa alimentar e respetivos desafios emocionais e éticos; e ao nível das estratégias, competências e conhecimentos nutricionais (Faraday et al., 2019).

Nas últimas décadas têm sido discutidas questões éticas associadas à alimentação nas pessoas idosas com demência. À medida que a demência progride, surgem dificuldades na alimentação por via oral, levantando-se a questão de iniciar

alimentação entérica ou permitir que a pessoa continue a alimentar-se por via oral, considerando que ambas têm riscos associados (Newman et al., 2020).

A falta de evidência científica que clarifique os riscos e os benefícios associados à alimentação entérica e as implicações éticas do tema têm contribuído para dificultar o processo de tomada de decisão dos cuidadores familiares e dos profissionais de saúde. Todavia, o método de alimentação preferido em situações de demência avançada continua a ser a PEG, apesar de a evidência, até à data, esclarecer que a alimentação entérica tem efeitos adversos, aumenta o risco de pneumonia por aspiração, complicações relacionadas com a entubação ou estoma, não prolonga a sobrevivência nem melhora o estado nutricional (Y. F. Lee et al., 2020; Newman et al., 2020).

Existem outros fatores que modelam a prestação de cuidados na alimentação das pessoas idosas com demência e que podem influenciar a tomada de decisão sobre o método de alimentação mais adequado, tais como: a equipa, o ambiente e as características sociais e culturais em que a pessoa idosa está inserida (Borders et al., 2020).

A colocação de PEG está relacionada com aspetos emocionais, com as experiências, crenças e perspetivas dos cuidadores destas pessoas em relação à alimentação, existindo ainda a ideia de que a pessoa pode morrer à fome caso não se avance para alimentação entérica (Druml et al., 2016). Outra razão considerada como responsável pela indicação para colocação de PEG é o facto de a equipa médica e de enfermagem não ter informação e formação adequadas sobre a evidência clínica, ética e legal, uma inadequada informação acerca de risco/benefício do procedimento e sobre as estratégias de alimentação existentes, o que leva aos cuidadores familiares a decidir pela colocação de PEG (Druml et al., 2016; Y. F. Lee et al., 2020; Newman et al., 2020; North West Coast Strategic Clinical Network, 2018).

Neste sentido, cabe ao enfermeiro especialista um papel preponderante de liderança no processo de tomada de decisão e na avaliação dos seus resultados, sendo este processo uma das unidades de competência do enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e que tem como critérios de avaliação a construção

de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, considerando que a tomada de decisão é feita dentro da equipa multidisciplinar e ao abrigo da deontologia profissional.

As decisões sobre as intervenções nutricionais devem advir de uma avaliação individual, em que os envolvidos no planeamento de cuidados paliativos devem assegurar que as pessoas idosas tomam decisões informadas e autónomas e que sejam consistentes com os seus valores e preferências (Orlandoni et al., 2019; WHO, 2015). Isso implica que a demência seja reconhecida como uma doença terminal com necessidade de cuidados paliativos específicos, o que nem sempre acontece, levando a discrepâncias na qualidade de cuidados em fim-de-vida, por exemplo, entre pessoas com demência avançada e pessoas com cancro avançado (Greenfeld et al., 2020).

A WHO (2002, 2015) considera os cuidados paliativos como uma abordagem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e cuidadores familiares quando confrontadas com problemas decorrentes de doenças potencialmente fatais. Nesse sentido, as especificidades do declínio físico e cognitivo das pessoas com demência requerem cuidados paliativos próprios, com profissionais de saúde com conhecimentos específicos na gestão de problemas comportamentais e na previsão, avaliação e gestão de problemas físicos e cognitivos, que tenham em consideração as comorbidades da pessoa e com competências de comunicação que permitam o apoio à tomada de decisão (NICE, 2011, 2018b; Van Der Steen, Radbruch et al., 2014). Os mesmos autores consideram ser necessário definir os critérios de cuidados paliativos na demência, uma vez que são mais específicos do que os cuidados paliativos no seu conceito genérico.

1.2. Estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência

De acordo com a NICE (2018a), a alimentação nas pessoas idosas com demência deve atender não apenas aos aspetos nutricionais, mas sobretudo aos aspetos organoléticos, tornando-a sensorialmente mais apelativa, fazendo uso de cores, cheiros, sabores e consistências mais apelativas e mais ajustadas às dificuldades objetivadas. As estratégias de alimentação são múltiplas, dependem de

uma avaliação individualizada e podem ser categorizadas em: intervenções na alimentação, modificação ambiental, suplementos orais, formação da pessoa, família e profissionais e outras intervenções farmacológicas/ecopsicológicas (Borders et al., 2020; Li et al., 2020).

Os profissionais de saúde devem estimular as pessoas com demência a comer e beber através da via oral pelo maior período de tempo possível, garantindo o apoio multidisciplinar sempre que surgirem alterações, como, por exemplo, ao nível nutricional ou da terapia da fala (NICE, 2011), garantindo intervenções que objetivam a independência e o bem-estar (NICE, 2018b).

Se a causa da perda de apetite estiver relacionada com motivos tratáveis, como obstipação, ou dor na cavidade oral, estes deverão ser resolvidos em primeiro lugar (NICE, 2018c). Mesmo assim, se a perda de apetite ou o desinteresse pela comida se mantiver, devem ser oferecidos alimentos e bebidas da sua preferência, com sabores que possam reconhecer facilmente e trazer prazer na alimentação (NICE, 2018c).

Devem optar-se por refeições mais leves e com maior frequência ao longo do dia, optando por pratos com sabores ou aromas familiares à pessoa, por forma a estimular o apetite e a captação da atenção para o momento da alimentação. Se a pessoa idosa com demência demonstrar maior interesse por alimentos doces ou salgados, uma estratégia é oferecer ao longo do dia frutas variadas e de cores distintas ou utilizar ervas aromáticas que intensifiquem o sabor dos alimentos (NICE, 2018a).

Cortar a comida em pequenas porções é fundamental para ultrapassar dificuldades na coordenação motora, utilizando apenas uma colher para se alimentar. Mas também a apresentação da refeição é importante: apresentar loiça/ talheres leves e coloridos que facilitem a sua visualização e que se destaquem da toalha da mesa, por exemplo, ou oferecer pequenas porções da refeição de cada vez para que não dispersem a sua atenção. Outra alternativa é oferecer *finger foods*, isto é, alimentos que possam ser comidos com as mãos. Os *finger foods* são uma importante estratégia dos profissionais de saúde na alimentação das pessoas idosas com demência (Volkert, Beck et al., 2019) e existe uma panóplia de alternativas como: pequenos

pedaços de fruta, legumes, quiches, tortas, outros alimentos gelificados com agar-agar, entre muitos outros.

A alimentação com textura modificada é também uma estratégia utilizada, principalmente quando existem dificuldades na mastigação (por falta de dentição, próteses desajustadas) ou disfagia (a sólidos e/ou a líquidos). A alimentação entérica deve ser ponderada em situações de disfagia consideradas transitórias, e não deve ser usada de uma forma geral nas pessoas idosas com demência, em que o seu desinteresse pela alimentação é uma manifestação da doença (NICE, 2011).

Outra estratégia importante, são as modificações ambientais. O local onde as pessoas idosas com demência fazem a sua refeição pode influenciar o sucesso da alimentação. É importante que seja um ambiente semelhante ao domicílio, proporcionando um ambiente calmo no momento da refeição, não só diminuindo as distrações, mas igualmente dando tempo suficiente para a pessoa idosa com demência poder alimentar-se e disfrutar da refeição (Volkert, Chourdakis et al., 2015). É precisamente o elemento tempo, nomeadamente o tempo que os cuidadores familiares e profissionais de saúde gastam na alimentação destas pessoas que pode influenciar a tomada de decisão sobre as vias e estratégias de alimentação, já que alimentar uma pessoa idosa com demência pode demorar cerca de 45 a 90 minutos (Payne & Morley, 2018).

Para o estágio final da demência, a alimentação de conforto é a estratégia recomendada por orientações internacionais da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) (Druml et al., 2016; Volkert, Chourdakis et al., 2015; Volkert, Beck et al., 2019) e da NICE (2018), que são um conjunto de estratégias individualizadas de conforto e bem-estar. Todavia, existem ainda diversas barreiras relacionadas com a implementação de cuidados paliativos no seu todo, principalmente relacionados com a falta de conhecimento das orientações e os aspetos sócio-económicos associados (Greenfeld et al., 2020). As decisões sobre alimentação de conforto referem-se a um conjunto de objetivos de cuidados orientados para o conforto e bem-estar da pessoa, o menos invasivos possível, numa tentativa de manter a alimentação por via oral de forma cuidada (*careful handfeeding*), em que o conforto torna-se o objetivo primordial dos cuidados em detrimento dos aspetos nutricionais (Palecek et al., 2010).

1.3. O modelo de cuidados centrados na pessoa

A utilização do modelo de cuidados centrados na pessoa (CCP) de McCormack & McCance (2006), em que se dá primazia às necessidades da pessoa através da relação interpessoal que se estabelece, têm-se obtido resultados positivos na qualidade de vida das pessoas idosas com demência e, por isso, consideramos fundamental na consecução de estratégias de alimentação por via oral adequadas e mais aproximadas aos gostos, preferências e crenças da pessoa, pois permite um conhecimento mais profundo da mesma podendo aumentar as oportunidades de sucesso da alimentação por via oral (Fazio et al., 2018; Palecek et al., 2010). A prática de CCP atendendo às capacidades individuais das pessoas idosas com demência e às suas preferências, é a forma mais eficaz de prestar cuidados com dignidade e respeito pela pessoa na mitigação das suas dificuldades quotidianas nas AVD (Prizer & Zimmerman, 2018)

O modelo de CCP compreende quatro constructos (McCormack et al., 2015, p.3):

- *Pré-requisitos*, focados nos atributos dos enfermeiros: ser profissionalmente competente, desenvolver competências interpessoais, estar comprometido com a profissão, ser capaz de demonstrar crenças e valores e autoconhecimento;
- *Ambiente de cuidados*, relacionado com o seu contexto: um *mix* apropriado de competências, um sistema que facilite o processo de tomada de decisão partilhada, relações efetivas entre os profissionais, suporte dos sistemas organizacionais, partilha de poder, potencial de inovação e o ambiente físico;
- *Processos centrados na pessoa*: trabalhar com as crenças e valores da pessoa, compromisso, presença empática, partilha da tomada de decisão e cuidados holísticos;
- *Resultados*: satisfação com os cuidados, envolvimento nos cuidados, sensação de bem-estar e criação de um ambiente terapêutico.

Fazio et al. (2020) discutem as dificuldades da implementação de CCP quando nos referimos a pessoas idosas com demência. Os autores consideram que já desde

a década de 80 que se tem tentado fazer uma clivagem entre o modelo biomédico e um modelo que permita a construção de uma relação terapêutica que ofereça a oportunidade de desenvolvimento de cuidados significativos e individualizados, que não se baseie apenas na modificação do ambiente de cuidados, pois nas pessoas idosas com demência, alterar a cultura de cuidados existente tem-se provado mais difícil, principalmente no que concerne à identificação de comportamentos que revelam stress social ou ambiental.

Existem cinco áreas fundamentais para propiciar CCP: cultura organizacional de CCP, suporte comportamental às pessoas idosas com demência, colocar a pessoa acima dos protocolos, adaptar a formação dos profissionais para promover a cultura dos CCP e valorizar a implementação da flexibilidade dos cuidados (Fazio et al., 2020).

2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

O contacto com situações reais de cuidados permite ao enfermeiro identificar, interpretar e planear intervenções, avaliando os resultados obtidos e reformulando o plano sempre que necessário, tendo uma visão global do problema e, assim, tornar-se perito numa determinada área (Benner, 2001).

O estágio com relatório foi desenvolvido numa Unidade de Demências da região de Lisboa, entre 24 de novembro de 2020 e 30 de junho de 2021. Esta unidade de internamento é dirigida a pessoas com Doença de Alzheimer ou outras demências nos seus diversos estádios. O período de internamento é variável de acordo com o plano de cuidados individual elaborado, dando resposta a situações desde o diagnóstico, estabilização e gestão de problemas comportamentais mais significativos, promoção da autonomia para integração no domicílio e a cuidados de conforto em fases mais avançadas da doença.

É um serviço especializado na área das demências quer ao nível dos recursos humanos como ao nível do espaço arquitetónico.

Estruturalmente, ressalva-se a sua construção em formato de U que permite a circulação das pessoas idosas com demência sem comprometer a sua segurança, com corredores mais amplos em relação a outros serviços do mesmo hospital e

praticamente desprovidos de obstáculos. A luminosidade é, maioritariamente, natural: grandes janelas nos quartos e ao fim de cada corredor, para potenciar ao máximo a claridade natural e apoiar, dentro do possível, a orientação circadiana das pessoas com demência.

Ao nível dos recursos humanos, a equipa é constituída por quinze enfermeiros, duas médicas da especialidade de Medicina Geral e Familiar, um médico neurologista e um psiquiatra, uma médica consultora na área da Medicina Interna, uma nutricionista, duas terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta e uma gestora de clientes.

Considerando o panorama nacional relacionado com a pandemia da COVID-19, não foi possível realizar o estágio de observação prévio à elaboração do projeto de estágio. Ainda assim, ressalva-se a realização de uma reunião informal com a enfermeira coordenadora da unidade, que permitiu antever a exequibilidade e pertinência do tema geral no âmbito dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e restantes profissionais de saúde, sendo um tema com relevância destacada na evidência científica.

2.1. Justificação e pertinência do projeto

Um estudo acerca de alimentação e hidratação artificiais identificou que muitos dos problemas de alimentação nas pessoas com demência começam antes de qualquer decisão sobre alimentação artificial, iniciando-se no momento em que a pessoa com demência necessita de ajuda para se alimentar (Pasman et al., 2003).

Existe uma ligação entre a interpretação dos comportamentos aversivos e as intervenções dos enfermeiros, considerando que estes não só lidam com a recusa alimentar de formas distintas, como têm dificuldade em interpretar comportamentos semelhantes à recusa alimentar e que, por vezes, não são mais do que manifestações da sua agnosia ou apraxia ou causas físicas ou patológicas ainda não exploradas (Pasman et al., 2003).

As orientações internacionais da NICE e da ESPEN indicam não existir suporte científico que comprove a eficácia da alimentação entérica via PEG ou sonda nasogástrica (SNG) ao nível nutricional, cicatrização de feridas ou prevenção de

pneumonias de aspiração nas pessoas idosas com demência (NICE, 2018; Volkert, Chourdakis et al., 2015; Volkert, Beck et al, 2019). Contudo, esta técnica continua a ser uma opção significativa nos cuidados em fim de vida a estas pessoas quando comparada com outras sujeitas a cuidados paliativos (Chen et al., 2017), confrontando a equipa de enfermagem com decisões sobre questões éticas importantes sobre como alimentar estas pessoas, qual o significado que atribuímos à alimentação nas pessoas idosas com demência e como esta perceção influencia a tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar.

Ao longo da minha experiência profissional, esta dualidade entre manter a alimentação por via oral ou avançar para alimentação entérica demonstra-se como um problema transversal a inúmeros contextos de cuidados. A literatura analisada demonstra-a como um problema internacional, pois apesar de as culturas, normas, valores e crenças serem diferentes entre países, os problemas relacionados com a alimentação das pessoas idosas com demência são comuns e isto deve-se ao facto de a alimentação ser uma experiência humana (Aselage et al., 2011).

Os enfermeiros e restante equipa são constantemente confrontados com questões emocionais importantes entre proporcionar bem-estar e qualidade de vida e princípios éticos como a não-maleficência. Esta gestão emocional interna, aliada ao contexto sociocultural e emocional dos cuidadores familiares é uma tarefa árdua e complexa, exigindo uma capacidade de análise crítica profunda sobre o que significa *alimentar* estas pessoas, qual o custo-benefício da tomada de decisão, mas sobretudo o que significa para a pessoa avançar para alimentação entérica. Esta decisão pode significar imobilizar a pessoa física ou quimicamente para que não remova a sonda, bem como todos os efeitos psicológicos e físicos dessa contenção. Qual a perceção dos enfermeiros sobre esta situação? Como experienciam as dificuldades na alimentação e como isso se revela na sua prestação de cuidados?

Apesar de a evidência científica relacionar a decisão por alimentação via entérica nas pessoas idosas com demência com as experiências, crenças e perspetivas dos profissionais de saúde, poucos estudos foram realizados diretamente a enfermeiros. A presente investigação ajudará a colmatar essa lacuna sobre as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências, trazendo um importante contributo na prossecução da melhoria dos cuidados de enfermagem,

uma vez que estas experiências e perspetivas têm um impacto direto na qualidade de vida destas pessoas.

Os enfermeiros são um dos recursos dos cuidadores familiares para a clarificação de conceitos, estratégias, processos e vias de alimentação (Lopez et al., 2010) e deverão ser um recurso entre si através da partilha e discussão no seio da equipa multidisciplinar. Assim, as intervenções do enfermeiro especialista implicam trabalhar e gerir as perspetivas não só da pessoa e cuidadores familiares, mas também da restante equipa, no sentido de maximizar o ambiente terapêutico (OE, 2018), numa postura empática de compromisso e partilha da tomada de decisão em prol do bem-estar, otimizando cuidados e a articulação da equipa de saúde, adaptando os recursos às situações e contextos (OE, 2019), considerando que os cuidados deverão ser centrados na pessoa (Fazio et al., 2018; McCormack & McCance, 2006).

2.2. Finalidade, objetivos e atividades planeadas

O projeto de estágio teve como finalidade desenvolver competências comuns e específicas de enfermeira especialista e em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de cuidados à pessoa idosa, com o desenvolvimento do raciocínio clínico e de capacidade de conceção, gestão e supervisão (OE, 2019) bem como a obtenção do grau de mestre tal como definido pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 Setembro, 2016) que preconiza aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas de contextos multidisciplinares desenvolvendo temáticas originais em contexto de investigação. Alicerçados nesta finalidade, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados às pessoas idosas com demência.

Objetivos Específicos:

- Prestar cuidados à pessoa idosa com demência em situação de cuidados complexa;
- Promover formação em serviço à equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde sobre alimentação nas pessoas idosas com demência;
- Descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre a alimentação nas pessoas idosas com demência.

Para alcançar os objetivos propostos, foram planeadas as seguintes atividades:

- Perceção da estrutura física da unidade, bem como da constituição e organização das equipas de saúde, com apoio do enfermeiro orientador;
- Compreensão do circuito das pessoas idosas com demência no hospital e especificamente na unidade de demências;
- Consulta de normas, protocolos e recursos da equipa de enfermagem;
- Observação da dinâmica da unidade na gestão do quotidiano e de problemas das pessoas idosas com demência em contexto de internamento;
- Prestação de cuidados às pessoas idosas com demência e articulação com a equipa multidisciplinar;
- Promoção de estratégias de alimentação junto da equipa de saúde;
- Realização de sessão de formação à equipa de saúde sobre alimentação nas pessoas idosas com demência;
- Realização de um estudo qualitativo sobre as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre alimentação das pessoas idosas com demência.

3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS

3.1. Prestação de cuidados às pessoas idosas com demência

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a várias pessoas idosas com demência de diferentes etiologias. Os motivos de internamento na unidade de demências são vários: clarificação de diagnóstico, gestão comportamental, agudização de outras doenças crónicas, doenças agudas em pessoas já com diagnóstico de demência, pessoas provenientes de outros serviços do hospital para estabilização comportamental, cuidados paliativos, descanso do cuidador, entre muitos outros.

A progressão da demência está associada a uma sequência de perda funcional nas AVD, geralmente seguindo a ordem: tomar banho, vestir-se/despir-se, utilizar o sanitário, andar e alimentar-se (Mlinac & Feng, 2016; Prizer & Zimmerman, 2018). Para avaliar o nível de independência nas AVD, era utilizado o índice de Barthel na admissão e depois mensalmente ou sempre que existisse alteração do estado geral de saúde. O nível de dependência nas AVD está relacionada com a progressão da demência (Mlinac & Feng, 2016) pelo que a sua avaliação fornece informação crucial ao profissional de saúde sobre o planeamento dos cuidados a prestar (Desai et al., 2004). Eram ainda utilizadas outras escalas como a de Braden e a de Morse, entre outras que se justificassem caso a caso, como a escala de Glasgow, por exemplo.

Numa fase inicial, foi decidido em conjunto com o enfermeiro orientador que faria um pequeno período de observação, permitindo-me não só ficar a conhecer melhor a estrutura da unidade, como a equipa, as rotinas e as pessoas internadas. Uma vez que não tinha sido possível realizar o estágio de observação, este período foi fundamental para entender melhor o quotidiano da globalidade da equipa de enfermagem: os problemas mais frequentes com que se deparavam, as diversas estratégias que utilizavam para os ultrapassar, a gestão dos cuidados em função das pessoas atribuídas. Um fator distintivo da unidade de demências para outros serviços com que havia contactado ao longo da minha experiência profissional, é que o objetivo principal não é só a resolução do quadro que motivou o internamento, mas sobretudo fazê-lo proporcionando qualidade de vida durante esse período e preparar a alta com esse objetivo.

A WHO (2012) define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida é um resultado importante na avaliação das intervenções (Naglie, 2007), mas ainda pouco se sabe sobre os fatores que estão associados a alterações na qualidade de vida na demência pela sua difícil avaliação nesta população (Hoe et al., 2009).

A experiência e a competência só se conseguem com o confronto entre a teoria e a prática através de situações reais de cuidados (Benner, 2001), pelo que após este período observacional, tive a oportunidade de prestar cuidados diretos a pessoas idosas com demência.

Para analisar a prestação de cuidados é imprescindível falar sobre comunicação. A comunicação é a interação existente entre o prestador de cuidados e as pessoas idosas com demência, tanto ao nível verbal como não-verbal, sendo fundamental para a relação terapêutica e requer competências específicas (de Vries, 2013). As pessoas idosas com demência podem apresentar alterações graduais da comunicação que têm impacto nos seus contactos sociais e relações interpessoais (Smirnova et al., 2021). Estas alterações estão relacionadas com o declínio físico e cognitivo: alterações da visão e audição, afasia (de compreensão, expressão ou total), défice na percepção espacial, desorientação, alucinações (Alzheimer's Society, 2020; de Vries, 2013).

Em consequência destes défices, as alterações mais comuns ao nível da comunicação das pessoas idosas com demência são: a anomia, discurso incoerente e repetitivo, diminuição da atenção (Alzheimer's Society, 2020; de Vries, 2013). Existem outros fatores que podem contribuir para a alteração da comunicação das destas pessoas, tais como a dor, o ambiente e a terapêutica (Alzheimer's Society, 2020). Uma vez que a sua capacidade de comunicação se encontra alterada, não conseguem expressar as suas necessidades da forma habitual, mas assim através de expressões comportamentais como agitação, agressividade, frustração e resistência aos cuidados (de Vries, 2013).

Ao longo do estágio, deparei-me com várias situações de alteração comportamental, sobretudo agitação psicomotora. Nestes momentos, era necessário

entender o que motivava aquela alteração, mas em situações de afasia de expressão, por exemplo, a dificuldade cresce. Estas alterações podem estar relacionadas com dor, alteração do humor ou necessidades não atendidas (Atee et al., 2021), e na maioria dos casos a primeira linha de atuação era medicação analgésica prescrita em SOS, o que habitualmente era eficaz para resolução do quadro, caso não o fosse, a segunda linha de atuação eram os antipsicóticos. A dor é prevalente em pessoas idosas com demência (Atee et al., 2021) e o *saber-fazer* da equipa de enfermagem da unidade de demências leva a que estas situações sejam mais facilmente reconhecidas e geridas. Já em outras situações, a terapêutica analgésica estava relacionada com agravamento da agitação ou com estados confusionais, relacionados com reações adversas em situações em que a analgesia era estupefaciente (como a morfina).

A comunicação acompanha todos os cuidados prestados, desde os cuidados de higiene e conforto, à eliminação, a tratamentos necessários, até à alimentação, e as estratégias utilizadas ditam o sucesso ou insucesso dos cuidados. Um dos primeiros casos que contactei na unidade de demências foi um senhor com períodos de agitação psicomotora e resistência aos cuidados. Os cuidados de higiene e conforto eram um momento gerador de *stress* para o próprio e para a equipa.

À entrada no quarto, havia, de imediato, inquietação com o acender das luzes, o barulho da preparação do material, a presença de duas pessoas no quarto, sempre estranhas para o próprio, e era visível o desconforto do senhor que olhava em redor, resistia ao toque com agressividade e não focava a atenção em nenhum dos profissionais. O primeiro pensamento é: o que se passa? O que não estou a entender? Quando a AO se ausentou do quarto para ir buscar a cadeira de higiene, o senhor focou-se em mim, coloquei-me ao mesmo nível do seu olhar e calmamente expliquei quem era e qual o objetivo e permitiu o primeiro toque para remover os lençóis. Quando a AO regressou e recomeçou o barulho com o falar, com material, com expressões como “*vá sr. X., vamos lá levantar e tomar banho, não tenho tempo para isto, vamos lá tirar a roupa*”, o senhor retomou a sua atitude defensiva ao toque.

Nesta situação, a pessoa com demência estava a ser hiperestimulada pelos próprios profissionais e não estávamos a dar-lhe tempo para compreender o que se passava no ambiente que o rodeava, nem tempo para se expressar, sentia-se ameaçado pela forma como estava a ser abordado. Quando os cuidadores

modificaram a sua forma de comunicar, também o senhor modificou o seu comportamento.

O saber escutar e compreender as pessoas idosas com demência podem melhorar a relação e a prestação de cuidados (de Vries, 2013). Existem várias técnicas de comunicação verbal e não-verbal (Alzheimer's Society, 2020) que devem ser tidas em consideração em todas as intervenções:

Técnicas de comunicação verbal:

- Falar com calma e clareza;
- Tom e volume de voz ajustados;
- Usar frases curtas e simples;
- Falar sempre pela positiva e de forma a orientar a pessoa para a tarefa: *“Sr. X, são 13h, está na hora do almoço. Vamos comer”*. Evitar frases pela negativa: *“Sr. X, não se quer levantar?...Não quer comer, pois não?”*
- Não fazer perguntas consecutivas e difíceis (apresentar uma ideia de cada vez) – a velocidade de raciocínio e a compreensão são mais lentas, as pessoas idosas com demência podem sentir-se frustradas;
- Não falar sobre a pessoa como se ela não estivesse lá, nem infantilizar;
- Incluir a pessoa nas conversas com outras pessoas;
- Dar tempo para responder;
- Não interromper a pessoa, deixar expressar os seus sentimentos.

Técnicas de comunicação não-verbal:

- Postura descontraída;
- Sem movimentos repentinos (sempre ao nível da pessoa com demência, caso contrário pode ser considerada uma postura ameaçadora e a pessoa ficar agitada/agressiva)
- Fácies descontraída, semblante calmo;
- Observar a comunicação não-verbal da pessoa idosa com demência (ajuda o profissional a perceber o que a pessoa está a sentir e a ajustar a própria comunicação).

Apesar de a unidade estar estruturalmente preparada para dar resposta a estes casos de demência e de se prestar especial atenção ao ambiente (calmo, desprovido de obstáculos, amplo e acolhedor), existem dois aspetos importantes a considerar: não deixa de ser um hospital, com ruídos e rotinas próprios e com a constante rotatividade de profissionais devidamente fardados (o que pode ser facilitador ou inibidor dos cuidados), em que a pessoa está desprovida da sua rotina e do seu ambiente familiar, bem como o facto de o estágio se ter realizado em plena pandemia COVID-19.

Devido às restrições da pandemia, em que era obrigatório um período de quarentena de 14 dias, e mesmo findo este período, a deslocação fora dos quartos só era possível para determinados tratamentos ou atividades, trazendo um importante impacto aos cuidados e cuidadores (Alzheimer's Association, 2021). Estas modificações ambientais repentinas, aliadas à restrição de visitas durante o período de quarentena, são disruptivas para as pessoas idosas com demência (Leung et al., 2021).

Também o contacto com os cuidadores familiares foi afetado pela pandemia, as visitas foram restritas e as formas de contacto alteradas, passando de um contacto presencial para alternativas como chamadas e videochamadas (Korczyn, 2020). Em situações normais, era habitual a presença assídua de familiares na unidade, por exemplo, durante as refeições, sendo um recurso da equipa de enfermagem em situações de recusa alimentar. Estas situações de isolamento estão associadas a depressão, ansiedade e *stress* e podem refletir-se em agressividade (Korczyn, 2020).

Um caso com que contatei diretamente, era uma pessoa idosa com demência que vivia com o cônjuge numa zona rural, estava com os filhos várias vezes ao dia e tinha diversas atividades ao ar livre. O isolamento social imposto pela pandemia foi uma situação disruptiva, com agravamento do humor, situações de recusa de cuidados e alimentar, o que motivou o seu internamento na unidade de demências para estabilização do quadro. O período de quarentena demonstrou-se por si só um desafio aos cuidados: como explicar à pessoa com declínio cognitivo que tem de estar confinada ao seu quarto? Levantam-se questões importantes: permite-se que a pessoa deambule e mesmo com os devidos cuidados não deixa de representar um

risco potencial de saúde para si e para os outros? E o risco de queda? Quais as alternativas: contenção química, contenção física?

Todas estas questões foram debatidas dentro da equipa multidisciplinar e posteriormente com os cuidadores familiares. Constituem situações de elevada complexidade e o processo de tomada de decisão deve ser cuidadoso, pois influenciará não só o sucesso dos cuidados, mas sobretudo a qualidade de vida da pessoa.

Estas situações de saúde pública trazem um novo contexto para os cuidados das pessoas idosas com demência, sendo necessário os contextos de saúde adaptarem-se, com o menor risco para a pessoa (Iaboni et al., 2020). Neste caso particular, a solução passou por um conjunto de intervenções mobilizadas pela colaboração da equipa multidisciplinar: períodos de contenção física em que se proporcionavam momentos de leitura ou de telefonemas com amigos e familiares, alternados com períodos de deambulação supervisionada e com treino de cuidados. Estes períodos de quarentena devem ser efetivos, seguros, mas compassivos (Iaboni et al., 2020).

Benner (2001, p.63) refere que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se”. Com o constante contacto com as pessoas idosas com demência internadas, e conforme ia aprofundando o conhecimento sobre estas, tornava-se mais fácil interpretar e até antecipar alterações e ajustar as intervenções. Por exemplo, uma pessoa com ideação de fuga, com necessidade de uma deslocação ao exterior da unidade de demências para um exame complementar de diagnóstico e posterior regresso à unidade, foi uma das situações em que se anteciparam alterações comportamentais, nomeadamente agitação psicomotora e possibilidade de agressividade. Para proporcionar a sua deslocação em segurança, para a pessoa e para a AO que a acompanhava, foi necessário recorrer a intervenções farmacológicas antes da sua saída da unidade e no seu regresso, que foram eficazes. Neste caso, uma intervenção não-farmacológica que poderia ter sido eficaz e evitando a intervenção farmacológica, teria sido o acompanhamento pelo filho da pessoa em questão, cuidador familiar de referência e que lhe trazia conforto e segurança, todavia existia a premência do exame e a indisponibilidade do cuidador para o acompanhamento.

Esta antecipação de problemas potenciais permite um planejamento de cuidados individualizado e cuidadoso, permitindo explorar conscienciosamente as alternativas existentes, sendo, igualmente, critérios de avaliação de unidades de competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (OE, 2018).

Mas nem sempre é fácil ou evidente, é uma tarefa exigente, em que o conhecimento que a equipa multidisciplinar possui das pessoas idosas com demência vai evoluindo e enriquecendo com o tempo, com o executar de várias alternativas até se chegar ao que é mais eficaz para aquela pessoa e readaptação necessária das intervenções de enfermagem.

Um bom exemplo, são as situações de dificuldade na alimentação em pessoas idosas com demência, um dos focos de intervenção neste estágio. Para compreender o processo fisiopatológico que culmina em problemas de alimentação, há que compreender que o tecido cerebral é composto por nutrientes e é a dieta que fornece a energia e nutrientes necessários para manter a função cerebral e o metabolismo, e existe evidência de que determinadas deficiências nutricionais podem contribuir para o agravamento do declínio cognitivo já existente, pelo que a perda de peso é uma característica clínica proeminente na demência e preditor da sua progressão (Volkert, Choudarkis et al., 2015). A monitorização do peso das pessoas idosas com demência era, por isso, uma das responsabilidades do enfermeiro na unidade de demências em articulação com a nutricionista que fazia uma avaliação nutricional inicial, estipulando a frequência da avaliação do peso e a dieta mais adequada aos objetivos terapêuticos.

A perda de peso pode iniciar-se até mesmo antes de existir um diagnóstico de demência, sustentada por mecanismos complexos, multifatoriais e ainda não totalmente estudados (Volkert, Chourdakis et al., 2015). Em estádios iniciais da demência, a pessoa pode experienciar dificuldades em comprar, armazenar e preparar refeições, ou até mesmo esquecer-se se já se alimentou, trazendo alterações aos hábitos alimentares e risco de perda de peso. Mas com a progressão da doença, a agnosia e a apraxia limitam a capacidade de alimentação e podem surgir alterações comportamentais como agitação ou hiperatividade que dificultam os momentos de refeição e exigem maior consumo energético (Volkert, Chourdakis et al., 2015).

Dois dos casos clínicos em que trabalhei diretamente, esta evolução das dificuldades na alimentação foi evidente. Num dos casos, uma senhora que morava sozinha costumava comprar diariamente as suas refeições num restaurante próximo de casa, mas, entretanto, o seu padrão começou a alterar-se: havia dias em que não ia ao restaurante, outros ia mais do que uma vez sem recordação de que já se tinha deslocado anteriormente, o que levou a que vizinhos alertassem a família para estas incongruências no comportamento. Já na unidade de demências, apresentava agnosia e apraxia pelo que não conseguia alimentar-se de forma autónoma, mas recusava ser substituída nessa tarefa, sendo agressiva com os profissionais, ou afastando os talheres e o tabuleiro das refeições.

Após despiste de eventuais causas orgânicas que pudessem ser resolvidas em primeiro lugar (NICE, 2018b) e que não se observaram, foram articuladas com a nutricionista algumas estratégias de alimentação. Tinha observado que a senhora tinha apetência por tentar alcançar a comida com a mão, quando lhe proporcionávamos tempo para observar a comida, tentando-se por isso os *finger foods*. Todavia, não foi suficiente, pois a senhora rapidamente demonstrava desinteresse pela comida proporcionada.

Recorrendo ao cuidador familiar, foi possível aferir que a senhora sempre teve preferência por salgados e sumos durante a sua vida, o que levou a personalizar a sua dieta proporcionando ao longo do dia *finger foods* dentro das suas preferências (NICE, 2018b) (empadas, croquetes, rissóis, pasteis, quiches, etc.), complementando com suplementos energético-proteicos prescritos pelo médico que eram diluídos em sumos da sua preferência. Outra estratégia eficaz foi proporcionar bolos secos que ficavam perto de si e que podia comer livremente.

Um fator de sucesso neste caso, foi também proporcionar apenas um alimento de cada vez, foi possível entender que a senhora afastava o tabuleiro da refeição por ficar frustrada por não reconhecer o que estava à sua frente, era muita informação para processar em simultâneo. Simplificando a comunicação, apresentando um alimento de cada vez, alimento este que lhe era familiar e da sua preferência e possibilitando que se alimentasse com a mão foi possível providenciar momentos de refeição prazerosos para a pessoa. Através deste conhecimento da pessoa idosa com demência, articulado com o cuidador familiar e nutricionista, foi possível ir

diversificando a sua alimentação para pequenos pedaços de fruta, gelatinas e água com espessante de sabor, promovendo a sua autonomia (NICE, 2018b).

Na unidade de demências, existe a possibilidade de as pessoas com demência escolherem a sua alimentação, o que não só facilita a personalização das dietas, como lhes confere poder de decisão, elementos importantes no modelo de CCP.

Num outro caso, a pessoa idosa com demência não mostrava iniciativa perante a refeição, quando colocada uma colher na sua mão deixava-a cair ou batia com a colher no prato (apraxia). Quando era substituído na alimentação, cuspiam a comida ou tornava-se agressivo com o prestador de cuidados. Ao sentar-me de frente para o senhor e falando calmamente e distraíndo-o da tarefa, aceitava ser substituído na alimentação, mas se distraído por outros fatores (como ruídos exteriores, interrupções de outros profissionais) facilmente desfocava a sua atenção e dificilmente retomava a tarefa. O défice de atenção durante a refeição é um dos fatores de perda de apetite e consequente perda de peso (Suma et al., 2018). Neste caso, foram utilizadas, simultaneamente, diversas estratégias de alimentação em pessoas idosas com demência, tais como:

- Modificação da textura dos alimentos, passando de dieta geral a dieta mole – apresentava lesões orofaríngeas de candidíase oral (iniciando tratamento dirigido e otimização de cuidados de higiene oral), bem como perda de peças dentárias, pelo que para além da mastigação estar comprometida, existia dor na cavidade oral que não conseguia expressar. A dor na cavidade oral é mais prevalente em pessoas idosas com demência do que em pessoas idosas sem demência (van De Rijdt et al., 2020) e as alterações da cavidade oral (dor, perda de peças dentárias, mucosas secas) estão relacionadas com a perda de apetite, diminuição do aporte nutricional e diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas com demência (van de Rijdt et al., 2021);
- Modificação dos talheres – a colher foi substituída por uma colher de plástico, sendo mais leve e mais fácil de manusear;
- Modificação do ambiente da refeição e do posicionamento da pessoa idosa com demência – estando em período de confinamento devido à pandemia, as refeições tinham de ser realizadas nos quartos. Era habitual o senhor manter-se sentado no cadeirão e ser-lhe colocada a mesa de refeição em frente,

ficando o tabuleiro com os alimentos na linha do tórax, o que não só alterava a sua perspetiva visual em relação à comida, como era necessário elevar o braço ao nível do tabuleiro, o que demonstrava ter dificuldade. Nos momentos da refeição, passou a ser transferido para cadeira, proporcionando outra perspetiva em relação aos alimentos (estímulo visual e olfativo) (Liu et al., 2018), diminuindo o esforço físico para alcançá-los. A porta do quarto passou a ser fechada para limitar distrações externas durante a refeição;

- Outras técnicas de alimentação e de comunicação – sentada de frente para a pessoa, conversando calmamente, coloquei a colher de plástico na mão do senhor e com ajuda da minha mão simulei o movimento da alimentação (*hand in hand*), foram repetidos os movimentos várias vezes até que por automatismo, o senhor foi reproduzindo o movimento apenas com a minha mão debaixo da sua (*hand under hand*) para manter o estímulo físico, em simultâneo eram dados lembretes do movimento “*agora ponha a colher na boca*” e ia observando a sua resposta não-verbal para perceber alguma situação de desconforto;
- Técnicas de cuidados centrados na pessoa (CCP) e de alimentação de conforto – é importante para a pessoas idosas com demência manter uma rotina, mas também é importante respeitar o tempo da pessoa e não forçar a alimentação só porque está na hora da refeição, da nossa tarefa. A pessoa, estando no centro dos cuidados, deve ser compreendida, pode não querer a refeição naquele momento, mas aceitar mais tarde, ou demorar mais tempo do que o habitual para ingerir uma refeição (noutros casos, a refeição podia demorar até 2h a ser concluída com sucesso). Este é um dos desafios à implementação de CCP nas pessoas idosas com demência: identificar situações de *stress* no ambiente de cuidados e proporcionar flexibilidade nos recursos humanos e físicos para as ultrapassar, colocando a pessoa no centro dos cuidados (Fazio et al., 2020).

Este caso específico foi bem-sucedido, tendo tido a colaboração de toda a equipa multidisciplinar. Mas não foi um sucesso repentino, são semanas de intervenção entre todos os profissionais envolvidos. Posteriormente, conseguiu-se integrar o senhor no refeitório juntamente com outros residentes e ia repetindo os

movimentos da alimentação através da mímica. Todas as intervenções foram devidamente registadas.

Alguns casos clínicos são mais complexos, em que as intervenções ao nível da alimentação não têm o resultado esperado e iniciam-se as questões éticas sobre iniciar ou não alimentação artificial. Na alimentação artificial incluem-se: suplementos nutricionais orais, alimentação entérica ou parentérica, incluindo-se também a hidratação artificial (qualquer via de hidratação que não a oral) através da via endovenosa ou subcutânea (Druml et al., 2016).

Os suplementos nutricionais orais, como suplementos hiperproteicos e/ou hipercalóricos, são uma estratégia comum de fortificação da dieta natural, sendo recomendados em situações de pessoas idosas com desnutrição ou risco de desnutrição (Borders et al., 2020; Druml et al., 2016; Volkert, Beck et al., 2019). Ao nível da hidratação artificial, a via subcutânea também é recomendada pelas orientações internacionais (Druml et al., 2016; Volkert, Beck et al., 2019) desde que sejam considerados os seus riscos e benefícios. Tanto os suplementos, como a hipodermoclise eram estratégias comumente utilizadas na unidade de demências, sempre sob prescrição médica.

A alimentação entérica nas pessoas idosas com demência levanta importantes questões éticas e é desaconselhada por não existir evidência científica que suporte o seu benefício (Druml et al., 2016; Volkert, Beck et al., 2019). Tive a oportunidade de participar em duas reuniões multidisciplinares, onde é feito o acompanhamento dos casos clínicos da unidade de demência: plano de cuidados, avaliação das intervenções, redefinição do plano. Em algumas situações durante o estágio, a via de alimentação entérica foi ponderada e pude acompanhar e participar no processo de tomada de decisão. Considero que, ao nível de aprendizagem, foi fundamental acompanhar este processo, as suas várias etapas, o debate no seio da equipa multidisciplinar, a ponderação, a articulação necessária entre a equipa e os cuidadores familiares.

Antes de se discutir a alimentação entérica, houve sempre uma questão prévia: já se esgotaram todas as estratégias de alimentação oral possíveis? Esta questão é fundamental, pois só se deve ponderar a alimentação entérica depois de esgotadas

todas as alternativas de alimentação natural (Druml et al., 2016). Outras questões importantes que devem ser respondidas claramente de forma a ponderar a alimentação entérica são: irá melhorar ou manter a qualidade de vida? São os seus riscos menores que os seus benefícios? (Volkert, Beck et al., 2019).

De uma forma informal, uma preocupação comum que a equipa de enfermagem partilhava era perceber qual o momento específico em que se deveria colocar a hipótese da alimentação por via entérica, mas também o que significaria para a pessoa não dar este passo. Afinal, como se alimenta uma pessoa idosa com demência e que significado atribuímos à alimentação enquanto enfermeiros? A unidade de demências dispõe de uma equipa multidisciplinar científica e humanamente preparada para estas situações complexas, tendo igualmente um Grupo de Nutrição Entérica que é chamado a intervir nestas situações, sendo um recurso da equipa no processo de tomada de decisão.

Ao longo do estágio, existiu apenas uma situação de ponderação de PEG e uma de SNG, ambas em situações muito específicas de saúde. A formação profissional e ética da equipa é essencial para esclarecer os cuidadores familiares ou procuradores de saúde para que tomem decisões informadas e esclarecidas sobre alimentação entérica, tendo o enfermeiro um papel de elo de ligação (Lopez et al., 2010).

Outra questão que é levantada é a necessidade de contenção química ou física para que não haja remoção do tubo de SNG ou PEG. A contenção física, apesar de ser considerada uma medida de segurança para que a pessoa não cause danos a si própria, restringe a liberdade de movimentos e levanta, por si só, mais questões éticas. Esta pode provocar lesões músculo-esqueléticas, como contracturas e rigidez articular, alterações da circulação no local da contenção, obstipação por diminuição dos movimentos, incontinência, feridas, diminuição da capacidade cardiopulmonar, aumento da agitação e confusão, isolamento social e perda de autonomia e dignidade (Agrawal et al., 2021).

Uma situação vivenciada no estágio foi um caso de uma pessoa, com 65 anos, diagnosticada com Doença de Alzheimer, que foi admitida na unidade de demências por recusa alimentar importante, o que já havia motivado dois internamentos

anteriores em serviços de medicina de outros hospitais por desnutrição e desidratação grave. Nos internamentos anteriores havia sido entubado por via nasogástrica, com necessidade de contenção física para que não removesse a sonda; mas, após o regresso ao domicílio, já sem a sonda, mantinha-se a recusa alimentar, com episódios crescentes de agitação psicomotora e agressividade física.

Na unidade de demências, após controlo comportamental com terapêutica subcutânea (por inviabilidade da via oral devida a recusa), despiste de outras alterações potencialmente resolvíveis, foram exploradas todas as estratégias de alimentação possíveis até à sua exaustão, mas a pessoa ou não abria a boca, ou quando colocava comida na boca não a mastigava nem deglutia, não existia qualquer ingestão alimentar ou hídrica pela via oral. Apesar dos esforços da equipa multidisciplinar, nenhuma estratégia se mostrou eficaz e a perda de peso aumentou. Foi o momento em que se equacionou a alimentação entérica; numa primeira fase, através de SNG, com necessidade de contenção física e química, mas a antevisão da necessidade de alimentação entérica de longa-duração, por manter recusa alimentar nos períodos sem sonda, conduziu à ponderação de PEG em conjunto com os cuidadores familiares.

Nestas situações complexas, as perspetivas dos enfermeiros sobre alimentação nas pessoas idosas com demência diferem, atribuindo significados diferentes à alimentação. As reuniões multidisciplinares são impulsionadoras da discussão entre os vários profissionais, permitindo uma visão mais abrangente dos cuidados, mas são limitadas à presença da enfermeira coordenadora da unidade que depois transmite a informação à restante equipa.

Estas situações clínicas em processo de tomada de decisão são de complexa gestão pela equipa de enfermagem, tanto ao nível profissional como pessoal, pelas variadas questões éticas que levantam. As diversas etapas deste processo ficam desvanecidas pela reduzida discussão no seio da equipa de enfermagem e questões como existência de Testamento Vital não são consideradas por todos os elementos da equipa.

Outra preocupação que fomos debatendo ao longo do estágio foram as situações de contraindicação para colocação de SNG ou PEG por causas físicas ou

por decisão do cuidador familiar ou procurador de cuidados e como alimentar a pessoa com demência nestes casos. O que se ressalva é a individualização e personalização: “cada caso é um caso” que tem de ser analisado cuidadosamente pela equipa multidisciplinar, considerando todas as dimensões da pessoa, considerando as perspetivas, crenças e valores dos cuidadores familiares. As conferências familiares eram uma das estratégias utilizadas para promover este diálogo entre a equipa e os cuidadores familiares, atualizando-os sobre o estado clínico da pessoa, ajudando a definir objetivos de cuidados, a discutir o plano de cuidados, gerir eventuais conflitos, discutir preocupações e preparar a alta da pessoa.

3.2. Formação aos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre alimentação nas pessoas idosas com demência

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de ser um elemento facilitador das aprendizagens em contexto de trabalho, avaliando as necessidades formativas e as estratégias formativas necessárias à melhoria dos cuidados prestados e avaliando o impacto da formação. A partilha de informação relevante e de acordo com a evidência científica atual é igualmente uma competência do enfermeiro especialista, parte integrante da melhoria contínua da qualidade, e que desenvolva uma prática baseada na evidência científica “(...) orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (OE, 2018, p.19360).

As formas de aprendizagem são múltiplas e dependem não apenas de fatores individuais e experienciais, mas também de fatores ambientais como por exemplo o contexto de trabalho em que o profissional se encontra inserido. Este conceito de formação de adultos, tem especial importância uma vez que estes têm uma necessidade específica de saber a utilidade do que estão a aprender e têm vontade de aprender se os conteúdos tiverem aplicabilidade (Draganov, Friedländer, & Sanna et al., 2011).

De acordo com ESPEN (Volkert, Chourdakis et al., 2015), a formação e treino dos cuidadores de pessoas com demência sobre alimentação e nutrição conduz a importantes ganhos ao nível de conhecimentos, atitudes e comportamentos que facilitam a gestão de problemas e a previsão de problemas potenciais.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela formação da equipa multidisciplinar em cuidados centrados na pessoa focados em resultados efetivos para as pessoas com demência, devendo incluir os principais sinais e sintomas de demência e as suas alterações progressivas, tendo sempre em consideração a globalidade do indivíduo e da sua história, percebendo as suas reais necessidades, adaptando estratégias de comunicação e gestão de alterações comportamentais, diminuindo o uso de contenção química ou física, com o objetivo de garantir a qualidade de vida das pessoas idosas com demência (NICE, 2018b).

Na unidade de demências, os cuidados são planeados com intuito de dar resposta a situações desde o diagnóstico diferencial, estabilização e gestão de problemas comportamentais mais significativos, promoção da autonomia para integração no domicílio e a cuidados de conforto em fases mais avançadas da doença. Desta forma, é fundamental que a equipa multidisciplinar coopere na prossecução das estratégias mais adequadas que proporcionem um ambiente adequado à sua estabilização comportamental e conseqüentemente à sua alimentação.

Com o objetivo de promover estratégias de alimentação às pessoas idosas com demência junto da equipa multidisciplinar, foi elaborado um plano de formação que pudesse responder às necessidades do serviço. Através de conversas informais com a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, concluiu-se que a alimentação é um tema relevante e gerador de *stress* e frustração em situações aversivas, o que está de acordo com a evidência científica atual que refere que as refeições das pessoas idosas com demência podem ser situações exigentes e de elevado *stress*, com impacto na sensação de autoeficácia profissional (Holteng et al., 2017).

Considerando que as modificações ambientais e as modificações comportamentais dos cuidadores através da atualização das estratégias de alimentação são fatores preponderantes para a minimização de problemas existentes

e prevenção de problemas potenciais (Herke et al., 2018), foram consideradas como prioridade de formação na área da alimentação das pessoas idosas com demência, com a anuência da enfermeira coordenadora e enfermeiro orientador. Ficou ainda definido que os assistentes operacionais deveriam ter especial enfoque no plano de formação, por a alimentação ser uma tarefa que muitas vezes lhes é delegada pela equipa de enfermagem, pelas estratégias de comunicação necessárias para prestar cuidados a este nível e pela heterogeneidade na experiência da equipa.

Os assistentes operacionais são um dos grupos profissionais que mais contacta diretamente com as pessoas com demência durante os momentos de alimentação, habitualmente deparando-se em primeira instância com dificuldades ao nível da alimentação destas pessoas e que reportam à equipa de enfermagem, sendo também os responsáveis por executar as modificações ambientais necessárias para os momentos de refeição de acordo com as orientações da equipa de enfermagem.

Fazio et al. (2020) consideram no seu estudo que adaptar a formação para promover a cultura dos cuidados centrados na pessoa é fundamental, incentivando os profissionais a refletir sobre os cuidados prestados, sobre quais as estratégias que poderão beneficiar as pessoas idosas com demência e dar abertura para se fazer esta discussão não só nos momentos informais de contato com a equipa, mas também durante a formação formal. Inclusivamente, a OE (2017) considera a reflexão como um meio que contribui para a garantia da qualidade dos cuidados.

A operacionalização do plano de formação necessitou de ajustes específicos perante a situação pandémica vivida com a COVID-19. Estabeleceu-se um limite de 10 participantes por sessão, em sala ampla, com ventilação natural e cumprindo o uso de máscara e de distanciamento físico conforme normas em vigor. O contato formal foi restrito ao número de horas essenciais para abordar os conceitos teóricos relacionados com a alimentação das pessoas idosas com demência, privilegiando-se o contato informal na assunção prática dos conceitos e técnicas discutidas.

De forma a adequar o plano de sessão ao público-alvo, realizou-se uma sessão de formação (Apêndice I) com duração de cerca de 45 minutos, direcionada a assistentes operacionais, reportando a estratégias práticas de alimentação e de comunicação, aplicáveis nas situações quotidianas do serviço, fomentando a partilha de experiências e de dúvidas. Foi realizada a avaliação da formação e da formadora

no final da sessão, verificando se a formação foi de encontro aos objetivos, expectativas e necessidades formativas, tendo sido bastante positiva.

Planeou-se, igualmente, uma sessão de formação direcionada a enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, com a duração de 1 hora. Esta sessão abordaria de forma mais complexa a temática da alimentação nas pessoas idosas com demência, nomeadamente no que concerne aos CCP, modificação ambiental, técnicas de comunicação e estratégias de alimentação. Todavia, não foi possível realizar a sessão agendada devido a condicionantes do serviço na data planeada.

Relativamente à equipa de enfermagem, as estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência foram abordadas de forma formal e informal, seja ao nível da passagem de turno e registos de enfermagem, mas também através de discussão informal sobre diversas situações de cuidados relacionadas com dificuldades na alimentação.

Tive a oportunidade de constatar que estes momentos informais foram os mais eficazes na partilha de conhecimento. Sendo momentos mais descontraídos, propiciavam a discussão de casos de forma mais natural, havia uma troca de experiências sobre as estratégias que já se tinham experimentado para ultrapassar uma determinada dificuldade e que funcionaram ou não e quais os motivos, explorando em conjunto o que ainda tínhamos à disposição para tentar, quais as estratégias que mais se adequavam àquela pessoa e como transpor isso para a prática. Apesar do alicerce científico necessário a qualquer boa prática de cuidados, o conhecimento profundo da pessoa, a imaginação e a tentativa-erro mostraram-se ferramentas úteis na prossecução de estratégias eficazes.

Esta partilha, esta reflexão conjunta, foi crucial para a minha aprendizagem. Não só permitiu que fosse progressivamente refinando o meu raciocínio clínico ao nível de situações complexas de cuidados, como me desafiou a estudar de forma mais profunda sobre o tema e estratégias de alimentação. Importa ressaltar que o contexto de estágio era numa unidade de demências, estando incluída numa equipa de enfermagem com um nível de perícia elevado, mas não homogéneo, sobre esta e outras temáticas relacionadas com as demências e era fundamental acrescentar algo novo à equipa. O facto de ter experiência com pessoas idosas, seja com demência ou

com déficit cognitivo, permitiu-me entender melhor as dificuldades da equipa e a avidez de meios facilitadores da tomada de decisão e permitiu integrar-me como um elemento facilitador dessa aprendizagem. Afinal, como fazer esta ponte entre o conhecimento científico e a prática clínica? Que significado atribuem os enfermeiros à alimentação?

Ao longo das discussões informais sobre a alimentação nas pessoas idosas com demência foi possível entender a necessidade de dar a conhecer e clarificar o que baseia a maioria das abordagens encetadas e partilhar o conhecimento científico existente, não só ao nível de estratégias de alimentação, mas também sobre o que baseia o processo de tomada de decisão na ponderação sobre alimentação entérica.

Assim sendo, em complementaridade, foi elaborado um documento contendo as principais estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência emanadas pelas orientações da ESPEN (Druml et al., 2016, Volkert, Chourdakis et al., 2015; Volkert, Beck et al, 2019) e da NICE (NICE, 2018a, 2018b, 2018c), com intuito de discutir e refletir sobre elas, por exemplo, nos momentos de passagem de turno (Apêndice II).

3.3. Estudo de investigação sobre as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre alimentação das pessoas idosas com demência

3.3.1. Objetivos

O presente estudo pretende responder à questão de investigação “Quais as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre alimentação das pessoas idosas com demência?”. Tem como objetivo descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre a alimentação das pessoas idosas com demência.

Através da compreensão das experiências e dificuldades sentidas durante a alimentação destas pessoas, procuramos obter dados que auxiliem a efetivar intervenções de suporte à equipa de enfermagem com impacto direto na qualidade de vida das pessoas idosas com demência.

3.3.2. Tipo de estudo e participantes

Tratou-se de um estudo qualitativo, tendo como método de colheita de dados a entrevista semiestruturada que foi aplicada a 7 enfermeiros de uma Unidade de Demências de um hospital da região de Lisboa.

Consideraram-se critérios de inclusão os enfermeiros que se encontravam em funções no período da colheita de dados, que exerciam prestação de cuidados diretos na Unidade de Demências há mais de 6 meses e que aceitassem participar de forma voluntária confirmada através da assinatura do consentimento informado.

Consideraram-se critérios de exclusão os enfermeiros que exerciam funções na Unidade de Demências há menos de 6 meses e que não estivessem em funções na unidade durante o período de colheita de dados.

3.3.3. Procedimentos

De forma a motivar e recrutar participantes foi enviado um email à equipa de enfermagem esclarecendo sobre os objetivos do estudo e pertinência do tema.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora entre maio e junho de 2021 através de videoconferência individual, garantindo assim a segurança dos intervenientes durante a fase pandémica, com uma duração média de cerca de 20 minutos. As entrevistas decorreram de acordo com a disponibilidade dos participantes, procedendo-se à sua gravação áudio para posterior análise, a qual será destruída após um ano e a transcrição em papel após cinco anos (não se procedeu à gravação de imagem para preservação dos participantes).

3.3.4. Aspetos éticos

Ao longo do estudo foram respeitados os princípios éticos através do anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados obtidos durante as entrevistas, não

sendo colhidas informações que permitissem a sua identificação e garantindo o princípio ético da autonomia. Para o efeito, elaborou-se um modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice III) que foi apresentado em duplicado, uma via para a investigadora e uma via para o participante. Foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ESEL (Anexo I). Foi ainda solicitada autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados à Comissão Científica do Hospital.

3.3.5. Instrumento de recolha de dados

A colheita de dados foi realizada através de um guião de entrevista (Apêndice IV) composto por duas partes. A primeira parte, constituída por perguntas fechadas com o objetivo de obter uma breve caracterização sociodemográfica dos participantes: género, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional na unidade de demências. A segunda parte, constituída por um conjunto de questões abertas desenvolvido através da revisão da literatura sobre estudos qualitativos que exploraram as experiências e perspetivas de profissionais sobre a alimentação nas pessoas idosas com demência e que possuem os cuidados centrados na pessoa como modelo central.

3.3.6. Método de análise dos dados

Após a recolha dos dados, as entrevistas foram transcritas a *verbatim*. O conjunto de documentos foi analisado utilizando a técnica de análise de conteúdo, baseada em Bardin (2018), de natureza temática, isto é, procurou identificar categorias e subcategorias na informação analisada. O conteúdo das entrevistas foi lido várias vezes para a compreensão global do conteúdo, de seguida foi efetuada a seleção das unidades de registo (com significado específico e autónomo), verificada a unidade de contexto e, por fim, foi estabelecido o sistema de categorias e subcategorias. O processo de análise foi realizado manualmente.

3.3.7. Apresentação dos resultados

3.3.7.1. Caracterização da amostra

No presente estudo participaram quatro mulheres e três homens (n=7), com

idades compreendidas entre os 27 e os 54 anos, com uma média de 37,1 anos. A experiência profissional dos participantes oscilou entre os 5 e 21 anos, com uma média de 12,9 anos. Relativamente ao número de anos de experiência profissional na unidade de demências, verifica-se que há participantes com 1 ano e com 11 anos, sendo a média de 5 anos de experiência na unidade.

3.3.7.2. Resultados

Da análise efetuada, os resultados obtidos foram agrupados da seguinte forma:

Tabela 1 – Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
Significado que os enfermeiros atribuem à alimentação nas pessoas idosas com demência	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação de necessidades nutricionais • Individualização/Personalização
Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Recusa alimentar • Desconfiança em relação aos cuidados e/ou aos profissionais • Dificuldade em conhecer a pessoa idosa com demência relacionada com outros problemas relacionados com a doença
Estratégias de alimentação eficazes	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados na pessoa • Alimentação de conforto • Ambiente de refeição
Experiências dos enfermeiros nos cuidados de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Positivas • Negativas
Principal decisor entre alimentação de conforto e alimentação entérica	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar
Papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Principal interveniente nas estratégias de alimentação

	<ul style="list-style-type: none"> • Elo entre equipa multidisciplinar e cuidadores familiares
<p>Discussão em equipa das orientações da ESPEN e da NICE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento das orientações • Ausência de discussão

Significado que os enfermeiros atribuem à alimentação nas pessoas idosas com demência

Relativamente ao *significado que os enfermeiros atribuem à alimentação nas pessoas idosas com demência*, destacaram-se duas subcategorias:

- Satisfação de necessidades nutricionais:
 - “Que consigam ter o suficiente para conseguir ter um aporte nutricional e iónico o suficiente.” (E1)
 - “(...) uma alimentação que consiga fornecer os nutrientes necessários para aquela pessoa (...)” (E4)
- Individualização/personalização:
 - “(...) é muito individual, depende de pessoa para pessoa tem que ser mesmo um plano muito individualizado (...)” (E2)
 - “Tem de ser caso a caso (...) ao nível da necessidade da pessoa.” (E4)
 - “(...) que tragam algum conforto e algum (...) acalento, no momento da refeição” (E6)

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a alimentação

Na categoria *dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a alimentação de pessoas idosas com demência*, foram agrupadas nas seguintes subcategorias:

- Recusa alimentar:
 - “(...) muitas vezes é por a recusa alimentar por problemas de anorexia e outra debilidade da parte deles (...)” (E1)

- *“Aquele que é a minha maior dificuldade é quando me deparo com questões de uma recusa franca de alimentação (...)” (E2)*
- *“(...) a maior dificuldade passa pela recusa (...)” (E5)*
- Desconfiança em relação aos cuidados e/ou aos profissionais:
 - *“(...) desconfiança da parte deles muito associada a desconfiança a nós (...)” (E1)*
 - *“(...) quando a pessoa está numa fase de negação, negação no sentido de não querer os nossos cuidados (...)” (E4)*
- Dificuldade em conhecer a pessoa idosa com demência por outros problemas relacionados com a doença:
 - *“(...) perceber o que é que a pessoa pretende, porque muitas não se expressam através da fala, têm alguma afasia de expressão e às vezes também de compreensão, afasia global, e é difícil tentar compreender a pessoa com essa limitação e não a conhecemos no seu todo (...)” (E3)*

Estratégias de alimentação eficazes

Relativamente às *estratégias de alimentação mais eficazes experienciadas pelos enfermeiros da unidade de demências*, os cuidados centrados na pessoa, a alimentação de conforto e o ambiente de refeição, foram as que se evidenciaram.

- Estratégias de cuidados centrados na pessoa:
 - Não forçar a alimentação
 - *“O que não resulta é o tentar obrigar que isso vê-se claramente porque aí é que entram numa recusa.” (E1)*
 - *“(...) se eu não forçar a pessoa, a pessoa possivelmente vai viver uma boa experiência.” (E7)*
- Adaptação

- *“Temos utilizado muito a adaptação, a serem eles a escolherem a sua própria alimentação (...) adaptar aos gostos, adaptar os horários, porque nem sempre também é nos nossos horários (...)” (E1)*
 - *“Aqui é sempre o modelo centralizado na pessoa, sem dúvida. (...) E vou sempre tentando fazer por tentativa e erro. Se mesmo assim não resulta, tentar conhecer aquilo que eram os hábitos prévios daquela pessoa, perceber se era habitual...a que horas é que era habitual comer, que tipo de comida é que gostavam de mais (...)” (E2)*
 - *“(...) é preciso um bocadinho a estratégia às vezes de tentativa erro e também aqui a alternativa de quando existe tentar a ajuda por parte da família, do cuidador, para tentar ajudar (...) a que tem mais resultado é através do hobby que a pessoa gosta. Imagina, sempre esteve habituado a fazer a refeição a ver um programa específico da televisão, é mais fácil de levar a pessoa a concluir a refeição ou que tenha ali algum aporte nutricional. Já aconteceu também introduzirmos as vídeo-chamadas, principalmente em tempos de pandemia (...) Acho que acima de tudo é preciso conhecê-la.” (E3)*
- **Tempo**
 - *“(...) dar-lhes um bocadinho tempo, também não ser aquele tempo, que a gente tem aquele tempo das refeições e tem que ser dentro daquele tempo, acho que é um bocadinho mais adaptar aos gostos às necessidades, um bocadinho ao tempo deles.” (E1)*
 - *“(...) temos que ser muito flexíveis mesmo no que concerne aos horários de refeições, ou seja, não ser muito rígido, do “agora o pequeno-almoço, agora o meio da manhã, agora é o almoço”, pronto, quando há vontade, quando há abertura é agora que se consegue, é agora que se alimenta.” (E2)*
 - *“Eh pá, é necessário estar lá meia hora estamos.” (E7)*
- **Finger foods**
 - *“(...) em casos de agnosia muito grave em termos de talheres, mas percebemos que com a mão a pessoa come, com croquetes com empadas, com o que for, portanto estas foram estratégias que eu achei muito eficazes (...)” (E2)*

- *“(...) opta-se por facultar alimentação mais de petisco, ou seja, uns pasteis de bacalhau ou algo deste género que se torne mais apelativo e lá está... conseguimos que eles consigam aderir mais a isso.” (E5)*
- **Simplificação da tarefa**
 - *“Uma estratégia que por exemplo que nós usamos muito é em vez de facultar, por exemplo, o tabuleiro com a refeição completa, facultando as coisas uma coisa de cada vez, ou seja, primeiro apresentamos a tigela da sopa, por exemplo, e vemos se a pessoa adere, se comer depois disso é que facultamos o prato e só por fim a sobremesa.” (E5)*
 - *“Mas utilizamos as estratégias de não pôr vários instrumentos durante a alimentação (...)” (E6)*
 - *“(...) uma das estratégias é reduzir-lhe o prato e é algo frequente pedir meio prato para o doente no sentido de reduzir a quantidade e o doente não vê uma quantidade tão grande e acaba por comer, não fica assustado com a quantidade. Outra estratégia, por exemplo se o doente se desorganizar muito, é oferecer-lhe a alimentação fracionada.” (E7)*
- **Estratégias de alimentação de conforto:**
 - *“Já tivemos casos em que o gelado foi a nossa porta de entrada e depois transformámos suplementos alimentares como o forticreme e o fortimel em gelados.” (E2)*
 - *“O nosso objetivo não é que a pessoa coma tudo, o nosso objetivo é que antes demais que a pessoa esteja bem, que tenha sido um momento de convívio, um momento de prazer e que sim, que tenha algum aporte nutricional que não é tradutor de comer aquilo tudo.” (E3)*
 - *“(...) é tentativa sempre da alimentação por mão própria, para tentar fazer ainda aquele movimento em automatismo, não é, mas também nem sempre conseguimos e aí sim temos de tentar manter a substituição para ver se consegue se alimentar de alguma parte da alimentação.” (E6)*
- **Ambiente da refeição:**
 - *“Essencialmente acho que é importante um ambiente calmo (...)” (E1)*

- “(...) *Eu acho que o controle ambiental é muito importante. Temos que perceber para aquela pessoa qual é que é o nível de estímulo externo que é ou não agradável para ela, isto porquê: quando tu falas em proporcionar um momento bom de refeição, a refeição particularmente para a população idosa portuguesa, é muito mais do que o comer: é o comer, é a socialização também.*” (E2)
- “(...) *num ambiente mais protegido no sentido em que não tenha tantos estímulos.*” (E4)
- “(...) *a hipostimulação: a alimentação no quarto, mais direccionada um para um (...)*” (E6)

Experiências dos enfermeiros nos cuidados de alimentação

Na categoria *experiências dos enfermeiros nos cuidados de alimentação*, identificaram-se duas subcategorias:

- Experiências de alimentação positivas:
 - “(...) *ela passou dias e dias e dias e dias sem comer porque essa tinha um delírio mesmo muito marcado de envenenamento e foi com essa senhora acho que só conseguiu comer passado já quase duas semanas de lá estar, é que foi mesmo que a gente levou-a até a cozinha deixámo-la lá tirar as coisas, provámos nós a comida à frente dela, lembro-me de um colega me ter ajudado nessa estratégia, e ela a partir daí começou a confiar em nós e começou a alimentar-se lindamente por mão própria (...)*” (E1)
 - “(...) *veio sem qualquer tipo de capacidade, não só aparentemente intelectual como funcional e era muito difícil para nós no início conseguirmos perspetivar aquilo que ele queria (...) tivemos de inserir a videochamada com uma namorada (...) tivemos de introduzir outros profissionais para além do enfermeiro (...) e muito em conjunto e muito variando entre quem o ajudava é que conseguimos efetivamente que ele completasse uma refeição e mais importante que tudo que tivesse prazer nisso*” (E3)
 - “(...) *mas só o facto de vê-lo comer uma simples colher de papa ou de outro cereal que ele gostava aaahhh... realmente foi muito benéfico no contexto*

de perceber que ele estava fazendo aquilo não porque a gente queria, mas porque ele tinha prazer em fazê-lo, em comer.” (E6)

- Experiências de alimentação negativas:

- *“Pela negativa, talvez tenha sido um doente em específico que já nos chegou cá (...) com uma esposa muito exausta também, um senhor que veio de casa já numa fase em que praticamente não comia, cá tentámos várias estratégias nenhuma resultava e percebemos claramente que era um senhor que já não tinha vida relação (...) mas questionámos: avançamos aqui, não avançamos para a colocação de um tubo? Avançámos para a colocação de um tubo, e a verdade é que depois tivemos que o manter sedado, imobilizado (...) Mas foi um caso que me marcou, marcou-me porque me senti frustrada de não ter conseguido chegar a ele, de não ter conseguido com as várias estratégias, pelos menos que ele se alimentasse alguma coisa, que isto trouxesse também à família certo conforto e que não ficassem com aquela ideia “ele vai morrer à fome” que é sempre o medo da família, nem tanto por causa da doença que tem, e deixou de comer porque está muito doente, não, é mais o contrário: pensam sempre “ah, ele deixou de comer e por isso é que vai morrer”.” (E2)*
- *“Houve um caso em específico de um senhor (...) já era um demente muito avançado, já numa fase paliativa inclusive, não nos fazia muito sentido estar a entubá-lo, estarmos a entrar na futilidade terapêutica, só pela questão da alimentação como objetivo concluído.” (E3)*
- *“(...) chegas a uma altura em que não consegues alimentar mesmo a pessoa, não é? E depois das duas uma... aí levantam-se questões éticas: se entuba ou não o doente, se coloca uma PEG ou não ao doente.” (E7)*

Principal decisor entre alimentação de conforto e alimentação entérica

Todos os participantes referiram a equipa multidisciplinar como *principal decisor entre alimentação de conforto e alimentação entérica*. Ressalva-se que ao longo das entrevistas, os participantes revelam uma determinada ordem no processo de decisão:

- Três participantes referem que a tomada de decisão é feita em conjunto entre equipa multidisciplinar e família (E1, E2, E3):
 - *“Aqui neste caso, por acaso é sempre decidido pela equipa e sempre com o consentimento da família é sempre consultada a família nesse sentido.” (E1)*
 - *“Eu acho que deve ser a equipa multidisciplinar sempre. (...) e depois quando a equipa chegar a um consenso, aí sim envolver então família (...)” (E2)*
- Quatro participantes indicam que o processo de decisão inicia-se com a equipa de enfermagem, que posteriormente articula com a equipa médica e restante equipa multidisciplinar (E4, E5, E6, E7):
 - *“(...) inicialmente passa por discussão entre a equipa de enfermagem e depois passamos para a parte médica e expomos a situação (...)” (E5)*
 - *“Eu acho que deve ser a equipa multidisciplinar. (...) na parte da alimentação as pessoas mais envolvidas será sempre o enfermeiro em primeiro lugar (...)” (E7)*

Papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão

Relativamente à categoria *papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão*, identificaram-se as subcategorias:

- Principal interveniente nas estratégias de alimentação:
 - *“(...) eu acho que sempre os enfermeiros, mais que ninguém são as pessoas que estão mais presentes na altura de alimentação (...) são eles que se apercebem mesmo de todas as estratégias e se funcionam ou se não funcionam (...)” (E1)*
 - *“O meu papel é esgotar todas as possibilidades enquanto estratégias não farmacológicas.” (E2)*
- Elo entre equipa multidisciplinar e cuidadores familiares:
 - *“Acho que papel do enfermeiro é também a ponte... a ponte entre os vários terapeutas e a ponte em relação aquilo que é as 24 horas e a ponte com a família (...) o enfermeiro acho que é cola de tudo isto (...)” (E2)*

- (...) *tentar discutir com a equipa aquilo, quais são os prós e os contras e quais são os ganhos e quais são os custos (...) fazer um bocadinho de mediador (...)* (E3)

Discussão em equipa das orientações da ESPEN e da NICE

Por fim, sobre a categoria *discussão em equipa das orientações da ESPEN e da NICE*, o desconhecimento das orientações e a ausência de discussão foram as subcategorias que se salientaram.

- Desconhecimento das orientações:
 - *“Mas raramente utilizamos e é algo que é muito desconhecido até, inclusivamente na equipa.”* (E2)
 - *“Não sei se nos guiamos por essas indicações (...) sinceramente, não sei. Nós vamos pelo que achamos e consideramos o que é o melhor para a pessoa (...)* (E4)
- Ausência de discussão:
 - *“Não, não, não, não, pelo menos do tempo que lá estou nunca discutimos nada.”* (E1)
 - *“Eh pá, que eu me tenha apercebido não creio... não creio...”* (E5)
 - *“Habitualmente não. (...) Nós enquanto equipa não costumamos entrar muito por aí.”* (E7)

3.3.8. Discussão dos resultados

Em relação à percepção dos enfermeiros sobre o significado de alimentação nas pessoas idosas com demência, a satisfação de necessidades nutricionais é referida como um dos objetivos da alimentação, no entanto, a necessidade de um plano individualizado e personalizado teve maior expressão. Ao longo das entrevistas, os participantes relacionam a alimentação com a satisfação das necessidades nutricionais, mas ressaltam que esta depende de uma avaliação individualizada e da elaboração de um plano personalizado.

Apenas um participante relaciona a alimentação nas pessoas idosas com demência diretamente com conforto e bem-estar da pessoa. A alimentação é uma experiência humana, uma vez que é um processo influenciado por fatores interpessoais, sociais e culturais (Aselage et al., 2011). Como tal, a percepção dos enfermeiros sobre o que é *alimentar* pessoas idosas com demência tem impacto direto no planejamento dos cuidados, pois requer entendimento sobre quais as reais necessidades daquela pessoa (Liu et al., 2018; NICE, 2018b; Volkert, Chourdakis et al., 2015).

As principais dificuldades na alimentação experienciadas pelos enfermeiros da unidade de demências são a recusa alimentar, a desconfiança em relação aos cuidados e/ou aos profissionais e a dificuldade em conhecer a pessoa idosa com demência por outros problemas relacionados com a doença. Estes resultados estão de acordo com a evidência científica que revela que comportamentos aversivos, de recusa alimentar, surgem isoladamente ou associados a outros problemas relacionados com a demência como a agnosia, afasia e apraxia, condicionando a interpretação desses comportamentos e a eficácia das estratégias de alimentação (Li et al., 2020; Volkert, Chourdakis et al., 2015). Tanto a recusa alimentar como a recusa de outros cuidados de saúde podem levar a interações negativas e geradoras de *stress*, tornando-se num desafio emocional importante, que requer competências específicas para lidar com a incerteza sobre a abordagem mais correta para cada caso (Faraday et al., 2019; Holteng et al., 2017).

Os participantes revelam ainda que uma das suas principais dificuldades passa por conhecer as pessoas com demência, remetendo-se a problemas como a afasia, a agnosia ou a agressividade, limitando o seu conhecimento sobre a pessoa, sobre as suas preferências, e conseqüentemente sobre as estratégias de alimentação mais eficazes. Nos cuidados centrados na pessoa (CCP) a comunicação e interação entre o enfermeiro e a pessoa é fundamental para este conhecimento, todavia, nas pessoas idosas com demência, ambas se encontram limitadas pelos défices próprios da doença e esta é uma das principais dificuldades e necessidades de treino dos enfermeiros (Faraday et al., 2019).

Relativamente às estratégias de alimentação que os enfermeiros consideram mais eficazes, destacaram-se os cuidados centrados na pessoa (CCP), a alimentação de conforto e o ambiente de refeição.

Nos CCP, os participantes focaram cinco temas: não forçar a alimentação, a adaptação, o tempo, os *finger foods* e a simplificação da tarefa.

Os participantes referem que forçar a alimentação não é eficaz, até porque o objetivo primário não é alimentar a pessoa, mas sim que ela tenha prazer nesse processo. Uma técnica de CCP na alimentação é precisamente não forçar a pessoa a comer, já que fazê-lo não só não é digno para a pessoa, como pode ser uma barreira à alimentação e incrementar a recusa (Liu et al., 2018).

A importância da adaptação às pessoas idosas com demência, teve maior ênfase durante as entrevistas. Nomeadamente, conhecer as suas preferências, gostos, hábitos, horários, capacidades e necessidades, e a partir daqui adaptar as estratégias de alimentação num processo que três participantes (E2, E3 e E7) definem como *tentativa-erro*, até chegarem à estratégia mais eficaz para aquela pessoa ou até esgotar todas as estratégias possíveis, aumentando as oportunidades de sucesso na alimentação por via oral (Fazio et al., 2018). Apesar de considerarem que conhecer a pessoa idosa com demência é uma das principais dificuldades na alimentação, esta pode ser ultrapassada utilizando os cuidadores familiares, através de contacto direto, telefonema ou videochamada, como recurso para obter informações importantes sobre a pessoa, quando esta já não consegue fornecer dados anamnésicos devido ao seu declínio cognitivo.

Mesmo quando a pessoa idosa com demência não consegue comunicar verbalmente as suas preferências, é importante que o profissional de saúde esteja atento aos comportamentos manifestados, pois a sua interpretação pode fornecer dados importantes sobre as suas preferências e, assim, ir adaptando as estratégias. Os participantes, revelam que é importante entender que não há uma regra específica aplicável: quando existe vontade da pessoa em alimentar-se, deve aproveitar-se esta janela de oportunidade, sendo uma forma eficaz de prestar cuidados com dignidade e respeito pela pessoa na mitigação das suas dificuldades quotidianas nas AVD (Prizer & Zimmerman, 2018), sendo um meio facilitador da alimentação via oral.

Uma importante estratégia de CCP é dar oportunidade à pessoa idosa com demência de escolher a sua própria alimentação (Liu et al., 2018). Na unidade de demências, é possível a pessoa escolher as suas refeições a partir de uma ementa pré-definida, conferindo-lhe poder de decisão. Através destas escolhas, é possível ir apreendendo as suas preferências e rotinas de alimentação.

É a partir deste conhecimento prévio da pessoa que se encetam planos de alimentação individualizados, oferecendo os alimentos de sua preferência, tornando as necessidades nutricionais irrelevantes nesta situação específica, uma vez que o objetivo primordial é o bem-estar, o prazer e satisfação obtido pela alimentação, tornando claros os objetivos dos cuidados (Druml et al., 2016; Palecek et al., 2010; Volkert, Beck et al., 2019).

Outra estratégia de CCP evidenciada foi o tempo. O tempo que os profissionais de saúde gastam na alimentação das pessoas idosas com demência, que pode oscilar entre os 45 a 90 minutos, pode influenciar a tomada de decisão sobre as vias e estratégias de alimentação (Payne & Morley, 2018). Considerando o que observei durante o estágio, existe uma cultura organizacional na unidade de demências que permite uma grande flexibilidade ao nível do tempo despendido para que a pessoa possa alimentar-se, ou ser alimentada, e disfrutar da refeição.

Os *finger foods*, isto é, alimentos que possam ser comidos com as mãos, foram uma das estratégias eficazes referidas pelos enfermeiros, estando de acordo com a evidência científica atual (Volkert, Beck et al., 2019). Existe uma panóplia de alternativas como: pequenos pedaços de fruta, legumes, quiches, tortas, alimentos gelificados, rissóis, croquetes, entre muitos outros. Esta estratégia permite não só que a pessoa idosa com demência consiga alimentar-se autonomamente, bem como que ingira alimentos de sua preferência, com sabores que possam reconhecer facilmente e trazer prazer na alimentação (NICE, 2018c, 2018a).

A simplificação da tarefa é importante na manutenção da autonomia da pessoa com demência, garantindo intervenções que objetivam a independência e o bem-estar (NICE, 2018b). Algumas estratégias referidas pelos enfermeiros da unidade de demências foram: cortar a comida em pequenas porções, oferecer apenas um talher para a pessoa se alimentar para ultrapassar dificuldades na coordenação motora e apresentar apenas um prato de cada vez para não dispersar a atenção da pessoa.

Para estádios avançados de demência, a alimentação de conforto é a estratégia recomendada por orientações internacionais da ESPEN (Druml et al., 2016; Volkert, Chourdakis et al., 2015; Volkert, Beck et al, 2019) e da NICE (2018), que são um conjunto de estratégias individualizadas de conforto e bem-estar.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (Porto Editora, n.d.-a), *alimentar* é fornecer alimento, nutrir, dar o que é necessário para o seu funcionamento. Na sociedade ocidental atual, onde os participantes se encontram incluídos, *alimentar* assume ainda um simbolismo de *cuidar*, diretamente relacionado com a administração de alimentos e líquidos (Palecek et al., 2010). A importância da percepção dos enfermeiros sobre o significado da alimentação nas pessoas idosas com demência, é que esta pode ser uma potencial barreira aos cuidados de conforto em fases mais avançadas da doença. As decisões sobre não avançar para alimentação entérica podem ser entendidas como um ato de “não cuidar” (não se alimenta, logo não se cuida), ao invés de serem entendidas como um foco na promoção do conforto e bem-estar da pessoa (Palecek et al., 2010).

Situações mencionadas pelos enfermeiros durante as entrevistas, tais como a utilização de gelados, ou a transformação de suplementos proteicos em gelados, são um exemplo de alimentação de conforto: adaptar a alimentação de preferência da pessoa idosa com demência ao que ela tolera, focando-se no seu conforto e deixando os aspetos nutricionais para segundo plano.

Outra estratégia mencionada como eficaz foi o ambiente da refeição. O local onde as pessoas idosas com demência fazem a sua refeição pode influenciar o sucesso da alimentação. Estratégias de hipostimulação foram as mais referidas: ambiente calmo, com diminuição das distrações, num momento de cuidados de um para um (Volkert, Chourdakis et al., 2015).

As estratégias referidas pelos participantes estão de acordo com as orientações da ESPEN (Volkert, Beck et al., 2019), sendo utilizadas de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa com o objetivo de maximizar o seu conforto, colocando a pessoa no centro dos cuidados (Van Der Steen, Radbruch et al., 2014), apesar de não associarem estas estratégias às orientações internacionais, devido à ausência de discussão sobre o tema.

As experiências dos enfermeiros nos cuidados de alimentação podem ser positivas ou negativas, confrontando-os com questões emocionais que influenciam não só a sua perspectiva de si enquanto profissionais, bem como a forma como perspectivam a alimentação nestas pessoas.

É possível verificar que os enfermeiros associam estratégias de alimentação eficazes com um sentimento de “dever cumprido”, isto é, após um trabalho de equipa intenso e incisivo sobre um determinado problema ao nível da alimentação, conseguiram-se resultados positivos para a pessoa idosa com demência e com isso um sentimento de ganho também para a equipa, ficando também mais predispostos a enfrentar novos desafios. Estes resultados positivos, de acordo com o verbalizado pelos participantes, podem ser a aceitação de alguns alimentos durante a refeição, manifestações de conforto e bem-estar, estabilização comportamental, entre outros. Este sentimento de autoeficácia profissional através de experiências positivas na alimentação das pessoas idosas com demência está relacionado com a crença na sua própria capacidade de prestação de cuidados (Holteng et al., 2017).

Por outro lado, quando abordadas as experiências negativas, os participantes referem principalmente episódios de cuidados em que se confrontaram com estratégias de alimentação ineficazes e com situações de processo de tomada de decisão sobre alimentação entérica. Um dos participantes refere mesmo um sentimento de frustração em relação aos cuidados.

Estas situações negativas, geradoras de *stress*, frustração, medo e culpa, têm impacto negativo na perspectiva de autoeficácia profissional e é importante que os profissionais de saúde estejam devidamente formados para saberem lidar com estas questões (Holteng et al., 2017). Estes sentimentos de ineficácia profissional estão também relacionados com a perceção dos acontecimentos seguintes: se as estratégias de alimentação encetadas foram ineficazes, se já foram esgotadas todas as estratégias possíveis, então como alimentar a pessoa? Iniciando-se os dilemas éticos entre alimentação de conforto e alimentação entérica. Estes dilemas são de difícil resolução e requerem uma avaliação cuidada da equipa multidisciplinar, submetendo os enfermeiros a situações de cuidados emocionalmente exigentes, confrontando-os com as suas próprias experiências profissionais e sociais, e com as da restante equipa multidisciplinar, com os cuidados que consideram mais adequados

para a pessoa idosa com demência e com as perspectivas dos cuidadores familiares (Anantapong et al., 2020; Palecek et al., 2010). Ainda é comum a ideia de que a pessoa pode morrer à fome caso não se avance para alimentação entérica (Druml et al., 2016), tema que foi abordado por um participante.

Quando questionados sobre qual o principal decisor entre alimentação de conforto e alimentação entérica, os participantes foram unânimes: a equipa multidisciplinar. Tratando-se de um contexto de cuidados específicos de uma unidade de demências, a equipa multidisciplinar reúne um conjunto de informação e formação adequadas sobre a evidência clínica, ética e legal, acerca de risco/benefício da alimentação entérica para cada caso específico, sendo um importante recurso dos cuidadores familiares para uma decisão informada, ao contrário do consenso comum da evidência científica que indicam que a falta de informação e formação específicas condicionam os cuidadores familiares a optarem pela alimentação entérica através de PEG (Druml et al., 2016; Y. F. Lee et al., 2020; Newman et al., 2020; North West Coast Strategic Clinical Network, 2018).

Os casos são amplamente discutidos em reuniões da equipa multidisciplinar, e, posteriormente, em conferências familiares entre a equipa multidisciplinar e os cuidadores familiares, num processo conjunto. Um dos participantes, refere que o processo de tomada de decisão parte da equipa multidisciplinar, mas que é o médico o decisor final. As orientações da ESPEN (Druml et al., 2016) indicam que a decisão é feita no seio da equipa multidisciplinar em conjunto com os cuidadores familiares, mas é o médico o profissional que assume a responsabilidade da decisão final.

A tomada de decisão sobre o método de alimentação mais adequado é influenciado pela equipa, o ambiente e as características sociais e culturais em que a pessoa está inserida (Borders et al., 2020). Advém de uma avaliação individual, em que se asseguram decisões informadas e autónomas e consistentes com os valores e preferências da pessoa idosa com demência (Orlandoni et al., 2019; WHO, 2015).

Mesmo tratando-se de um contexto de cuidados específicos, ainda são relatados alguns casos em que a colocação de PEG acaba por avançar, por vezes, mais para suprimir os aspetos emocionais, crenças e perspectivas dos cuidadores familiares em relação à alimentação da pessoa idosa com demência (Druml et al.,

2016) do que pelos benefícios a longo-prazo para a pessoa, surgindo sentimentos conflitantes entre estes e os profissionais de saúde (Anantapong et al., 2020).

Relativamente ao papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão, os participantes referem que é o principal interveniente nas estratégias de alimentação, sendo os profissionais que acompanham as pessoas com demência durante as 24 horas e, portanto, têm a função de esgotar todas as estratégias de alimentação possíveis e verificar quais as mais eficazes. Este acompanhamento mais próximo e durante mais tempo dos enfermeiros pode ter impacto positivo na alimentação das pessoas idosas com demência (Volkert, Chourdakis et al., 2015), contribuindo para uma avaliação das necessidades da pessoa, identificando precocemente eventuais problemas ao nível da alimentação e gerindo problemas potenciais (Lopez et al., 2010).

Os participantes referem que o papel do enfermeiro é também o de elo entre a equipa multidisciplinar, um mediador entre os vários profissionais, a pessoa e os cuidadores familiares, sendo o profissional que traz à discussão a perspetiva das pessoas idosas com demência e dos cuidadores familiares em relação à alimentação. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam na prestação de cuidados, tendo um papel importante na qualidade de vida destas pessoas, papel este nem sempre claro, promovido ou reconhecido (Lopez et al., 2010; Sutherland, 2020). A forma como os enfermeiros perspetivam e vivenciam o seu papel influencia o processo de tomada de decisão (Sutherland, 2020).

Ao perspetivar o seu papel como elo de ligação, significa que têm um papel ativo na promoção da comunicação entre os vários intervenientes neste processo, o que está de acordo com a evidência científica (Lopez et al., 2010; Sutherland, 2020). Enquanto alguns autores indicam que os enfermeiros aguardam indicações do médico para depois se iniciar a discussão sobre cuidados de conforto (Handley et al., 2014; Sutherland, 2020), alguns participantes indicam que, na sua experiência, a discussão parte na maioria das vezes da equipa de enfermagem, precisamente pela sua proximidade com as pessoas idosas com demência e confronto com as suas dificuldades e necessidades.

Quanto à discussão em equipa das orientações da ESPEN e da NICE, os participantes demonstram desconhecimento das orientações e ausência de discussão das mesmas no seio da equipa. Basear a prática e decisões na evidência científica é uma forma de suporte das intervenções de enfermagem (Lopez et al., 2010), principalmente no que à alimentação das pessoas idosas com demência diz respeito, pelo impacto direto que as decisões têm na sua qualidade de vida e que devem ser tomadas após consideração individualizada em conjunto com a evidência mais recente (NICE, 2018b).

Apesar do valor atribuído pelos participantes ao conhecimento que provém da prática e da partilha de experiências, são necessárias estratégias de divulgação das orientações internacionais sobre o tema, que incrementem a discussão no seio da equipa de enfermagem (Liu et al., 2018; Lopez et al., 2010). Uma prática baseada na evidência é responsabilidade do enfermeiro e enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ressalva-se que as intervenções de enfermagem ao nível da alimentação, abordadas pelos participantes e observadas durante o estágio, encontram-se dentro das orientações internacionais da ESPEN e da NICE. Os participantes, ao não terem conhecimento destas orientações, não as relacionam com a sua prática de cuidados

3.3.9. Conclusão

Conclui-se que os participantes relacionam a alimentação com a satisfação das necessidades nutricionais das pessoas idosas com demência e que esta depende de uma avaliação individualizada e da elaboração de um plano personalizado.

Os participantes associam experiências positivas nos cuidados de alimentação com estratégias de alimentação eficazes e experiências negativas com estratégias de alimentação ineficazes e com situações de processo de tomada de decisão sobre alimentação entérica.

Os participantes consideram importante o papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão entre alimentação de conforto e alimentação entérica, sendo o

principal interveniente nas estratégias de alimentação e sendo o elo entre a equipa multidisciplinar e os cuidadores familiares.

As estratégias de alimentação consideradas eficazes pelos participantes estão de acordo com a evidência científica, existindo necessidade de disseminar as orientações internacionais sobre alimentação nas pessoas idosas com demência no seio da equipa de enfermagem e de incrementar a sua discussão.

4. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Uma das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é que participe ativamente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e que desenvolva uma prática baseada na evidência científica “(...) orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (OE, 2018, p.19360).

O desenvolvimento de competências é um processo. Um *processo* não é mais do que um método, um sistema, um modo de fazer algo (Porto Editora, n.d.-b) com o objetivo de progressão. Ao longo do estágio com relatório, consegui desenvolver competências ao nível da prestação de cuidados especializados em situações complexas de saúde, na otimização do ambiente terapêutico, na formação, bem como em situações de controlo de infeção, que assumiu relevância devido à concomitante pandemia, competências estas que estão de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018).

A especificidade dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas com demência exige um pensamento abrangente ao nível dos cuidados, na articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, na comunicação verbal e não-verbal e na articulação com a equipa multidisciplinar. Um aspeto que considero relevante, foi o desenvolvimento de uma aprimorada forma de pensar enfermagem, ou seja, o desenvolvimento do raciocínio clínico, capacidade de conceção, gestão e supervisão (OE, 2019).

Por exemplo, ao observar, estudar e refletir sobre o modelo de cuidados centrados na pessoa, permitiu-me expandir a visão sobre os cuidados de enfermagem, uma vez que este modelo enquadra um conjunto complexo de conceitos, desde os pré-requisitos focados nos atributos dos enfermeiros, ao ambiente de cuidados, aos processos centrados na pessoa e aos resultados dos cuidados (McCormack et al., 2015).

Esta visão dos cuidados de enfermagem requer um questionamento constante: por um lado, pela necessária clivagem com o modelo biomédico que ainda domina a maioria dos ambientes de cuidados e, portanto, a prática clínica diária; por outro lado, pela procura de estratégias eficazes de construção de uma relação terapêutica eficaz, de cuidados significativos para a pessoa.

Se nos debruçarmos sobre o tema central deste relatório de estágio, a alimentação nas pessoas idosas com demência, falamos de uma necessidade básica que se torna num tema complexo nos cuidados de enfermagem por tratar-se de uma experiência humana e, conseqüentemente, influenciado por fatores interpessoais, sociais, culturais e ambientais (Aselage et al., 2011) que interferem na qualidade de vida destas pessoas.

Em retrospectiva, elaborar um estudo sobre as experiências e perspectivas dos enfermeiros sobre um tema relevante para a profissão e comum internacionalmente, permite não só obter dados que auxiliem a efetivar intervenções de suporte à equipa de enfermagem, mas também preencher uma lacuna na evidência científica, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados numa unidade de demências em Portugal. Sendo que está de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 Setembro, 2016), em que a obtenção de grau de mestre preconiza aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas, desenvolvendo temáticas originais em contexto de investigação.

Só nos desenvolvemos enquanto praticamos uma determinada disciplina, em que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do "saber fazer" existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida” (Benner, 2001, p.32). Outro aspeto positivo foi o local de estágio, uma vez que foi um ambiente facilitador deste desenvolvimento devido à cultura organizacional focada nos cuidados centrados na pessoa, à especificidade dos cuidados prestados e à forma como me acolheram e à temática em estudo.

A minha experiência profissional tem sido maioritariamente na área dos cuidados às pessoas idosas, autoavaliando-me ao nível proficiente, de acordo com os níveis de desenvolvimento de competências referidos por Benner (2001),

percepcionando as situações na sua globalidade e antevendo acontecimentos típicos de determinada situação. Todavia, ao nível dos cuidados às pessoas com demência, encontrava-me numa nova situação de cuidados. Tive oportunidade de cruzar a experiência prévia com os conhecimentos e competências adquiridas no estágio com relatório, permitindo um exercício profissional a um nível de progressiva complexidade (OE, 2019), permitindo atingir com sucesso os objetivos delineados.

Considero que a maior dificuldade se deveu à pouca experiência em investigação qualitativa com análise de conteúdo baseado em Bardin (2018), tornando-se num desafio novo, moroso e complexo. A elaboração e condução das entrevistas requerem perícia, a qual só se adquire com a experiência. Apesar de uma amostra relativamente pequena, correspondeu a 47% do número de enfermeiros da unidade, o que considero relevante. Igual relevância tiveram os resultados obtidos, que são tradutores do que também pude observar e vivenciar durante o estágio.

O desenvolvimento deste projeto junto de outros serviços seria uma mais-valia para os cuidados de enfermagem, proporcionando um olhar mais abrangente sobre as experiências e perceções dos enfermeiros sobre alimentação nas pessoas idosas com demência. O aumento da população idosa em Portugal e de doenças crónicas como a demência, requer que os enfermeiros estejam cada vez mais preparados para lidar com este problema transversal que é a alimentação. Perspetivar as suas experiências e dificuldades, é também perspetivar as áreas em que existe necessidade de estratégias de suporte à equipa e, com isso, trazer qualidade de vida à pessoa. Afinal, quantos de nós já pensaram sobre o que significa *alimentar* uma pessoa idosa com demência?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas duas últimas décadas, foram realizados diversos estudos acerca das opiniões, perspectivas e atitudes dos profissionais de saúde acerca da alimentação nas pessoas com demência, mas existe ainda uma lacuna sobre quais as perspectivas que os enfermeiros apresentam ao nível da alimentação nas pessoas idosas com demência, principalmente em Portugal. O estudo desenvolvido teve o propósito de ser um precursor no preenchimento desta lacuna e de obter dados que evidenciem as experiências e perspectivas dos enfermeiros de uma unidade de demências.

A alimentação na pessoa idosa com demência é um tema transversal aos vários ambientes de cuidados. Para dar resposta à complexidade dos processos de saúde e para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, é fundamental a identificação de problemas sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2018). Uma prática baseada na evidência científica permite o desenvolvimento da profissão e da disciplina e uma tomada de decisão assertiva e respeitadora dos princípios éticos e deontológicos.

A revisão da literatura foi essencial para a fundamentação teórica do projeto e das minhas intervenções ao longo do estágio e para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Permitiu-me assunção de competências, e também de maior confiança nos cuidados prestados. A importância deste conhecimento é que tem transmissibilidade para a minha prática de cuidados diária, sendo uma mais-valia para a equipa onde me insiro e para as pessoas de quem cuido.

Este tema é de especial relevância para a qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que sendo o enfermeiro um dos principais intervenientes no processo de tomada de decisão sobre as estratégias de alimentação é fundamental que esteja munido da principal evidência científica para que advogue a pessoa na persecução do seu bem-estar (Lopez et al., 2010). Concerne ao enfermeiro especialista conhecer e estar preparado para gerir as diferentes experiências e perspectivas dos pares, bem como fomentar boas práticas e garantir a qualidade dos cuidados.

Através do estudo realizado concluiu-se que os enfermeiros da unidade de demências utilizam estratégias de alimentação que estão de acordo com a evidência

científica, no entanto não as reconhecem como parte integrante das orientações internacionais sobre o tema. Alguns suportam as suas intervenções no conhecimento prático, na partilha de conhecimentos com outros enfermeiros. Existe a necessidade de disseminar as orientações sobre o tema e de incrementar a sua discussão no seio da equipa de enfermagem.

A partilha de experiências e de conhecimentos, tanto ao nível informal como ao nível formal, foi muito enriquecedora. Ter esta perspetiva de um ambiente de cuidados específicos na área e de comparar com as experiências vividas em outros contextos não específicos ao longo da minha vida profissional, permitiu-me uma reflexão e análise abrangentes sobre os cuidados relacionados com a alimentação nas pessoas idosas com demência.

Realizar o estágio numa unidade especializada em demências permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos específicos, teóricos e práticos, não apenas nos problemas relacionados com a alimentação isoladamente, mas com outras alterações relacionadas com as demências, como por exemplo as comportamentais.

A gestão e planificação dos cuidados nestas situações específicas de saúde têm impacto direto na qualidade de vida das pessoas idosas. Atualmente, sinto-me mais competente, mais crítica, mais centrada na pessoa e mais habilitada a participar e desenvolver projetos que visem a melhoria da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa idosa.

Um dos maiores desafios ao longo deste percurso foi a pandemia COVID-19. Não só pelas restrições que esta impôs, tão diferentes do nosso panorama habitual, mas pela alteração nas dinâmicas da vida profissional e familiar. A pandemia trouxe outras questões ao nível dos cuidados das pessoas idosas com demência, tanto ao nível do controlo de infeção, como ao nível da segurança e da comunicação. Foi também uma aprendizagem importante ao nível da adaptação dos cuidados, da flexibilidade e da criatividade.

Este percurso foi difícil e desafiante, foi uma prova de força e resiliência. Foi um percurso de crescimento pessoal e profissional sem igual, onde adquiri conhecimentos e experiências únicas e enriquecedoras do meu saber, saber ser e saber estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, A. K., Gowda, M., Achary, U., Gowda, G. S., & Harbishettar, V. (2021). Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue. *Indian Journal of Psychological Medicine*, XX(X). <https://doi.org/10.1177/02537176211030979>
- Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures special report Race, Ethnicity and Alzheimer's in America. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 17(3), 327–406.
- Alzheimer's Society. (2020). Communicating. *Alzheimer's Society Factsheet500LP*, August.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Plublisher.
- Anantapong, K., Davies, N., Chan, J., McInerney, D., & Sampson, E. L. (2020). Mapping and understanding the decision-making process for providing nutrition and hydration to people living with dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01931-y>
- Aselage, M. B., Amella, E. J., & Watson, R. (2011). State of the science: Alleviating mealtime difficulties in nursing home residents with dementia. *Nursing Outlook*, 59(4), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.009>
- Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S., & Cunningham, C. (2021). Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(6), 1215–1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto).
- Borders, J. C., Blanke, S., Johnson, S., Gilmore-Bykovskyi, A., & Rogus-Pulia, N. (2020). Efficacy of Mealtime Interventions for Malnutrition and Oral Intake in Persons with Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 00(00). <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000387>

- de Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25(4), 30–37. <https://doi.org/10.7748/nop2013.05.25.4.30.e429>
- Desai, A. K., Grossberg, G. T., & Sheth, D. N. (2004). Activities of Daily Living in Patients with Dementia. *CNS Drugs*, 18(13), 853–875. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418130-00003>
- Draganov, P. B., Friedländer, M. R., & Sanna, M. C. (2011). Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. *Esc Anna Nery*, 15(1), 149–156. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>,
- Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), 545–556. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
- Faraday, J., Salis, C., & Barrett, A. (2019). Equipping Nurses and Care Staff to Manage Mealtime Difficulties in People With Dementia: A Systematic Scoping Review of Training Needs and Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(2), 717–742. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0062
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *Gerontologist*, 58, S10–S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Fazio, S., Zimmerman, S., Doyle, P. J., Shubeck, E., Carpenter, M., Coram, P., Klinger, J. H., Jackson, L., Pace, D., Kallmyer, B., & Pike, J. (2020). What Is Really Needed to Provide Effective, Person-Centered Care for Behavioral Expressions of Dementia? Guidance from The Alzheimer’s Association Dementia Care Provider Roundtable. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1582-1586.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.017>
- Greenfeld, S. M., Gil, E., & Agmon, M. (2020). A bridge to cross: Tube feeding and the barriers to implementation of palliative care for the advanced dementia patient. *Journal of Clinical Nursing*, March, 1–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15437>
- Handley, M., Goodman, C., Froggatt, K., Mathie, E., Gage, H., Manthorpe, J., ..., & Iliffe, S. (2014). Living and dying: responsibility for end-of-life care in care homes without on-site nursing provision - a prospective study. *Health & Social Care in the*

Community, 22(1), 22–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12055>

Hanson, L. C., Ersek, M., Lin, F. C., & Carey, T. S. (2013). Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1692–1697. <https://doi.org/10.1111/jgs.12448>

Herke, M., Fink, A., Langer, G., Wustmann, T., Watzke, S., Hanff, A. M., & Burckhardt, M. (2018). Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011542.pub2>

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2009). Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23(3), 285–290. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318194fc1e>

Holteng, L. B. A., Frøiland, C. T., Corbett, A., & Testad, I. (2017). Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia. *Annals of Palliative Medicine*, 6(4), 310–318. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.24>

Iaboni, A., Cockburn, A., Marcil, M., Rodrigues, K., Marshall, C., Garcia, M. A., Quirt, H., Reynolds, K. B., Keren, R., & Flint, A. J. (2020). Achieving Safe, Effective, and Compassionate Quarantine or Isolation of Older Adults With Dementia in Nursing Homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 835–838. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.025>

Jennings, L. A., Turner, M., Keebler, C., Burton, C. H., Romero, T., Wenger, N. S., & Reuben, D. B. (2019). The Effect of a Comprehensive Dementia Care Management Program on End-of-Life Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(3), 443–448. <https://doi.org/10.1111/jgs.15769>

Korczyn, A. D. (2020). Dementia in the COVID-19 Period. *Journal of Alzheimer's Disease*, 75(4), 1253–1261. <https://doi.org/10.3233/JAD-200609>

Lee, M., Ryoo, J. H., Campbell, C., Hollen, P. J., & Williams, I. (2019). Exploring the challenges of medical/nursing tasks in home care experienced by caregivers of older adults with dementia: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*,

28(23–24), 4177–4189. <https://doi.org/10.1111/jocn.15007>

- Lee, Y. F., Hsu, T. W., Liang, C. S., Yeh, T. C., Chen, T. Y., Chen, N. C., & Chu, C. S. (2020). The Efficacy and Safety of Tube Feeding in Advanced Dementia Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 123, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.035>
- Leung, M. yung, Wang, C., & Famakin, I. O. (2021). Integrated model for indoor built environment and cognitive functional ability of older residents with dementia in care and attention homes. *Building and Environment*, 195(June 2020), 107734. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2021.107734>
- Li, L., Zhao, Y., Wang, Y., & Wang, Z. (2020). Overview of systematic reviews: Effectiveness of non-pharmacological interventions for eating difficulties in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, June, 1–19. <https://doi.org/10.1111/jan.14492>
- Liu, W., Tripp-Reimer, T., Williams, K., & Shaw, C. (2018). Facilitators and barriers to optimizing eating performance among cognitively impaired older adults: A qualitative study of nursing assistants' perspectives. *Dementia*, 0((0)), 1–24. <https://doi.org/10.1177/1471301218815053>
- Lopez, R. P., Amella, E. J., Mitchell, S. L., & Strumpf, N. E. (2010). Nurses' perspectives on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6), 632–638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03108.x>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Deeing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T., Porock, D., Lieshout, F. van, & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1–15.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mi, W., van Wijk, N., Cansev, M., Sijben, J. W. C., & Kamphuis, P. J. G. H. (2013). Nutritional approaches in the risk reduction and management of Alzheimer's disease. *Nutrition*, 29(9), 1080–1089. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2013.01.024>

- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 setembro 2016, Diário República 3159 (2016).
<https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Naglie, G. (2007). Quality of life in dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34(SUPPL. 1), 57–61. <https://doi.org/10.1017/s0317167100005588>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Supporting people with dementia and their carers in health and social care. *Dementia*, 2006(March), 1–56. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018a). *Decision aid supporting information for Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers Enteral (tube) feeding for people living with severe dementia Decision aid: user guide and data sources Role of a decisio. June*, 1–2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-user-guide-and-data-sources-pdf-4852697008>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018b). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. *The Grants Register 2019, June*, 540–540. www.nice.org.uk/guidance/ng97
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018c). *Enteral (tube) feeding for people living with severe dementia. June 2018*, 1–2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-patient-decision-aid-pdf-4852697007>
- Newman, R. D., Ray, R., Woodward, L., & Glass, B. (2020). Factors Contributing to the Preferred Method of Feeding in End-Stage Dementia: A Scoping Review. *Dysphagia*, 35(4), 616–629. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10072-3>
- North West Coast Strategic Clinical Network. (2018). *Palliative Care Guidelines In Dementia 2nd Edition. version 3.9. March 2018*, 90. <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019).

Ordem dos Enfermeiros, R. n. . 429/2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Orlandoni, P., Peladic, N. J., Di Rosa, M., Venturini, C., Fagnani, D., Sparvoli, D., Giorgini, N., Basile, R., & Cola, C. (2019). The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clinical Nutrition, 38*(4), 1871–1876. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.010>

Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(3), 580–584. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x>

Pasman, H. R. W., The, B. A. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Wal, G. van der, & Ribbe, M. W. (2003). Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 42*(3), 304–311.

Payne, M., & Morley, J. E. (2018). Dysphagia, Dementia and Frailty. *Journal of Nutrition, Health and Aging, 22*(5), 562–565. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1033-5>

Pitfield, C., Shahriyarmolki, K., & Livingston, G. (2011). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International*

Psychogeriatrics, 23(1), 4–9. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000542>

Porto Editora. (n.d.-a). *alimentar* | *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. Retrieved March 5, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/alimentar>

Porto Editora. (n.d.-b). *processo* | *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. Retrieved March 21, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/processo>

Prizer, L. P., & Zimmerman, S. (2018). Progressive Support for Activities of Daily Living for Persons Living with Dementia. *Gerontologist*, 58, S74–S87. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx103>

Smirnova, D., Smirnova, T., & Cumming, P. (2021). Language Impairments in Dementia: From Word-Finding Difficulties to Everyday Conversation in a Dementia-Friendly Community. In *Dementia Care* (pp. 85–108). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-16-3864-0_6

Suma, S., Watanabe, Y., Hirano, H., Kimura, A., Edahiro, A., Awata, S., Yamashita, Y., Matsushita, K., Arai, H., & Sakurai, T. (2018). Factors affecting the appetites of persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatrics and Gerontology International*, 18(8), 1236–1243. <https://doi.org/10.1111/ggi.13455>

Sutherland, N. (2020). Structures, tensions, and processes shaping long-term care home staff's role in end of life decision-making for residents with dementia. *Journal of Aging Studies*, 54(September 2019), 100874. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100874>

Van De Rijt, L. J. M., Feast, A. R., Vickerstaff, V., Lobbezoo, F., & Sampson, E. L. (2020). Prevalence and associations of orofacial pain and oral health factors in nursing home residents with and without dementia. *Age and Ageing*, 49(3), 418–424. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz169>

van de Rijt, L. J. M., Feast, A. R., Vickerstaff, V., Sampson, E. L., & Lobbezoo, F. (2021). Oral function and its association with nutrition and quality of life in nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study. *Gerodontology*, May 2020, 1–10. <https://doi.org/10.1111/ger.12535>

Van der Steen, J. T., Dekker, N. L., Gijsberts, M. J. H. E., Vermeulen, L. H., Mahler,

- M. M., & The, B. A. M. (2017). Palliative care for people with dementia in the terminal phase: a mixed-methods qualitative study to inform service development. *BMC Palliative Care*, *16*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0201-4>
- Van Der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M., De Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., Francke, A. L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. T., & Volicer, L. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, *28*(3), 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, *38*(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., Vandewoude, M., Wirth, R., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, *34*(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>
- WHO. (2012). *Programme on Mental Health - WHOQOL User Manual*. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization. (2002). *Innovate Care for Chronic Conditions - Building Blocks for Action*.
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing And Health*. www.who.int

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESEL



DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

ASSUNTO: Pedido da Mestranda, Rita Mónica Silva Mendes Simões, para apreciação do projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da ESEL, intitulado "Alimentação nas pessoas idosas com demência".

Processo Nº: 1581/2021

Data: 22 de abril de 2021

Trata-se de um estudo qualitativo a ser realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da ESEL. Os orientadores do trabalho de investigação são a Professora Doutora Graça Melo e o enfermeiro Miguel Soares. Este estudo está enquadrado no Relatório de Estágio.

O objetivo do estudo é: Descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros de uma unidade de demências sobre a alimentação das pessoas idosas com demência.

A justificação e fundamentação do estudo estão expostas de forma clara, estando suportadas em bibliografia atual. Os participantes, serão enfermeiros da Unidade de Demências do Hospital [REDACTED]

A técnica de recolha de informação é consistente com o objetivo do estudo. Os critérios de inclusão dos participantes referem-se a enfermeiros que se encontrem em funções há mais de 6 meses, no período de colheita de dados, e que aceitem participar no estudo. A

recolha de dados será concretizada através de entrevistas semiestruturadas (realizada através de videoconferência individual, com a duração prevista entre os 30-45 minutos, com gravação unicamente áudio das mesmas. A mestranda refere que de forma a “motivar e recrutar” os participantes enviará um e-mail explicando o objetivo do estudo e a pertinência do tema.

A análise de dados será efetuada através de análise temática de conteúdo do verbatim das entrevistas

Das questões com implicações éticas:

Está garantida a confidencialidade, o sigilo e o anonimato por escrito através de modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido. Já foi obtido parecer favorável da Comissão de ética e Científica do Hospital ██████ Não estão previstos riscos para os participantes.

Da decisão da CE:

A Comissão de Ética é de parecer que os aspetos éticos estão salvaguardados, pelo que o projeto tem condições para ser aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **MARIA ANTÓNIA MIRANDA
REBELO BOTELHO ALFARO VELEZ**
Num. de identificação: B1045852731

(Prof.^a Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO

Alimentação nas Pessoas Idosas com Demência

Enf.ª Rita Simões
2021

ESEL – 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa

1

Sumário

Alimentação e Demência

Estratégias de Alimentação

2

Objetivos

→ Objetivo Geral:

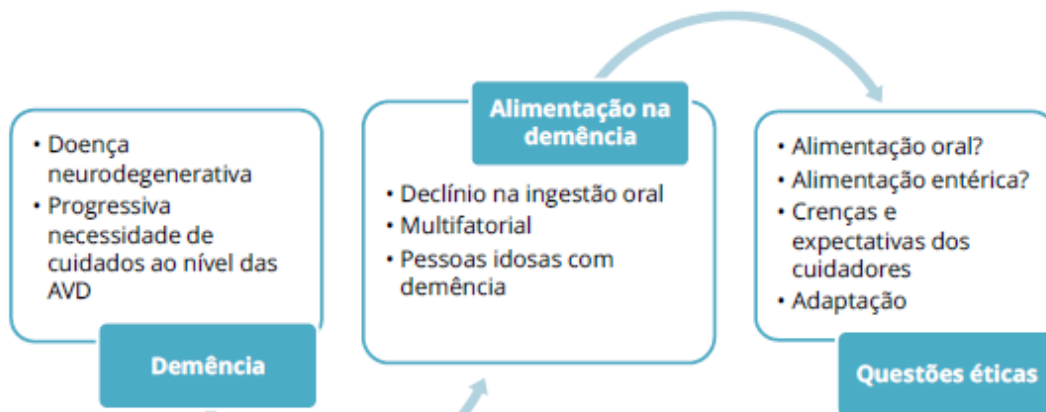
- Promover estratégias de alimentação adequadas às pessoas idosas com demência

→ Objetivo Específico:

- Enumerar os principais fatores que influenciam a alimentação nas pessoas idosas com demência
- Identificar e desenvolver as principais estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência

3

Alimentação e Demência



4

Estratégias de alimentação

Preparação do ambiente da refeição

- Modificação do ambiente (*homelike environment*)
- Hipoestimulante
- Hiperestimulante
- Adaptação dos utensílios
- Posicionamento
- Rotina
- Características do local e da pessoa
- Satisfação de outras necessidades

Técnicas de comunicação

- Verbal
 - Falar com clareza e calma
 - *Reminders* ("pode engolir")
 - Reforço positivo
- Não verbal
 - Postura descontraída
 - Sem movimentos repentinos
 - Observar o cliente

Técnicas de alimentação

- Alimentação personalizada
- Características organolépticas
- Não substituir o cliente por rotina
- **Técnicas específicas de alimentação**
- Alimentação com textura modificada
- *Finger foods*
- Mímica
- **Comfort feeding** (*careful hand-feeding*)



Alzheimer's Society, 2020; Herke et al., 2018; NICE, 2018; Payne & Morley, 2018

7

Estratégias de alimentação - outras



8

Referências Bibliográficas

- Alzheimer's Society (2020) Communicating and language. Acedido a 12-04-2021. Disponível em: <https://www.alzheimers.org.uk>
- Sikana English (2016). Alzheimer's disease: advice on how to help patients eat. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=qhTWNKQJvVI>. Acedido a 07-06-2021.
- Borders, J. C., Blanke, S., Johnson, S., Gilmore-Bykovskiy, A., & Rogus-Pulia, N. (2020). Efficacy of Mealtime Interventions for Malnutrition and Oral Intake in Persons with Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 00(00). <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000387>
- Faraday, J., Sallis, C., & Barrett, A. (2019). Equipping Nurses and Care Staff to Manage Mealtime Difficulties in People With Dementia: A Systematic Scoping Review of Training Needs and Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(2), 717–742. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0062
- Fazio, S.; Pace, D.; Flinner J.; Kallmyer B. (2018) The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 2018,58, N951:510-519. DOI:10.1093/geront/gnx122
- Fazio, S.; Zimmerman S.; Doyle P. J.; Shubecka, E.; Carpenter, M.; Corame P.; Klinger, J. H.; ...; Members of the Alzheimer's Association Dementia Care Provider Roundtable (2020) What is Really Needed to Provide Effective, Person-Centered Care for Behavioral Expressions of Dementia? Guidance from The Alzheimer's Association Dementia Care Provider Roundtable. *JAMDA* xxx 2020;1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.017>
- Herke, M., Fink, A., Langer, G., Wustmann, T., Watzke, S., Hanff, A. M., & Burckhardt, M. (2018). Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011542.pub2>
- Khoo Teck Puat Hospital. (2020). *Dysphagia - Safe feeding strategies*. <https://youtu.be/hCh6BEK8jvsNDA>. Acedido em 05-05-2021
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Deering, J., Jacobs, G., James, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T., Porock, D., Lishout, F. van, & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 3(1), 1–15.
- Newman, R. D., Ray, R., Woodward, L., & Glass, B. (2020). Factors Contributing to the Preferred Method of Feeding in End-Stage Dementia: A Scoping Review. *Dysphagia*, 35(4), 616–629. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10072-3>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Enteral (tube) feeding for people living with severe dementia. June 2018, 1–2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng37/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-patient-decision-aid-pdf-4852697007>
- Prizer, L. P., & Zimmerman, S. (2018). Progressive Support for Activities of Daily Living for Persons Living with Dementia. *Gerontologist*, 58, 574–587. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx103>
- Suma, S., Watanabe, Y., Hirano, H., Kimura, A., Edahiro, A., Awata, S., ... Sakurai, T. (2018). Factors affecting the appetites of persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatrics and Gerontology International*, 18(8), 1236–1243. <https://doi.org/10.1111/ggi.13455>
- UCLA Alzheimer's and Dementia Care Program. (2018). *Caregiver Training: Aggressive Language/Behavior*. <https://youtu.be/yAKwDFy8WQ9DA>. Acedido em 05-05-2021
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Ingving, G., Fröhwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., ... Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>



**APÊNDICE II – ESTRATÉGIAS DE ALIMENTAÇÃO NAS PESSOAS
IDOSAS COM DEMÊNCIA**

Alimentação nas Pessoas Idosas com Demência

Estratégias de alimentação nas pessoas idosas com demência

Modificação do ambiente da refeição



Calmo, agradável, com pouco ruído, sem distrações, com iluminação adequada, proporcionar um ambiente familiar

Garantir e adequar rotinas (horário, local, satisfação de necessidades antes da alimentação)

Aspetos nutricionais e organoléticos das refeições



Sensorialmente mais apelativas através de cores, cheiros e sabores mais atrativos

Ajustadas às preferências, familiaridades e capacidades físicas e cognitivas da pessoa

Em situações de recusa alimentar, identificar e resolver situações potencialmente reversíveis (dor, obstipação, próteses dentárias desajustadas, etc)



Ponderar com a equipa suplementos nutricionais hiperproteicos e/ou hipercalóricos

Fracionar alimentação e hidratação ao longo do dia

Averiguar preferências:

- Se maior apetência por doces, optar por oferecer frutas variadas ao longo do dia
- Se maior apetência por salgados optar por intensificadores de sabor através de ervas aromáticas ou especiarias

Providenciar *finger foods* (proporcionar alimentos que possam ser comidos com a mão: salgadinhos, quiches, pedaços de fruta, legumes)

Se dificuldade ou recusa na hidratação via oral



Optar por água com espessante, gelatinas, gelados de gelo com sabor

Hipodermoclise

Se disfagia, optar pela modificação da textura da alimentação



Utilizar espessante ou promover alterações na confeção dos alimentos através de espumas, pudins, gelados cremosos, alimentos que possam ser embebidos em líquidos (por exemplo sopas de pão com leite)

O uso de seringa e de palhinhas é desaconselhado nas pessoas idosas com demência e com disfagia

Promover autonomia na alimentação



Adequar o posicionamento antes de iniciar a alimentação

É desaconselhado substituir a pessoa por rotina

Colocar um prato de cada vez em frente à pessoa

Utilizar pratos e copos de cores apelativas, de cor diferente da toalha

Se a pessoa tiver dificuldade em utilizar talheres, optar por alimentos que possam ser comidos apenas com colher ou com a mão

Técnicas específicas de alimentação



Hand over/under hand: colocar a mão por cima ou por baixo da mão da pessoa e demonstrar o movimento

Técnicas de comunicação verbal e não verbal:

- Sentar de frente para a pessoa
- Postura e tom de voz calmos
- Reforço positivo (“que sopa boa”)
- *Reminders* (“pode engolir”)
- Mímica (demonstrar o movimento que queremos que a pessoa faça, p.e. abrir a boca, mastigar, engolir, etc)

Comfort feeding:

Alimentação cuidadosa de acordo com as necessidades e capacidades individuais (conforto e qualidade de vida)

Adaptado de:

Drum, C., Ballmer, P. E., Drum, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), 545–556. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018a). Enteral (tube) feeding for people living with severe dementia Decision aid: user guide and data sources. June, 1–2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-user-guide-and-data-sources-pdf-4852697008>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018b). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. *The Grants Register* 2019, June, 540–540. www.nice.org.uk/guidance/ng97

Iakakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., Vandewoude, M., Wirth, R., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>

M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Gøssler, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(4), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

**APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

O estudo “A alimentação nas pessoas idosas com demência”, para o qual pedimos a sua colaboração, decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, realizado por Rita Simões, orientado pela Professora Doutora Maria Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este estudo tem como objetivo descrever as experiências e perspetivas dos enfermeiros sobre a alimentação das pessoas idosas com demência, procurando compreender os processos que influenciam a tomada de decisão sobre alimentação nestas pessoas. De forma a colher os dados necessários será realizada uma entrevista individual por videoconferência, com duração prevista entre 30 a 45 minutos procedendo-se à sua gravação áudio. É garantida a destruição das gravações áudio após um ano e a transcrição em papel após cinco anos.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e em momento algum é registado o seu nome, mas apenas alguns dados que possam ajudar na compreensão dos dados (exemplo: idade, género, experiência profissional e experiência profissional na Unidade de Demências do Hospital [REDACTED]). Apenas o investigador principal e a orientadora terão acesso a estes dados. Garantimos, em todo o processo, sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a sua utilização no âmbito restrito deste estudo. Quando divulgados no futuro (dissertação, eventos ou artigos científicos) não será possível identificar os participantes.

É de salientar que não são previstos quaisquer riscos ou desconforto decorrentes da participação no estudo, a não ser aqueles relacionados com a reflexão pessoal sobre o tema em estudo. Não são esperados benefícios imediatos para os participantes, mas estamos convictos que este estudo será um contributo importante para a compreensão do processo de tomada de decisão sobre alimentação nas pessoas idosas com demência, com impacto direto na qualidade de vida destas pessoas. Durante o estudo serão respeitadas as recomendações das Declaração de

Helsínquia, de Tóquio e Convenção de Oviedo. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética e Científica do Hospital [REDACTED].

A sua colaboração neste estudo deverá ser voluntária, o que significa que só deve participar se realmente quiser e, mesmo aceitando participar, sintá-se livre para interromper se assim o entender. Não existe lugar a qualquer contrapartida ou pagamento.

Após tomar conhecimento, com o que está mencionado neste documento, solicitamos que confirme a sua aceitação em participar no estudo.

Agradeço-lhe, desde já, a sua disponibilidade na colaboração deste estudo.

Assinatura:

(Rita Mónica Silva Mendes Simões)

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2021

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE IV – GUIÃO DE ENTREVISTA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade (anos): _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Experiência profissional (anos): _____
4. Experiência profissional na Unidade de Demências do Hospital [REDACTED] (anos): _____

PARTE II – ENTREVISTA – EXPERIÊNCIAS E PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A ALIMENTAÇÃO NAS PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA

Questões:

1. Qual a sua perceção sobre 'alimentação adequada' em pessoas idosas com demência?
2. Quais as principais dificuldades que enfrenta durante a alimentação das pessoas idosas com demência? Quais as estratégias que habitualmente utiliza para as ultrapassar?
3. Pode referir-me uma situação positiva que experienciou nesta área? E negativa?
4. Como considera que estas experiências influenciaram a sua prestação de cuidados?
5. Na sua perspetiva, como garantir à pessoa idosa com demência uma boa experiência durante a refeição? Quais as estratégias que considera mais e menos eficazes?
6. Quem decide sobre alimentação de conforto ou alimentação entérica? Qual o seu papel neste processo de tomada de decisão?
7. Costuma discutir as orientações da ESPEN e da NICE com a equipa multidisciplinar?