

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

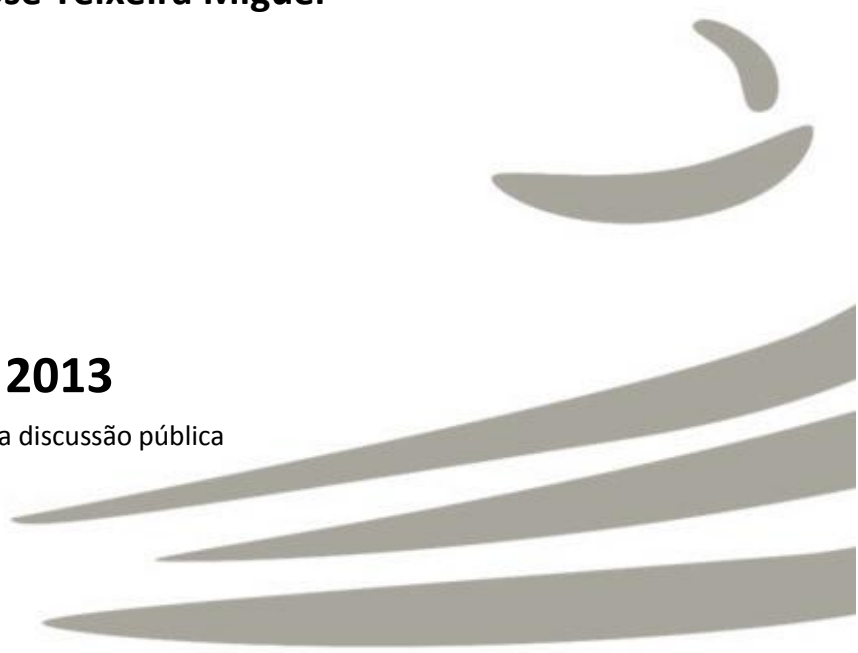
Vertente Pessoa Idosa

**Prevenção da Desnutrição do Cliente Idoso com
Alimentação Entérica: Parceria como Intervenção
de Enfermagem Para a Promoção do Cuidado de Si**

Francisco José Teixeira Miguel

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

**Prevenção da Desnutrição do Cliente Idoso com
Alimentação Entérica: Parceria como Intervenção
de Enfermagem Para a Promoção do Cuidado de Si**

Francisco José Teixeira Miguel

Prof.^a Doutora Idalina Gomes

Enf.^a Especialista Maria Manuela Henriques

2013



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, com os seus sábios conselhos e a sua experiência, orientou este trabalho, pela sua disponibilidade, paciência e constantes palavras de estímulo. Acima de tudo, obrigado por me acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento.

À Enfermeira Maria Manuela Henriques, pelo apoio, a partilha do saber, disponibilidade e amizade que sempre me dispensou, estando sempre presente, despendendo do seu tempo pessoal para apoiar e orientar este projeto. Obrigado por ter percorrido este longo caminho ao meu lado.

À equipa multidisciplinar da UTG, com a qual tenho o privilégio trabalhar, na procura de melhores cuidados. A todos, sem exceção, o meu obrigado.

Aos clientes idosos e suas famílias pelo carinho e abertura com que acolheram este projeto e pelo seu reconhecimento face ao trabalho desenvolvido.

Aos meus amigos, pela sua amizade sempre presente, aceitando as minhas frequentes ausências.

Aos meus pais, por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor. Uma palavra de reconhecimento, pelo vosso amor incondicional e pela forma como ao longo de todos estes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

Aos meus sogros, por terem estado presentes nos momentos de alegria e de angústia, fornecendo sempre uma palavra de compreensão e incentivo.

Mana obrigado por todo o apoio, amizade e amor que me ofereces dia após dia.

Ana pelo teu amor, compreensão, presença sempre carinhosa. Por acreditares em mim, incentivando-me em todos os momentos, dando-me, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia te subtraía....sem ti não conseguiria.

A todos o meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Atualmente observa-se um envelhecimento progressivo da população. Inerente ao mesmo, surgem alterações que podem interferir no estado nutricional (EN) do cliente idoso. Nesse contexto, os clientes idosos com alimentação entérica (AE) experienciam uma transição na forma de se alimentar, encontrando-se mais suscetíveis à desnutrição.

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização Pessoa Idosa, foi desenhado um projeto de estágio com o objectivo de desenvolver competências como enfermeiro especialista, nos cuidados ao cliente idoso, nomeadamente, na prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE, através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. Para o seu desenvolvimento recorreu-se à metodologia de projeto. No diagnóstico, monitorização e avaliação do projeto foram utilizados: registos de observação, análise documental e entrevistas semiestruturadas. Participaram 10 clientes idosos com AE, tendo-se identificado na fase de diagnóstico que 50% apresentavam-se desnutridos e 40% sob risco de desnutrição.

A implementação do estágio, permitiu estabelecer estratégias e atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa. A mobilização do modelo de Parceria (GOMES, 2009) permitiu o conhecimento do potencial de desenvolvimento do cliente idoso/cuidador, tendo-se definido estratégias em conjunto, visando transformar as suas capacidades potenciais em reais, capacitando-os para a administração de AE, o que permitiu melhorar o seu EN. Conclui-se que a intervenção em parceria possibilita a construção de uma relação de confiança e o estabelecimento de compromissos entre enfermeiro/cliente idoso/cuidador para a promoção do Cuidado de Si. A metodologia utilizada, os conhecimentos obtidos, a intervenção na prática e a reflexão realizada, permitiram o desenvolvimento de competências pessoais para aquisição do nível de especialista perito e mestre, na área da saúde do cliente idoso, possibilitando uma base de conhecimentos teóricos e práticos fundamentados na evidência científica e na ética. Estes conhecimentos foram transmitidos e assimilados pela equipa, refletindo-se na sua prática de cuidados e consequente melhoria do EN do cliente idoso. Sugere-se a continuidade do projeto, promovendo a sua articulação com os serviços e a comunidade, conferindo visibilidade aos cuidados de enfermagem de qualidade e proporcionando respostas adequadas aos clientes idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Desnutrição, Alimentação Entérica, Parceria, Promoção do Cuidado de Si e Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

Currently is observed a progressive aging of the population. Inherent changes related with aging, may interfere with nutritional status of the elderly client. In this context, the elderly clients with enteral feeding, who experience a transition in their way of feeding, are more susceptible to undernutrition.

As part of the third master's degree in medical surgical nursing elder specialization was designed a project aiming the development of skills, as a specialist nurse, in elderly client care giving, particularly in prevention of undernutrition in elderly clients with enteral feeding, through a partnership intervention promoting the care of itself. For the development of the project it was used the methodology project. In the diagnosis, monitoring and evaluation phase of the project it was used observation records, documentation analysis and semi-structured interviews. A total of 10 elderly clients with enteral feeding, were identified in the diagnostic phase: 50% of them were undernourished and 40% were in undernutrition risk.

The implementation stage, had allowed the establishment of strategies and activities which contributed to personal and team skills development. The mobilization of the Partnership Model (GOMES, 2009) has revealed the potential relationship between the elderly client and his caregiver, by defining joint strategies in order to transform their potential into actual capabilities, enabling the elderly client or his caregiver to manage enteral feeding autonomously, and therefore improving the elderly nutritional status. So, it was possible to assess that the partnership intervention facilitated the building of trusting relationships and the establishing of compromises among nurse/elderly client/caregiver, in order to promote care of itself. The used methodology, the obtained knowledge, the intervention into practice and the reflection made, resulted in the development of personal competences for the acquisition of expert-level and master in health of elderly client, enabling essential theoretical and practical knowledge based on scientific evidence and ethics. This knowledge was transmitted and assimilated by the team involved in the project, consequently their care practice improved, and the nutritional status of the elderly client also enhanced. It is suggested to continue the project, promoting its articulation with the services and the surrounding community, giving visibility to quality nursing care and providing appropriate responses to elderly clients.

Keywords: Aging, Undernutrition, Enteral Feeding, Partnership, Promotion of Self Care and Nursing Interventions

SIGLAS E ABREVIATURAS

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

PNSPI – Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas

PNS – Plano Nacional de Saúde

AE – Alimentação Entérica

EN – Estado Nutricional

MNA – Mini Nutricional Assessment

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

UTG – Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

VCT – Valor Calórico Total

SNG – Sonda Nasogástrica

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

HCL – Hospital Central de Lisboa

GFIE – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem

HDC – Hospital de Dia de Cardiologia

UR – Unidade de Registo

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

USF – Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE QUADROS

Designação	Pág.
Quadro n.º 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico	31
Quadro n.º 2 – Itens para análise dos registos de enfermagem	34
Quadro n.º 3 – Itens para análise das notas de campo (observação das práticas)	36
Quadro n.º 4 – Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de desenvolvimento	38
Quadro n.º 5 – Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação	46
Quadro n.º 6 - Áreas temáticas e categorias definidas através da 5ª fase do modelo de parceria	51

LISTA DE GRÁFICOS

Designação	Pág.
Gráfico n.º 1 – Resultados da primeira avaliação dos clientes idosos com AE	47
Gráfico n.º 2 – Resultados da reavaliação dos clientes idosos com AE	47

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO 13	
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
2.1 O Envelhecimento e Alterações Decorrentes	16
2.1.1 Necessidades nutricionais do cliente idoso.....	18
2.1.2 Desnutrição no cliente idoso	19
2.2 Alimentação Entérica no cliente idoso	20
2.3 Avaliação Nutricional e o Mini Nutritional Assessment	22
2.4 O cliente idoso com AE como parceiro no processo de transição	23
3. DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	28
3.1 Finalidade e objetivos do estudo	29
3.2 Desenho do projeto	29
3.3 Caracterização do contexto de estágio.....	30
3.4 Considerações éticas	30
3.5 Atividades realizadas e resultados obtidos.....	31
4. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO	54
5. CONCLUSÃO.....	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS E APÊNDICES.....	60

ANEXOS

Anexo 1 MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Anexo 2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA FUNCIONAL (Mini Mental State Examination; Índice de Barthel ;Índice de Lawton & Brody)

Anexo 3 ESCALA DE TINETTI

Anexo 4 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Anexo 5 ESCALA DE BRADEN

Anexo 6 ESCALA DE ZARIT E AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA FORMA
VALIDADA PARA PORTUGAL

Anexo 7 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ENFERMEIRA CO-ORIENTADORA DE
ESTÁGIO

APÊNDICES

Apêndice I _CONSENTIMENTO INFORMADO

Apêndice II _REVISÃO DA LITERATURA

Apêndice III _PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Apêndice IV _AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Apêndice V _GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM _ (FASE DE DIAGNÓSTICO)

Apêndice VI _ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM _ (FASE DE DIAGNÓSTICO)

Apêndice VII _DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

Apêndice VIII _NOVO INSTRUMENTO DE REGISTOS DE ENFERMAGEM _ (FOLHA DE COLHEITA DE DADOS E FOLHA DE SEGUIMENTO)

Apêndice IX _RESULTADOS DA 1ª AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Apêndice X _ESTUDO DE CASO

Apêndice XI _GUIÃO INFORMATIVO PARA O DOENTE COM SONDA PEG

Apêndice XII _GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (FASE DE AVALIAÇÃO)

Apêndice XIII _ANÁLISE FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Apêndice XIV _ESTRUTURA DO GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Apêndice XV _GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Apêndice XVI _TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA EFETUADA A UM CLIENTE IDOSO COM AE/CUIDADOR

Apêndice XVII _GRELHA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DAS ENTREVISTAS

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) - Vertente da Pessoa Idosa, foi proposto a realização de um estágio com a finalidade de desenvolver competências, no cuidado diferenciado ao cliente idoso. Com esse intuito foi elaborado um projeto cujo título é “Prevenção da Desnutrição do Cliente Idoso com Alimentação Entérica: Parceria como Intervenção de Enfermagem Para a Promoção do Cuidado de Si”, com a finalidade de *Prevenir a desnutrição no cliente idoso com alimentação entérica, promovendo o cuidado de Si*. As experiências descritas provêm do estágio que decorreu entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, num total de 750 horas curriculares.

A nível global constata-se um envelhecimento gradual da população, refletindo a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade. Em Portugal, 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011). Ao envelhecimento populacional encontra-se inerente um aumento do índice de dependência, diminuição da funcionalidade e um aumento da necessidade de cuidados de saúde (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2011). O reconhecimento deste fenómeno reflete-se na elaboração de programas que visam a promoção do envelhecimento ativo da população. O Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (2004-2010) alerta para clientes idosos em situação de maior vulnerabilidade (entre elas a *desnutrição*), necessitarem de uma maior vigilância. O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) recomenda como área de intervenção para a população idosa, a adoção de estilos de vida saudável, entre eles a promoção de uma alimentação saudável.

Neste âmbito, constata-se que os clientes idosos têm elevado risco de desenvolver desnutrição (STANNER, DENNY, 2009). Estudos referenciam que a prevalência de desnutrição se encontra entre 15% a 55% dos clientes idosos admitidos em instituições hospitalares (LOUREIRO, 2008). A desnutrição no cliente idoso pode ser propiciada pelas alterações decorrentes do próprio envelhecimento ou por patologias associadas. Deste modo, uma alteração subsequente do envelhecimento, que poderá contribuir para a desnutrição, é a dificuldade na deglutição (VOLKERT et al, 2011). Quando isso sucede, é habitual a introdução da alimentação entérica (AE), para que o cliente idoso satisfaça as suas necessidades nutricionais. Com a introdução da AE o cliente idoso experiencia uma transição (MELEIS, 2010) na nova forma de se alimentar. Esta é percebida como um

fator de desequilíbrio podendo conduzir à restrição de algumas atividades de vida, necessitando o mesmo de desenvolver capacidades e conhecimentos para esta nova forma de se alimentar. Neste sentido impõe-se a introdução da prática de cuidados em parceria com o cliente idoso/cuidador para a sua capacitação em relação a administração da AE. Segundo Gomes (2009), parceria consiste num processo dinâmico negociado entre clientes/famílias e enfermeiros que promove o cuidado de Si, envolvendo a construção de uma ação na qual partilham significados da experiência da pessoa. Este modelo possibilita ao cliente idoso usufruir de um papel central no processo de cuidados, sendo integrado como parte ativa e decisiva da sua reabilitação. Para isso o enfermeiro deve, dotar de informação e conhecimentos o cliente idoso/cuidador envolvendo-o nos cuidados, permitindo-lhe intervir e decidir, tornando-o parceiro no processo de cuidados, possibilitando que este assuma o cuidado de Si ou assegure que o cuidador assuma o cuidado do Outro (GOMES, 2009). Deste modo, constata-se a importância da educação para a saúde efetuada ao cliente idoso/cuidador, sobre as especificidades da AE, tendo em conta as suas características pessoais (SILVER et al, 2004; BEST, HITCHINGS, 2010). No entanto, apesar da AE ser introduzida para que o cliente idoso satisfaça as suas necessidades nutricionais, existem estudos que comprovam a existência de desnutrição também em clientes idosos com AE (ARINZON et al 2008; VOLKERT et al, 2011). Neste contexto, constata-se que são necessários cuidados que promovam uma monitorização eficaz do estado nutricional (EN) do cliente idoso com AE, através de instrumentos de avaliação fidedignos (FOGG, 2007). O Mini-Nutritional Assessment (MNA®) – Anexo I, surge como instrumento de eleição para a avaliação nutricional do cliente idoso, permitindo efetuar uma vigilância do EN do mesmo, alertando para estados de desnutrição ou para o risco de a desenvolver (CUERVO et al, 2008).

Reconhece-se assim, a importância do papel do enfermeiro na prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE, ao nível da monitorização do seu EN, bem como no estabelecimento de uma parceria com o mesmo e/ou seu cuidador, para que este fique capacitado para a administração da AE, podendo prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

Neste âmbito para a realização do estágio e tendo em consideração que o projeto era direcionado para o cliente idoso, foi necessário refletir sobre as competências desenvolvidas durante o percurso profissional. De acordo com o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, considero enquadrar-me no nível de proficiente na prestação de cuidados ao cliente idoso e na gestão do seu processo de

saúde/doença, refletindo a minha experiência profissional de 12 anos. Segundo Benner, um enfermeiro proficiente apercebe-se das situações que se lhe deparam como uma globalidade e não em termos isolados possuindo uma perspetiva que lhe permite saber quais os aspetos e atributos que são importantes para a situação que se apresenta (BENNER, 2001).

A realização deste projeto refletiu o meu interesse por esta temática (desnutrição no cliente idoso), com ele pretendia desenvolver competências específicas para atingir o grau de perito. Para Benner, os enfermeiros peritos “podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam visíveis” (BENNER, 2001 p. 61).

Baseado no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e o perfil de competências definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o Curso de Mestrado pretendo com este estágio desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre em EMC vertente Pessoa Idosa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (O.E.), um enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010). Para a área da especialização médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, ainda não se encontram definidas pela O.E. as respetivas competências específicas, no entanto a intervenção segundo a OE deve ser “dirigida aos projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p.7).

No âmbito do perfil de competências definido pela ESEL (2011), o enfermeiro especialista e mestre em EMC, assegura e promove o cuidado ao cliente idoso e família enquadrando as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as alterações provocadas pela doença crónica, de modo a assegurar uma qualidade de vida digna, promovendo um envelhecimento ativo. Devendo intervir como perito na dinamização da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais.

Neste contexto, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com o cliente idoso, nomeadamente o cliente idoso com AE e/ou o seu cuidador, em relação à avaliação do seu EN, promovendo o cuidado de Si;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do EN do cliente idoso com AE, promovendo o cuidado de Si;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na área de intervenção do cliente idoso, ao nível da responsabilidade profissional ética e legal, da investigação; da formação, da gestão e da prestação e supervisão de cuidados.

Para a realização deste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto, que consiste num conjunto de técnicas ou de procedimentos para estudar um determinado problema (RUIVO et al., 2010).

Este relatório está dividido em seis capítulos. Inicia-se com a introdução, prosseguindo para a apresentação da problemática/justificação do projeto e o enquadramento teórico que deu suporte as intervenções. Segue-se a metodologia utilizada na implementação do projeto com a respetiva descrição das atividades e resultados/competências desenvolvidas as implicações para a prática/limitações do estudo e conclusão.

A bibliografia citada e consultada é descrita de acordo com a norma Portuguesa.

1. PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A minha experiência profissional foi direcionada para a prestação de cuidados ao adulto/idoso permitindo-me situar ao nível de enfermeiro proficiente (BENNER, 2001). Ao longo da frequência do curso e na sequência da minha experiência profissional, fiquei desperto para a problemática das alterações do EN no cliente idoso, neste âmbito, a realização deste projeto refletiu o meu interesse por esta temática (desnutrição no cliente idoso), pretendendo com o mesmo desenvolver competências específicas como enfermeiro especialista e grau de mestre na área de intervenção do cliente idoso, ao nível da responsabilidade profissional ética e legal, da investigação; da formação, da gestão e da prestação e supervisão de cuidados, bem como alcançar o nível de perito segundo o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências (BENNER, 2001).

O interesse pela problemática da AE está relacionado com o facto de o cliente idoso apresentar um elevado risco de desenvolver desnutrição (STANNER, DENNY, 2009), em particular os que se encontram a fazer AE (VOLKERT et al, 2011). A desnutrição no cliente idoso encontra-se associada a um acréscimo da morbilidade e mortalidade, resultando na diminuição da sua qualidade de vida e no aumento da sua incapacidade física (LOUREIRO, 2008). Deste modo, torna-se uma área importante para os cuidados de enfermagem, podendo os mesmos colmatar ou minimizar as dificuldades que estão associadas à desnutrição nos clientes idosos (SHEPHERD, 2009).

Reconhece-se que a promoção de um bom EN contribui para um envelhecimento saudável (LOUREIRO, 2008). Também a nível governamental as preocupações sobre a nutrição, em especial nos clientes idosos, têm sido crescentes. O PNSPI em 2004 referia como fundamental uma atuação conjunta, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, assim como reforçava a importância da educação para a saúde nas áreas da nutrição e hidratação.

No que concerne ao cliente idoso com AE, embora a mesma seja introduzida com o objetivo de prevenir ou corrigir a desnutrição (CANDY et al, 2009), existem estudos que contrariam este facto, e revelam que existe desnutrição nestes casos (SILVER et al, 2004; ARINZON et al 2008; VOLKERT et al, 2011).

Deste modo, a avaliação sistemática do EN do cliente idoso com AE, surge como uma necessidade, contribuindo para identificar os fatores de risco e para definir uma intervenção de enfermagem precoce que promova a saúde prevenindo a desnutrição e

suas consequências. No entanto, avaliar o EN dos clientes idosos surge como uma tarefa difícil e complexa, devido às alterações associadas ao envelhecimento, que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados (LOUREIRO, 2008). Neste contexto, num estudo realizado constatou-se que os enfermeiros apresentam uma capacidade reduzida para reconhecer o mau EN dos clientes idosos e que o ensino realizado não se encontrava direcionado para os mesmos (SOUMINEN et al, 2009).

Para a prevenção da desnutrição no cliente idoso com AE, a evidência científica reforça igualmente a importância da preparação/ensino, em relação à administração da AE ao cliente idoso/cuidador (SILVER et al, 2004; BEST, HITCHINGS, 2010).

Assim, torna-se fundamental estabelecer uma parceria com o cliente idoso (GOMES, 2009). Deste modo o cliente idoso é integrado como parte ativa e decisiva da sua reabilitação, devendo ser dotado de conhecimentos, com o intuito de o envolver nos cuidados, permitindo-lhe intervir e decidir, tornando-o parceiro no processo de saúde (GOMES, 2009). Com a implementação do modelo de parceria (GOMES, 2009), o cliente idoso tem o papel central no processo de cuidados, preconizando-se que seja observado em todas as suas dimensões, para conhecer o seu potencial de desenvolvimento. Obtido este conhecimento, é possível delinear estratégias em conjunto, para a transformação de capacidades potenciais em reais, para que o cliente idoso prossiga com seu projeto de vida. Deste modo, ao termos o pleno conhecimento do cliente idoso, podemos delinear estratégias em conjunto com este e/ou com o seu cuidador, com o intuito de o auxiliar na transição (alimentação oral/entérica) que experiencia, para que esta se faça de uma forma saudável.

Tendo em consideração o que a evidência científica preconiza, pretendeu-se conhecer a realidade do contexto de estágio - Unidade de Técnicas de Gastrenterologia (UTG).

Neste âmbito, durante a fase de diagnóstico foi importante perceber quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, para avaliar multidimensionalmente o cliente idoso com AE (estando incluída a avaliação do EN), e como se efetuavam essas intervenções tendo em conta o Modelo de Parceria.

Para esse efeito, foi aplicada uma grelha de análise dos registos de enfermagem elaborada de acordo com as várias dimensões e indicadores das várias fases do modelo de parceria de Gomes (2009). Constatou-se que os registos de enfermagem não contemplavam informação suficiente que permitisse conhecer o cliente idoso, tornando-se difícil promover um cuidado em parceria que promovesse a sua capacitação. Verificou-se também que não se procedia à avaliação do EN do cliente idoso com AE.

Foram igualmente observadas práticas de cuidados de enfermagem aos clientes idosos com AE. Durante essa observação constatou-se que nas mesmas os enfermeiros procuraram tornar o cliente idoso e/ou cuidador parceiros de cuidados, dotando-os de conhecimentos para poderem tomar decisões relativas ao seu processo de transição, na forma de se alimentar. No entanto analogamente aos resultados da análise dos registos, também aqui não foi visualizada a avaliação do EN do cliente idoso com AE. Estes resultados obtidos na fase de diagnóstico corroboram o estudo desenvolvido por Suominen, et al (2009).

Durante este período através de conversas informais, denotei que a equipa ficou sensibilizada para a importância desta problemática demonstrando interesse em iniciar uma prática de cuidados baseada no modelo de parceria de Gomes (2009) e na avaliação multidimensional do cliente idoso com AE.

Em síntese, constataram-se algumas lacunas no contexto de saúde, relativamente à monitorização do EN do cliente idoso com AE, assim como no ensino/preparação sobre a administração da AE. Consequentemente, este projeto teve como finalidade a prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE, promovendo o cuidado de Si.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo aborda o referencial teórico e conceptual que esteve na génese do projeto e que deu suporte às minhas intervenções, sendo decorrente da pesquisa da evidência científica presente na literatura. Para o desenvolvimento do projeto foi essencial perceber as alterações decorrentes do processo de envelhecimento que afetam o EN, as necessidades nutricionais do cliente idoso, a desnutrição no cliente idoso, a introdução da AE e a importância de se efetuar uma avaliação nutricional. Posteriormente, foi efetuado um aprofundamento teórico, acerca da teoria das transições de Meleis (2000), importante para a percepção da transição vivenciada pelo cliente idoso com a introdução da AE, e sobre o Modelo de Parceria de Gomes (2009), cujo objetivo é a capacitação do cliente no assumir ou assegurar o Cuidado de Si.

Deste modo, pretende-se apresentar a sustentação teórica da problemática, clarificando os conceitos que se encontram inerentes ao fenómeno.

2.1 O Envelhecimento e Alterações Decorrentes

Assiste-se a um envelhecimento rápido e progressivo da população. Em Portugal o fenómeno do envelhecimento desponta como um foco de atenção. Em 2011, a população com mais de 65 anos era de 19,1%, traduzindo-se num índice de envelhecimento de 120,1 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011).

O envelhecimento é uma particularidade dos seres vivos, caracterizando-se por ser um equilíbrio dinâmico entre fatores físicos, psíquicos e sociais (OLIVEIRA et al, 2008). É um processo complexo, influenciado não só por fatores intrínsecos ao indivíduo, mas também por fatores extrínsecos, nomeadamente a alimentação (KIRKWOOD, 2008).

Assim, constata-se que a prestação de cuidados aos clientes idosos reveste-se de especificidades, uma vez que é nesta fase da vida que se observa um declínio das funções dos sistemas vitais do seu corpo (MCKEVITH, 2005).

É reconhecido que um EN equilibrado favorece a saúde física e emocional, prevenindo ou atrasando o surgimento das patologias mais frequentes no decurso do processo do envelhecimento (FOGG, 2007; LOUREIRO 2008). Segundo Cunha e Marques (2008), o estado nutricional reflete o grau em que as necessidades do organismo por nutrientes estão a ser atendidas. Este depende do equilíbrio entre a ingestão e as necessidades nutricionais.

Contudo o EN pode estar comprometido devido ao próprio processo de envelhecimento, pois com ele surgem alterações de ordem fisiológica, psicológica, sociológica ou económica que podem afetar a ingestão, digestão e assimilação de alimentos, e consequentemente o aporte nutricional adequado às necessidades dos clientes idosos.

Deste modo nas alterações fisiológicas que podem acometer o cliente idoso, destacam-se: a diminuição do número de papilas gustativas e da secreção salivar, problemas na deglutição, diminuição da motilidade gástrica e intestinal, diminuição da produção de ácido clorídrico por atrofia da mucosa gástrica, diminuição da absorção intestinal, problemas peridentários, perda de apetite e de sede, alteração do gosto e olfato, diminuição da função renal, diminuição da massa muscular e o próprio grau de dependência do idoso (MCKEVITH, 2005; ELMADFA, MEYER, 2008).

Ao nível de alterações psicológicas referencia-se os processos de demência, depressão e algumas crenças (LOUREIRO, 2008).

Como alterações sociológicas consideraram-se: a solidão, a viuvez, a diminuição de interações sociais, a própria integração social do cliente idoso, as condições da sua habitação, a cultura/tradições e o isolamento (CUNHA E MARQUES, 2008).

As alterações/dificuldades económicas refletidas na carência de recursos/falta de apoio social podem interferir: na aquisição de utensílios adequados às suas limitações (que facilitam a preparação de refeições), na obtenção de alimentos adequados à sua situação, bem como na dificuldade em se deslocar para poder adquirir os mesmos (WOLF et al, 2003; LOUREIRO, 2008).

Concomitantemente às alterações anteriormente referidas, crescem outros fatores que podem interferir no EN do cliente idoso, nomeadamente: consumo de álcool, polimedicação, perda de peso, grau de dependência do cliente idoso, hospitalização, institucionalização e algumas situações patológicas (diarreia, desidratação, febre) (LOUREIRO, 2008). Esta ideia é corroborada por Mahan e Escott-Stump (2010) referindo os autores, que as alterações progressivas e impercetíveis que ocorrem durante o envelhecimento podem dificultar a manutenção de um EN adequado no cliente idoso.

Conclui-se portanto, que a nutrição no cliente idoso é um fenómeno multifatorial que deve ser avaliado pormenorizadamente, com o intuito de prevenir a alteração do EN e a evolução de determinadas patologias, que em última análise se irão refletir ao nível da longevidade e qualidade de vida do cliente idoso. Assim, é fundamental efetuar uma abordagem individualizada, onde se identifique a causa da alteração do EN,

desenvolvendo-se estratégias para colmatar as necessidades nutricionais do cliente idoso.

2.1.1 Necessidades nutricionais do cliente idoso

Constata-se que as exigências nutricionais dos clientes idosos são semelhantes às da população jovem, embora na maioria dos casos, exista uma redução da atividade física e do metabolismo basal, com conseqüente diminuição das necessidades energéticas (LOUREIRO, 2008).

Em termos de necessidades energéticas do cliente idoso, estas são calculadas através de equações, variando o seu valor de acordo com o sexo e o peso, situando-se habitualmente entre as 1700 e as 2400 Kcal/dia, tendo em conta as suas particularidades (CUNHA E MARQUES, 2008).

No que concerne aos macronutrientes, recomenda-se aos clientes idosos um consumo diário de 0,8 g/Kg de peso de proteínas, correspondendo a 13-16% do Valor Calórico Total (VCT) da dieta (CUNHA E MARQUES, 2008). Neste âmbito, para além da carne e peixe é possível encontrar proteínas nas leguminosas (proteínas vegetais), nos ovos e lacticínios (também fonte de cálcio, lípidos e vitamina A) (FERRY & ALIX, 2004).

Ao nível do consumo de hidratos de carbono, devem contemplar entre 45% e 65% do VCT, devendo ser preferencialmente hidratos de carbono complexos, tais como: pão, cereais integrais, batatas, legumes e as frutas, contribuindo estes alimentos igualmente com fibras e vitaminas essenciais para o cliente idoso (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010). Em relação aos lípidos é recomendado que o seu consumo não ultrapasse os 30% do VCT nos clientes idosos (CUNHA E MARQUES, 2008). Neste âmbito, a margarina vegetal, azeite e alguns óleos, devem ser preferencialmente consumidos em relação a outras gorduras (FERRY & ALIX, 2004).

Contudo, verifica-se que ao nível dos micronutrientes existe uma maior necessidade de consumo por parte do cliente idoso. Deste modo, este necessita de aumentar o seu consumo de cálcio e vitaminas - A, C, B6, B12, D e E, assim como de Ácido Fólico, de Ferro, de Zinco, entre outros (ELMADFA, MEYER, 2008; CUNHA E MARQUES, 2008).

No que se refere à ingestão de líquidos esta deve ser no mínimo de 1500 ml dia, podendo no entanto sofrer alterações relacionadas com patologias de base (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010).

Tendo o conhecimento das necessidades nutricionais do cliente idoso, podem delinear-se planos alimentares individualizados, proporcionando uma alimentação saudável ao

mesmo. Esta contribui para melhorar a sua qualidade de vida, auxiliando o cliente idoso a manter a sua independência, aumentando a sua capacidade para realizar as tarefas básicas diárias. Desta forma, definir os componentes específicos de uma dieta saudável, acompanhada por uma atividade física adequada, auxiliará a promover a saúde e o bem-estar do cliente idoso, contribuindo inequivocamente para a redução da taxa de mortalidade e morbilidade deste grupo etário (DAVIES, 2011).

Torna-se evidente que os profissionais de saúde, com especial enfoque nos enfermeiros, devem considerar todos os aspetos mencionados anteriormente, assim como outros que surjam ao nível da singularidade do cliente idoso, de forma a minimizar as consequências inerentes do envelhecimento, delineando com o cliente idoso/cuidador estratégias, tendo em consideração os alimentos e a sua confeção, de acordo com a situação clínica e com os recursos socioeconómicos (MCKEVITH, 2005; STANNER, DENNY, 2009).

2.1.2 Desnutrição no cliente idoso

Verifica-se contudo, tal como já foi referido, que os clientes idosos pertencem a um grupo que apresenta elevado risco de desnutrição devido às alterações inerentes ao seu processo de envelhecimento e patologias associadas (CUERVO et al, 2008). Concomitantemente a desnutrição afeta de forma negativa a sua saúde, tratando-se de um ciclo vicioso que urge parar (KAISER et al, 2010).

Considera-se desnutrição, a perda ou má absorção prolongada de energia e nutrientes, caracterizando-se por diminuição de peso e mudanças na composição corporal (perda de tecido adiposo e muscular) (LOCHS et al, 2006). Esta pode resultar de uma ingestão inadequada, de uma digestão/absorção ineficaz, de um processamento metabólico ineficiente ou do aumento da excreção de nutrientes essenciais (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010).

Um estudo referenciado por Cunha e Marques (2008) evidencia que a desnutrição nos clientes idosos conduz a uma diminuição das defesas imunológicas, a um aumento da incidência das úlceras de pressão, à má cicatrização das feridas, à diminuição das capacidades funcionais, a hospitalizações prolongadas e mais frequentes e ao aumento da mortalidade.

A desnutrição no cliente idoso encontra-se associada a vários fatores, entre eles: deficiente educação nutricional, problemas socioeconómicos, diminuição das capacidades físicas e psicológicas, isolamento social, anorexia, interações medicação/nutrientes resultantes da polimedicação e a existência de patologias (CUNHA E MARQUES, 2008).

Para além dos fatores anteriormente referidos, Loureiro (2008) aponta igualmente a monotonia das refeições e a quantidade insuficiente de alimentos, como causas de perda de peso e de desnutrição.

Constata-se que a desnutrição no cliente idoso aumenta a sua incapacidade física, diminuindo consequentemente a sua qualidade de vida, aumentando a morbilidade e consequente mortalidade, sendo frequentemente subdiagnosticada. Cunha e Marques menciona que “a prevalência de desnutrição nos idosos é difícil de se estudar, dado que esta população apresenta uma grande variabilidade e também devido às diferenças metodológicas e de critérios que existem para se definir esta condição” (CUNHA E MARQUES, 2008, p. 26). No entanto, existem estudos que referenciam a prevalência de desnutrição entre 15 a 55%, em clientes idosos admitidos em instituições hospitalares (LOUREIRO, 2008).

Deste modo, o enfermeiro antes de iniciar as intervenções, deve avaliar o EN do cliente idoso e os fatores inerentes ao envelhecimento que lhe estão associados, etapa fundamental para isolar os problemas nutricionais e intervir rapidamente em relação aos mesmos (FERRY, ALIX, 2004). Assim, ao ter-se conhecimento de todas as dimensões do cliente idoso, poderão planificar-se intervenções ao nível da sua nutrição, que permitam a este último modificar ou adaptar os seus hábitos alimentares, por forma a responder às novas necessidades impostas, quer pelo processo de envelhecimento, quer por alguma patologia que possua, prevenindo situações de desnutrição. Neste contexto o PNSPI recomenda uma “ (...) atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição (...)” (PNSPI, 2004, p.13), referindo a importância de rastrear estes fatores de fragilidade dos clientes idosos. Neste âmbito, constata-se que os clientes idosos com AE apresentam maior suscetibilidade de desenvolver desnutrição (HITCHINGS et al, 2010).

2.2 Alimentação Entérica no cliente idoso

Durante o processo de envelhecimento poderão surgir dificuldades na deglutição, neste contexto é frequente introduzir-se a AE, para que o cliente idoso possa colmatar as suas necessidades nutricionais.

Considera-se alimentação entérica “o fornecimento de nutrientes utilizando o trato gastrointestinal através de uma sonda ou cateter quando a ingestão oral é insuficiente” (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010, pp 507). Este tipo de alimentação é uma alternativa à

alimentação oral, quando esta não é passível de ser efetuada. As indicações para a sua introdução são: a disfagia, alterações neurológicas, recusa alimentar, entre outras, sendo condição essencial, a existência de um trato gastrointestinal funcionante para a sua administração (CANDY et al, 2009).

A administração da AE pode ser efetuada através de diversos dispositivos, entre eles: a Sonda Nasogástrica (SNG), a Sonda Nasojejunal, Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), Botão Gástrico e a Jejunostomia. A sua seleção depende de vários fatores: duração prevista de administração da AE, risco de remoção ou deslocação da sonda, presença/ausência de digestão e absorção, volume de AE a administrar (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010) e da autoimagem do cliente idoso (HITCHINGS et al, 2010). Os dispositivos mais utilizados são a SNG e a PEG, sendo as suas vantagens a correção da desnutrição/desidratação, redução do risco de aspiração de alimentos, promoção do conforto físico e melhoria da qualidade de vida (CANDY et al, 2009).

Após a colocação do dispositivo deve optar-se pela forma de administração da AE, devendo ter-se em conta o conforto do cliente idoso; a sua situação clínica e as suas necessidades nutricionais (DONNER et al, 2011). As formas de administração de AE mais usuais são a administração contínua e administração por bólus, sendo esta última a mais conveniente e menos dispendiosa, devendo ser incentivada sempre que tolerada (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010).

Inerente à introdução da AE na vida do cliente idoso encontra-se implícita, por parte deste ou do seu cuidador (no caso do cliente idoso apresentar um elevado grau de dependência), a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que permitam efetuar a sua administração de uma forma correta, de modo a suprir as suas necessidades nutricionais. Assim a educação para a saúde apresenta-se como fator essencial na preparação dos clientes idosos/cuidadores na administração da AE, prevenindo a desnutrição e complicações decorrentes.

No entanto, apesar da AE ser introduzida para proporcionar um aporte nutricional adequado, existem estudos que contrariam este facto. Segundo Arinzon, os efeitos da AE, no peso corporal não são conclusivos, inclusive um dos seus estudos, revela a existência de uma diminuição do peso corporal (ARINZON et al, 2008). Concomitantemente em estudos desenvolvidos em lares, verificou-se que os clientes idosos alimentados por via entérica encontravam-se mais desnutridos do que os idosos que se alimentavam oralmente (SILVER et al, 2004; VOLKERT et al, 2011). Destes resultados, surge a importância de se efetuar uma avaliação nutricional ao cliente idoso com AE.

2.3 Avaliação Nutricional e o Mini Nutritional Assessment

A avaliação do EN constitui a primeira intervenção do tratamento nutricional (CUNHA E MARQUES, 2008). Contudo avaliar o EN do cliente idoso surge como uma tarefa difícil e complexa, derivado às inúmeras alterações associadas ao envelhecimento, que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados (LOUREIRO, 2008). Neste âmbito, para uma adequada avaliação nutricional devem ser utilizados instrumentos de medida adaptados e fidedignos para a obtenção de resultados corretos, devendo os mesmos ser simples, específicos, sensíveis, pouco dispendiosos e de fácil e rápida aplicação (FERRY; ALIX, 2004).

Um dos instrumentos que se apresenta como fidedigno e indicado para a avaliação nutricional no cliente idoso é o Mini Nutritional Assessment (MNA®) (CUERVO et al, 2008). Este afigura-se como um instrumento simples, rápido, económico, que permite avaliar o EN dos clientes idosos em ambiente hospitalar, institucionalizados ou que habitam no seu domicílio, possibilitando a monitorização das alterações ao longo do tempo (LOUREIRO, 2008). A sua pertinência ganha visibilidade nos casos de clientes idosos em ambulatório, onde a não necessidade de colheita de sangue e a facilidade de recolha de dados, o tornam no método de eleição (LOUREIRO, 2008).

O MNA® deteta precocemente sinais de desnutrição (97% de eficácia), antes mesmo de surgirem alterações bioquímicas (JIMENEZ-SANZ et al, 2011) e contempla 4 componentes de avaliação: antropométrica; global, hábitos alimentares e autoavaliação.

É um instrumento de fácil e rápida utilização, onde de uma forma não invasiva é aferida uma pontuação que varia entre 0 e 30 pontos, revelando três possíveis estados nutricionais: normal, sob o risco de desnutrição ou desnutrição.

Caracteriza-se igualmente por apresentar uma avaliação prévia em forma de triagem, na qual se for atingida uma pontuação superior a 11, não existe necessidade de o completar, pois considera-se que o cliente idoso apresenta um EN normal.

Preconiza-se que a monitorização do EN seja efetuada em intervalos regulares para assegurar que o plano alimentar se encontra adequado, procedendo-se à sua alteração sempre que necessário (FOGG, 2007). De acordo o MNA® a reavaliação deverá ser efetuada de 3 em 3 meses. Importa realçar que é necessário avaliar com maior frequência os clientes idosos que apresentem maiores desequilíbrios nutricionais, pois necessitam de uma maior vigilância, sendo a mesma um fator primordial para a prevenção da

desnutrição. Esta avaliação deve ser efetuada em parceria com o cliente idoso/cuidador, tornando-os parte ativa na transição que experienciam.

2.4 O cliente idoso com AE como parceiro no processo de transição

Os clientes idosos enfrentam mudanças no percurso de vida, nem sempre previsíveis e desejadas, como por exemplo, o surgimento e agravamento de uma doença ou o início de uma nova forma de se alimentar. Estas mudanças exigem que os clientes idosos e/ou seus cuidadores mobilizem/desenvolvam determinados recursos/conhecimentos para as enfrentar. Verifica-se que os clientes idosos são mais suscetíveis de sofrerem transições, pois a idade avançada é um tempo de transições múltiplas (SCHUMACHER et al, 1999).

Transição é definida como uma “passagem de uma fase de vida, condição, ou *status* para outra” (MELEIS, TRANGENSTEIN, 1994, pp. 256), efetuando-se entre dois períodos estáveis na vida do cliente, sendo o resultado de uma complexa interação entre o mesmo e o ambiente (MELEIS, TRANGENSTEIN, 1994). Esta é caracterizada por mudanças, que originam a instalação de um período de desequilíbrio e por transformações na forma de o cliente perceber o que o rodeia. Uma transição surge quando os pressupostos sobre si ou sobre o ambiente que o envolve são desafiados, num contexto em que os comportamentos atuais já não se adequam à realidade existente. (YOUNG et al, 2006). Este é um conceito importante pois centra-se no que o cliente sente, experimenta e valoriza (SCHUMACHER et al, 1999).

De acordo com Meleis (2010) a capacidade de adaptação para lidar com estas mudanças e a necessidade de alteração de comportamentos, ou a adoção e modificação de papéis, influencia a vivência de situações de crise que marcam o desenvolvimento dos seres humanos. Deste modo, durante a transição devem ser desenvolvidas novas competências, novas relações e novas estratégias de *coping* (MELEIS, 2010).

Assim a introdução da AE é percebida como um fator de desequilíbrio para o cliente idoso, devido à patologia de base que conduz à sua introdução e à nova forma de se alimentar. Este processo pode conduzir à restrição de algumas atividades de vida, traduzindo-se num aumento de dependência, dificultando a prossecução do projeto de vida.

Meleis (2010) refere que o alvo dos cuidados de enfermagem é o cliente e define-o, como um ser humano com necessidades, em constante interação com o ambiente, e que apresenta capacidades para se adaptar ao mesmo. Muitas das transições vivenciadas

pelos clientes idosos, estão inerentes à sua condição de saúde e à necessidade de procura de cuidados de enfermagem. Esta procura surge quando o cliente idoso não consegue satisfazer essas necessidades, pela incapacidade para tomar conta de si e/ou por apresentar respostas não apropriadas à situação, experimentando o desequilíbrio (SCHUMACHER et al, 1999). Constata-se, que os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram mais presentes durante o processo de transição, acompanhando o cliente idoso e/ou seu cuidador, no desenvolvimento de novas capacidades, relacionamentos e estratégias de *coping* (SCHUMACHER et al., 1999).

Na introdução da AE, existe uma reaprendizagem do cliente idoso e/ou do seu cuidador na forma de se alimentar (através de uma sonda). Neste âmbito, o cliente idoso deve conseguir reestruturar as rotinas de vida diária, para serem coerentes com a nova forma de alimentação, permitindo a recuperação do sentimento de previsibilidade, domínio, gestão e prazer na vida (SCHUMACHER et al., 1999). Esta transição pode afetar igualmente o ciclo familiar, podendo existir a necessidade de adaptação deste a um novo papel, que se insere no âmbito da prestação de cuidados ao cliente idoso. Nestes casos, o ciclo familiar é interrompido e consequentemente exige aos membros da família esforços de adaptação para a nova condição. Esta é entendida como uma fonte de *stress* pois, para além dos seus papéis habituais, o membro da família inicia um novo papel como cuidador (BRERETON, NOLAN, 2002).

Desta forma, os enfermeiros atuam com o intuito de facilitar essa adaptação, a uma nova forma de estar e ser, permitindo que a transição se efetue de uma forma saudável, recorrendo a intervenções terapêuticas de enfermagem, cujo objetivo, é facilitar o processo de transição saudável, diminuindo as transições não-saudáveis com a consequente presença de desnutrição (MELEIS, 2010). Neste sentido, existe por parte do cliente idoso/cuidador, uma necessidade de adaptação à administração de AE, sendo que o enfermeiro, deve promover a procura de conhecimentos e a reflexão sobre eles no sentido de promover a “(...)rememoração das verdades que já se conhecem mas em relação às quais é necessária ainda uma melhor apropriação” (FOUCAULT, 1994, p.63).

A OE preconiza cuidados de enfermagem centrados nos projetos de saúde de cada cliente, família ou comunidade procurando “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida (...), através de processos de aprendizagem” (OE, 2010, p. 9).

Neste âmbito a implementação do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) permite a operacionalização da gestão do processo de cuidados, com existência de um compromisso por parte de todos os que participam no processo, promovendo no cliente idoso a capacidade de decidir por si e participar ativamente no seu projeto de saúde. Gomes (2009) define parceria como um processo dinâmico negociado entre clientes/famílias e enfermeiros que promove o Cuidado de Si (Si próprio e Si Outro), envolvendo a construção de uma ação, na qual partilham significados da experiência do cliente, dados por este ou pela família. A parceria tem “como condições essenciais, num contexto de vulnerabilidade e dependência, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e cuidado” (GOMES, 2009, p.231).

O conceito Cuidado de Si, significa tomar conta de si, ter cuidado consigo, onde o cliente permite conhecer-se e definir qual a prioridade dos seus cuidados, possibilitando-o optar pela trajetória de vida que pretende seguir (GOMES 2009). No entanto quando “(...) no exercício do cuidado de Si, se faz um apelo a um outro, em relação ao qual se adivinha a aptidão para dirigir e aconselhar, exerce-se um direito, e é um dever que se cumpre quando se proporciona ajuda a um outro, ou quando se recebe(...) as lições que ele pode dar.” (FOUCAULT, 1994, p.65). Deste modo o conceito de cuidado de Si distancia-se do de autocuidado, o qual nos leva ao condicionamento do cliente a um plano assistencial, que irá ditar como este se adapta à situação vivida, não tendo em conta as suas experiências anteriores. Já o conceito cuidado de Si transporta-nos para o diálogo com o cliente reconhecendo-o como único conhecedor da situação vivida, implementando um plano de cuidados baseado na sua vivência (SILVA et al, 2009).

Assim parceria surge como uma ação comum negociada, sobre a realidade conhecida e assumida com o intuito de conferir *empowerment* ao cliente idoso face à situação de saúde (GOMES, 2007). Considera-se *empowerment* o “processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte do cidadão, indutor (...) de poder e controlo (...) explicitado através da participação e tomada de decisão efectiva” que possibilita a “adoção de estratégias individuais/coletivas, com vista à redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometerem a saúde” (MESQUITA, 2007, p.157). Desta forma, o cliente idoso é integrado como parte ativa e decisiva da sua reabilitação. O enfermeiro deve dotar de informação e conhecimentos o cliente idoso, envolvendo-o nos cuidados, permitindo-lhe intervir e decidir, tornando-o parceiro no processo de saúde. É fundamental promover a informação, incluindo-a no seu quotidiano

como forma de envolver o cliente idoso na ação, estimulando a sua pro-atividade (GOMES, 2011).

Assim, a educação para a saúde apresenta-se como fator essencial na preparação dos clientes idosos/cuidadores na administração da AE, tendo como objetivo ajudar a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão. Esta deve ser efetuada preferencialmente através de intervenções educativas que contemplem a construção de encontros, espaços que vinculem afetivamente o cliente idoso/cuidador, valorizando as suas trajetórias de vida e seus saberes, garantindo o direito à informação e ao debate sobre temas que articulem assuntos relacionados com a sua saúde (ASSIS, 2005). Desta forma, contribui-se para que colaborem nos processos de mudança com o intuito de adotarem estilos de vida saudáveis, prevenindo complicações associadas (desnutrição), responsabilizando-os pela sua saúde. De acordo com Gomes “a Enfermagem tem que perspectivar a pessoa como responsável pelo seu próprio projecto de vida” (GOMES; 2007, p.70). Segundo a OE a enfermagem deve “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (OE, 2010, p. 8).

Com a implementação do modelo de parceria (GOMES, 2009), o cliente idoso tem o papel central no processo de cuidados, preconizando-se que seja observado em todas as suas dimensões para conhecer o seu potencial de desenvolvimento. Obtido este conhecimento, é possível delinear estratégias em conjunto para a transformação de capacidades potenciais em reais, para que o cliente idoso prossiga com seu projeto de vida. Esta centralidade promove a autonomia do cliente, permitindo que este “(...) possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e de saúde” (GOMES, 2009, p.251).

Segundo a autora, o enfermeiro deve valorizar o cliente idoso, os seus conhecimentos, as suas preferências, os seus hábitos, o seu contexto de vida e de doença e o seu projeto de vida e saúde, reforçando desta forma o seu papel na promoção do cuidado de Si. Assim, o cliente idoso deve ser entendido como o foco da intervenção, permitindo-lhe um controlo sobre o seu projeto de saúde e de vida, possibilitando-lhe efetuar uma transição saudável (GOMES, 2009). O processo de parceria desenvolve-se em cinco fases (GOMES, 2009):

1ª-Revelar-se - nesta fase o enfermeiro procura conhecer o cliente idoso em todas as suas dimensões e o seu potencial de desenvolvimento, bem como perceber o acontecimento da patologia e o seu significado no percurso de vida do mesmo;

2ª-Envolver-se – caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro do cliente, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, retirando

contributos dessa relação, que serão utilizados mais tarde na intervenção terapêutica. O enfermeiro demonstra competência técnica e relacional, estabelecendo uma relação na qual cada elemento percebe o seu papel. Nesta fase pode perceber-se a capacidade funcional, a falta de conhecimentos, os recursos existentes do cliente idoso para a promoção do cuidado de Si;

3ª-Capacitar e Possibilitar – caracteriza-se pela construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em consideração a partilha dos significados da experiência na ação; ou então pela ação de assegurar o cuidado que o Outro deveria ter consigo, se tivesse capacidade para decidir. Nesta fase a mobilização dos conhecimentos adquiridos sobre o cliente idoso, são importantes para promover o Cuidado de Si ou capacitar o cuidador para assegurar o Cuidado do Outro.

4ª-Comprometer-se - traduz-se numa conjugação de esforços conjuntos no sentido de se atingirem os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e saúde;

5ª-Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro – atinge-se quando o cliente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão; ou quando, o cuidador adquire a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, tendo em conta as decisões partilhadas com o mesmo (GOMES, 2009).

Pode constatar-se que neste modelo de intervenção existe uma procura incessante por parte do enfermeiro, pela autonomia e independência do cliente, capacitando-o para o cuidado de Si ou capacitando o cuidador para cuidar do cliente como se fosse o próprio a fazê-lo, encarando o início da AE como uma fase integrante da sua vida.

Com a introdução na prática de cuidados do modelo das transições de Meleis e do modelo de Parceria de Gomes (2009), “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2010, p. 8). Deste modo, espera-se que o cliente idoso experiencie esta transição de uma forma saudável, como consequência do desenvolvimento de um trabalho em parceria, onde as estratégias adotadas são no sentido do cliente idoso poder prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

3. DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Para a realização deste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto. De acordo com Ruivo et al, (2010) o trabalho de projeto é um conjunto de técnicas ou de procedimentos para estudar um determinado problema. Este apresenta como objetivo principal: “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real” (RUIVO et al 2010, p.3). Constata-se que nesta metodologia existe uma simbiose entre a teoria e a prática, sendo a sua base o suporte teórico que se irá aplicar na prática. É uma metodologia que pressupõe o trabalho em grupo, onde todos os intervenientes são envolvidos no seu planeamento e intervenção num processo dinâmico e flexível que se poderá adaptar ao longo do percurso.

Esta metodologia desenvolve-se através de seis etapas: **Diagnóstico de situação**- procede-se à identificação do problema e inicia-se a recolha de informações de natureza qualitativa e objetiva, sobre o assunto do projeto; **Definição de objetivos**- apontam os resultados pretendidos sendo estes definidos em diferentes níveis, desde o geral para o específico; **Planificação das atividades, meios e estratégias**- planificam-se e calendarizam-se as atividades, tendo em conta os objetivos delineados; **Execução de atividades planeadas**- procede-se à realização das atividades propostas, na etapa anterior; **Avaliação**- através de indicadores de avaliação pré-definidos, constata-se, se os objetivos foram atingidos, esta deve efetuada periodicamente; **Divulgação dos resultados**- através da elaboração de um relatório final do percurso do projeto (RUIVO et al, 2010).

Para a elaboração e implementação do projeto foi importante a consciencialização das competências desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional e das que necessitava desenvolver. Esta consciencialização foi transversal a todas as fases do projeto. Assim o projeto iniciou-se com a elaboração do diagnóstico de situação em contexto de estágio, apoiado pela análise dos registos de enfermagem e elaboração de notas de campo. Posteriormente foi efetuada pesquisa na evidência científica presente na literatura, por forma a aprofundar o conhecimento teórico da problemática em questão. Com base neste conhecimento, foram definidos objetivos e programadas as atividades a realizar, dando origem a um processo interativo e contínuo. A sua avaliação foi efetuada através da análise dos registos de enfermagem e de entrevista ao cliente idoso/cuidador com AE.

3.1 Finalidade e objetivos do estudo

O desenvolvimento deste projeto de intervenção no contexto da prática teve como finalidade ***Prevenção da desnutrição no cliente idoso com alimentação entérica, promovendo o cuidado de Si***. Para tal foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com o cliente idoso, nomeadamente o cliente idoso com AE e/ou o seu cuidador, em relação à avaliação do seu EN, promovendo o cuidado de Si;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do EN do cliente idoso com AE, promovendo o cuidado de Si;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na área de intervenção do cliente idoso, ao nível da responsabilidade profissional ética e legal, da investigação; da formação, da gestão e da prestação e supervisão de cuidados.

3.2 Desenho do projeto

Considerando o percurso da metodologia de projeto foram planeadas atividades específicas para a concretização do projeto e consequente resolução de um problema identificado no contexto de cuidados. A sua descrição foi organizada em três fases:

Fase de diagnóstico onde se efetuou o diagnóstico da situação e contextualizou a problemática. Para esta fase foram delineados os seguintes objetivos: Contextualizar a problemática da avaliação do EN do cliente idoso com AE; Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso com AE e à prestação de cuidados em parceria.

Fase de desenvolvimento onde foram delineados como objetivos: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria com o cliente idoso/cuidador, que proporcionem a melhoria do EN; Realizar a avaliação do EN, em parceria com o cliente idoso/cuidador, para assegurar cuidado de Si; Definir estratégias em parceria com o cliente idoso com AE/cuidador, para uma adequada prestação de cuidados através do dispositivo de AE, assegurando o cuidado de Si.

Fase de avaliação onde foi realizada a análise do percurso, tendo como objetivos: Realizar a reavaliação do EN do cliente idoso com AE, em parceria com o cliente idoso/cuidador; Identificar alterações na equipa de enfermagem, no que concerne à otimização do EN do cliente idoso com AE; Identificar os contributos do modelo de parceria para o cliente idoso/cuidador, na promoção do cuidado de Si.

3.3 Caracterização do contexto de estágio

O estágio decorreu no serviço de UTG de um Hospital Central de Lisboa (HCL). Este serviço é composto por salas de execução de técnicas de gastroenterologia e gabinetes de apoio. A sua equipa é composta por 10 médicos e 9 enfermeiros, tendo estes últimos participado ativamente no projeto. Na UTG prestam-se cuidados de enfermagem, ao nível da realização de técnicas endoscópicas para diagnóstico e terapêutica.

A nível de clientes com AE, são seguidos na UTG 55 clientes, sendo na sua maioria idosos (82%). No desenvolvimento do projeto participaram 10 clientes idosos com AE, que durante o período do estágio colocaram PEG ou se procedeu à troca da mesma.

A média de idades dos clientes idosos foi de 76,4 anos, sendo 7 indivíduos do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

3.4 Considerações éticas

Durante a implementação do projeto foi essencial assegurar os direitos e liberdade dos clientes idosos que participam no estudo. São cinco os princípios fundamentais apropriados ao ser humano: O direito à autodeterminação (a capacidade decidir por si); À intimidade (direito de restringir a informação que quer dar, devendo-se solicitar o seu consentimento para tal); Ao anonimato e à confidencialidade (para que não se consiga identificar nenhum participante do estudo); À proteção contra o desconforto e prejuízo (proteção contra inconvenientes que o prejudiquem ou lhe causem mal); O direito a um tratamento justo e leal (direito de informação sobre a finalidade e metodologia do estudo) (FORTIN, 2000).

Partindo destes pressupostos tornou-se impreterível a solicitação do consentimento informado e esclarecido ao cliente idoso/cuidador (Apêndice I). Neste documento é explicado o projeto, a colaboração pedida, a confidencialidade dos dados recolhidos ao abrigo da Lei de Proteção de dados pessoais N°67/98, o carácter voluntário da participação e o direito de revogação em qualquer momento do consentimento fornecido.

A OE considera consentimento informado “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem” (OE; 2007, p.1). Os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros foram considerados na prestação de cuidados diretos (OE, 2009). De referir que apesar do projeto se destinar apenas ao cliente idoso com AE, sempre que prestei cuidados a clientes idosos pautei a minha prática pelos mesmos

princípios éticos e valores deontológicos com os quais abordava o cliente idoso com AE, não fazendo qualquer tipo de distinção, favorecimento ou omissão de cuidados entre os mesmos. A nível institucional foi assegurada a aprovação do estágio e do projeto pela Direção de Enfermagem, pela coordenadora da UTG, bem como pela Comissão de Ética.

3.5 Atividades realizadas e resultados obtidos

FASE DE DIAGNÓSTICO

Esta decorreu nos meses de Outubro e Novembro de 2012, de acordo com as atividades descritas no quadro seguinte.

Quadro nº 1- Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
Contextualizar a problemática da avaliação do EN do cliente idoso, com AE.	✓ Revisão da literatura ✓ Apresentação do projeto de estágio, em sessão de formação ✓ Observação de um serviço onde já se encontre implementado a prestação de cuidados em parceria e a avaliação nutricional (H. D. Cardiologia - HPV)
Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso com AE e à prestação de cuidados em parceria.	✓ Análise dos registos de enfermagem, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso e à prestação de cuidados em parceria com o cliente idoso/cuidador ✓ Elaboração de notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem, em relação à avaliação do EN do cliente idoso com AE e cuidados em parceria

Atividade - Revisão da literatura

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos, desenvolver competências pessoais e na equipa, e como meio de suporte da pertinência da problemática, impôs-se a necessidade de se efetuar uma pesquisa bibliográfica. Esta decorreu ao longo do estágio, no sentido de adquirir a maior informação disponível na evidência sobre a temática em estudo. Foi realizada uma revisão da literatura tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, para perceber o tipo de intervenções utilizadas noutros contextos que permitissem alcançar os objetivos pretendidos. Para o efeito elaborou-se a questão norteadora: Quais as intervenções de enfermagem (*interventions*) que promovem uma adequada nutrição (*outcomes*) dos clientes idosos que se encontram a fazer alimentação entérica (*population*)?

Foram consultados artigos científicos nas bases de dados: *Cinahl*, *Medline*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Methodology Register*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects* e *Mediclatina*. As palavras-chave utilizadas foram: *older*, *elderly*, *aged*, *frail elderly*, *nursing interventions*, *nurse*, *nursing*, *desnutrition*, *undernutrition*, *malnutrition*, *enteral feeding*,

tube feeding, enteral nutrition, home tube feeding. Desta pesquisa, resultaram 7 artigos os quais foram analisados. (Apêndice II)

Resultados/competências desenvolvidas

A revisão da literatura permitiu a construção do enquadramento teórico, servindo como linha orientadora para a estruturação de intervenções junto do cliente idoso com AE e seu cuidador. Promoveu igualmente o desenvolvimento de competências ao nível da investigação, da prestação de cuidados, da formação e da responsabilidade profissional ética e legal como enfermeiro especialista na área do cliente idoso.

Foi uma etapa que se revelou essencial para a clarificação da problemática constando-se através da evidência científica encontrada na literatura, a importância das intervenções de enfermagem para a prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE no que respeita à :

- preparação do cliente idoso/cuidador, na introdução da AE;
- vigilância periódica dos clientes idosos com AE para prevenção de complicações;
- avaliação nutricional periódica.

Atividade- Apresentação do projeto de estágio, numa formação em serviço

Efetuiu-se uma formação em serviço com os seguintes objetivos: Apresentar o projeto de estágio; Contextualizar a temática do envelhecimento, da nutrição e AE e Apresentar o instrumento de avaliação do EN do cliente idoso (MNA®) (Apêndice III).

Foi utilizada uma metodologia expositiva. Este é um método pedagógico de transmissão oral de informações e conteúdos eminentemente teóricos (RODRIGUES, FERRÃO, 2006). A sessão decorreu no dia 24/10/2012, tendo a duração de uma hora, contando com a participação de toda a equipa de enfermagem da UTG, da Enf.^a Chefe (orientadora de estágio), e de duas enfermeiras do Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE), num total de 9 enfermeiros.

Resultados/competências desenvolvidas

A sessão formativa foi fundamental para a introdução e desenvolvimento do projeto de estágio, constituindo um momento de esclarecimento de dúvidas acerca dos objetivos e atividades a desenvolver, contribuindo para o envolvimento de toda a equipa de enfermagem na execução do projeto. A avaliação da formação foi de acordo com a ficha de avaliação utilizada na UTG (Apêndice IV). Desta sessão emergiu o compromisso por parte da equipa de enfermagem, na colaboração e aplicação do projeto na UTG, com o intuito de introduzir o modelo de parceria nos cuidados e efetuar uma avaliação nutricional aos clientes idosos com AE. De salientar a presença de duas enfermeiras GFIE, que

consideraram o projeto bastante pertinente, tendo solicitado a sua apresentação numa futura sessão de formação, posteriormente realizada a 19/02/2013.

Atividade- Observação de um serviço onde já se encontra implementado a prestação de cuidados em parceria e a avaliação nutricional

Pareceu pertinente experienciar a dinâmica de uma equipa de enfermagem onde o modelo de parceria e a avaliação nutricional do cliente idoso já se encontrava implementada, com o intuito de usufruir da experiência dos colegas, retirando daí contributos para a implementação do projeto. Igualmente importante foi a realização desta observação num serviço de ambulatório, com características semelhantes à do serviço onde o projeto iria ser implementado. Esta atividade desenvolveu-se durante a primeira semana de estágio e desenrolou-se no Hospital de Dia de Cardiologia (HDC) de um HCL.

Resultados/competências desenvolvidas

Este foi um período de estágio essencial para perceber a dinâmica do processo de parceria com o cliente idoso/cuidador, e onde existiu a oportunidade de experienciar a avaliação nutricional do cliente idoso.

Constatou-se a importância do trabalho em parceria com o cliente idoso, através do envolvimento que estes apresentavam com os enfermeiros do HDC, refletindo-se numa melhor adesão terapêutica, num maior controlo de complicações, conferindo autonomia ao cliente idoso. Este revelava um controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, pois possuía conhecimentos e poder de decisão que lhe permitia escolher as estratégias mais adequadas para a sua situação. Pôde verificar-se igualmente, que a avaliação nutricional se revelou fulcral na identificação de casos de desnutrição ou risco de desnutrição do cliente idoso, sendo definidas estratégias em parceria, com o intuito de melhorar o seu EN, promovendo o cuidado de Si. Para além do anteriormente referido, desta semana retiraram-se contributos importantes acerca da organização e dinâmica do serviço, os quais se revelaram fundamentais para a implementação do projeto na UTG.

Atividade- Análise dos registos de enfermagem, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso com AE e à prestação de cuidados em parceria com o cliente/cuidador

Para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem da UTG foi importante, perceber as já desenvolvidas, para em conjunto se definir estratégias que permitam o desenvolvimento de competências ainda não adquiridas, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso e à prestação de cuidados em parceria com o cliente/cuidador. Um dos meios de se perceber as competências adquiridas é através

dos registos de enfermagem. A colheita de informação histórica, anamnese, constitui uma das mais importantes fontes de informação no processo de avaliação e intervenção nutricional (DURÃO, 2003).

Para conhecer os registos de enfermagem relativamente à avaliação do EN do cliente idoso com AE e sobre a prestação de cuidados em parceria, consultaram-se os seus processos clínicos. Deste modo, foram analisados 10 processos no período entre 08/10/2012 e 20/10/2012. A análise documental de fontes escritas é um recurso de informação qualitativa que permite encontrar informações relevantes para completar os dados obtidos por outros métodos (QUIVY, CAMPENHOUDT, 2008).

Previamente foi criada uma grelha de análise, sustentada pelo Modelo de Parceria (GOMES, 2009) e no que a evidência científica preconiza como sendo importante conhecer acerca do EN do cliente idoso com AE. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009) para tratar os dados obtidos.

No quadro seguinte apresentam-se as áreas temáticas e categorias criadas, podendo ser consultada a totalidade da grelha de análise no Apêndice V.

Quadro n.º 2 – Itens para análise dos registos de enfermagem

Área temática	Categoria
Revelar-se	• Identidade do cliente idoso com AE • Contexto de vida • Contexto da doença • Problemas decorrentes do envelhecimento • Rede de apoio (referente ao fornecimento de alimentos) • Problemas motores • Grau de (In)dependência do cliente idoso para a alimentação • Conhece os hábitos do cliente idoso
Envolver-se	• Conhece o cliente idoso/cuidador face aos seus hábitos alimentares
Possibilitar/Capacitar	• Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta
Comprometer-se	• Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns
Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do Outro	• Assumir ou assegurar o cuidado de Si

Resultados/competências desenvolvidas

Após a análise dos registos, pôde concluir-se que a informação registada nos processos clínicos é na sua maioria escassa para se poder conhecer o cliente idoso em toda a sua globalidade, não contemplando aspetos importantes tais como: o conhecimento dos seus hábitos alimentares, o grau de autonomia para se alimentar, a sua avaliação funcional, a rede de apoio que possui, os seus problemas decorrentes do envelhecimento, o seu contexto de vida e de doença, assim como a informação relativa à sua identidade. De igual forma as ações/intervenções efetuadas pelos enfermeiros, assim como o delineamento de objetivos comuns não surgem registados (Apêndice VI).

Gomes (2011) refere que é necessário considerar toda a experiência do cliente idoso, assim como a sua percepção de vida, para torná-lo parceiro no processo de cuidados. Deste modo, deve estar “presente na escrita o significado do cuidado, a vertente da comunicação, o estabelecimento da relação do cliente/família (...) a escuta, a resposta do enfermeiro às questões verbais e não verbais (...)” (MARTINS et al, 2008, p.55). Consequentemente uma adequada recolha de informação permite “estabelecer uma relação de confiança com o paciente que é verdadeiramente preciosa ao sucesso do tratamento subsequente” (DURÃO, 2003, p.13). Assim conclui-se, a importância da colheita de informação acerca do cliente idoso para desenvolver uma relação de parceria. Contudo constatou-se que na globalidade a informação registada impossibilitava o trabalho em parceria, dado este implicar o conhecimento do cliente idoso na sua totalidade para o desenvolvimento de estratégias e objetivos em conjunto para a promoção do cuidado de Si. Após a análise dos dados constatou-se a necessidade da elaboração de um novo instrumento de registos, baseado no modelo de parceria, com maior capacidade de colheita de informação sobre o cliente idoso com AE, que promovesse uma continuidade de cuidados.

Atividade- Elaboração de notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem

De modo a perceber quais as intervenções que os enfermeiros desenvolviam para avaliar o EN do cliente idoso com AE e como se efetuavam as intervenções tendo em conta o Modelo de Parceria, foram realizadas notas de campo. Estas consistem no relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha de informação, acerca das práticas da equipa de enfermagem (BOGDAN, BIKLEN, 2010).

Foi selecionado o período de 23/10/2012 a 30/10/2012 no qual foi efetuada a observação das práticas da equipa de enfermagem. A escolha deste período prendeu-se com o facto, de se ter constatado que na análise dos registos (8/10/2012 a 20/10/2012) não se encontrava refletido o processo de parceria com o cliente idoso e a sua avaliação nutricional. Com o propósito de confirmar os resultados anteriores, pareceu importante numa fase inicial do projeto (fase de diagnóstico) perceber também as práticas da equipa de enfermagem em relação à prestação de cuidados em parceria e a avaliação nutricional. Para tal, optou-se por um tipo de amostra acidental, que segundo Fortin “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)” (FORTIN 2000, p. 208).

Foi requerida autorização prévia dos elementos da equipa de enfermagem para a observação das práticas, sem se indicar quando seria desenvolvida a mesma, para manter a sua autenticidade. Observaram-se diferentes elementos da equipa tentando obter uma amostra o mais fidedigna possível das práticas de enfermagem. Foram observadas três interações em diferentes contextos de prestações de cuidados: duas foram na troca da sonda PEG e uma numa colocação inicial de sonda PEG. Estes registos de observação tiveram como intenção, perceber o desempenho dos enfermeiros nas várias fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009), de acordo com áreas temáticas e categorias previamente definidas, que tiveram por base as dimensões e os indicadores das fases do referido modelo (Apêndices VII). O tratamento dos dados foi efetuado através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

Segundo Bardin a escolha das unidades de registo (UR) e de contexto, deve responder aos objetivos em análise e são entendidas como “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (BARDIN, 2009, p.130). O quadro seguinte ilustra as categorias de análise das notas de campo

Quadro n.º 3 - Itens para a análise das notas de campo (observação das práticas)

Área temática	Categoria
Revelar-se	✓ Adquire conhecimento acerca do cliente idoso
Envolver-se	✓ Promove um ambiente seguro ✓ Demonstra atitude centrada no cliente idoso ✓ Partilha informação
Capacitar e possibilitar	✓ Promove ação conjunta com o cliente idoso ou seu cuidador ✓ Previne complicações
Comprometer-se	✓ Promove a autonomia
Assumir ou assegurar o cuidado de si ou o cuidado do outro	✓ Partilha de poder ✓ Permitir o continuar o seu projeto de vida

Resultados/competências desenvolvidas

Na fase **Revelar-se** verificou-se que os enfermeiros se preocupavam em **adquirir conhecimento acerca do cliente idoso** (20 ur), constatando-se esse facto nas seguintes intervenções: “E que tipo de alimentação faz a Sr.ª M ao longo do dia?” (NOP1), “Há quanto tempo a Sr.ª MJ tem sonda nasogástrica?” (NOP3). Nas intervenções observadas, constatou-se que os enfermeiros procuraram adquirir conhecimento acerca do contexto de vida e de doença do cliente idoso. Durante a entrevista os mesmos demonstraram disponibilidade e afetividade para com os clientes idosos/cuidadores, adotando uma postura de abertura, facultando-lhes tempo e sobretudo respeitando-os. Os enfermeiros ao conhecer o potencial de desenvolvimento do cliente idoso e os seus recursos podem

delinear estratégias em conjunto, para que este prossiga com o seu projeto de vida e saúde (GOMES, 2009).

Para a fase **Envolver-se**, constatou-se que os enfermeiros, promoveram um ambiente seguro, partilhando informação e demonstrando atitude centrada no cliente idoso e/ou seu cuidador. A **promoção de um ambiente seguro** está presente nas intervenções de enfermagem, pelo reforço positivo (17ur), como se pode constatar, em “Muito bem parece fazer uma alimentação variada” (NOP3), quer pelo incentivo na procura de ajuda face a complicações decorrentes da administração de AE (5ur), como se pode observar em “(...) se por acaso verificar que piora, ligue para cá que nós auxiliarmos no que pudermos” (NOP2). No que diz respeito à categoria **partilha de informação**, pode-se constatar que nas práticas observadas os enfermeiros partilharam informação com o cliente idoso/cuidador (16ur), “(...) já com a alimentação é melhor não dar pois pode alterar a composição dos comprimidos” (NOP1). Também nesta fase do modelo de parceria é essencial apresentar uma **atitude centrada no cliente idoso/cuidador**, durante a observação das práticas constatou-se a presença dessa dimensão (19ur) “E a Sr.^a tem-se adaptado bem a alimentar o seu marido através do botão?” (NOP2). Constata-se que os enfermeiros procuraram passar tempo junto do cliente idoso/cuidador, com o intuito de edificar uma relação que vá de encontro às necessidades destes (GOMES, 2007).

Na fase **Capacitar/Possibilitar** verificou-se que os enfermeiros promovem uma **ação conjunta com o cliente idoso/cuidador** (10ur), como se verifica na seguinte intervenção “Quer experimentar fazer a adaptação do prolongamento, para o caso de ter alguma dúvida eu poder esclarecer?” (NOP2). Também se constatou que os enfermeiros se preocupam com a **prevenção de complicações** junto do cliente idoso/cuidador (13ur) “(...) é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua” (NOP2). Os enfermeiros nas suas intervenções através do fornecimento de informação acerca da administração de AE e facultando espaço e tempo para dúvidas, possibilitaram aos cuidadores assumirem a tarefa de alimentar o cliente idoso como se fosse o próprio a fazê-lo caso tivesse capacidade para o fazer.

Na fase **Comprometer-se**, foi observada a dimensão da **promoção da autonomia**, verificou-se que os enfermeiros promoviam a autonomia em busca de um objetivo comum, a promoção do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro (7ur), como se constata em “Está a ver é importante fazer esta verificação para prevenir os vómitos e algum mau estar na Sr.^a M. (...) Vamos acordar aqui, que verifica sempre antes de lhe dar alimentos (...) combinado?” (NOP2).

Na última fase **Assumir ou Assegurar o controlo do cuidado de Si ou cuidado do Outro** verificaram-se duas dimensões. A primeira consiste na **Partilha de poder** (9UR), constatando-se nas seguintes intervenções “(...) acha que também se podia adiar a refeição das 22h para as 23h?” (NOP1) e “Penso que duas vezes ao dia chegue, quando lhe dava jeito colocar?” (NOP2). A segunda dimensão, **Permitir continuar com o seu projeto de vida** (6ur) como se verifica na seguinte intervenção “Sabe vou-lhe dar um folheto que nós cá temos e que explica isto tudo que tivemos aqui a falar.” (NOP1).

Percebe-se assim que durante as práticas observadas, os enfermeiros procuraram tornar o cliente idoso/cuidador parceiros de cuidados, dotando-os de conhecimentos para poderem tomar decisões relativas ao seu processo de transição na forma de se alimentar. Negociaram com os mesmos estratégias e definiram objetivos comuns para que conseguissem assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. No entanto, esta realidade não se refletia de forma evidente nos registos de enfermagem.

FASE DE DESENVOLVIMENTO

Esta decorreu nos meses de Novembro de 2012 a Fevereiro de 2013 de acordo com as atividades descritas no quadro seguinte.

Quadro n.º 4 – Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de desenvolvimento

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria, com o cliente idoso/cuidador, que proporcionem a melhoria do EN	✓ Apresentação do Modelo de Parceria à equipa de enfermagem
• Realizar a avaliação do EN, em parceria com o cliente idoso/cuidador, para assegurar o cuidado de Si.	✓ Avaliação multidimensional do cliente idoso com AE
• Definir estratégias em parceria com o cliente idoso com AE e cuidador, para uma adequada prestação de cuidados através do dispositivo de AE, assegurando o cuidado de Si	✓ Desenvolvimento de estratégias em parceria com o cliente idoso com AE/cuidador, para a promoção do cuidado de Si.

Atividade- Apresentação do Modelo de Parceria à equipa de enfermagem

Considerou-se importante a realização de uma reunião, onde se pudesse refletir acerca do Modelo de Parceria de Gomes. Esta reunião permitiu o esclarecimento de dúvidas por parte da equipa de enfermagem em relação ao mesmo, contribuindo para uma melhor implementação do modelo na prática de cuidados de enfermagem. Nesta reunião foram divulgados os resultados da observação dos registos de enfermagem e das práticas, tendo-se refletido em equipa sobre os mesmos, concluindo-se a necessidade de reformular o instrumento de registos de enfermagem. Para consolidar a informação, foi fornecida documentação a cada um dos elementos da equipa, sobre o modelo de parceria e suas fases.

Resultados/competências desenvolvidas

Esta reunião revelou-se fundamental para a introdução do Modelo de Parceria, na dinâmica do serviço, pois constituiu um momento de esclarecimento de dúvidas, tendo existido o compromisso da colaboração da equipa de enfermagem na implementação do processo de parceria na prática de cuidados, bem como na efetivação do registo da informação acerca do cliente idoso e das estratégias definidas em parceria com o mesmo. Nesta reunião concluiu-se que a anterior folha de registos não contemplava informação suficiente para a implementação do processo de parceria, tendo surgido o compromisso para elaboração de um novo instrumento de registos (Apêndice VIII). Deste modo, numa fase inicial foi desenvolvido um esboço de um instrumento de registos de enfermagem, para acolhimento e reavaliação do cliente idoso com AE, com base no modelo de parceria. Após uma análise individual, com a enfermeira chefe e em equipa, foram feitas alterações no sentido da sua otimização. O instrumento engloba uma avaliação do contexto de vida do cliente idoso, do seu conhecimento acerca da doença, a avaliação da capacidade funcional, a gestão do seu regime alimentar, a avaliação nutricional, a gestão da terapêutica e os apoios que possui na transição para o domicílio. Esta informação permite o delineamento de estratégias em parceria com o cliente idoso/cuidador para a promoção do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

A colaboração de toda a equipa na elaboração do novo instrumento de registos de enfermagem foi gratificante, tendo o mesmo sido percursor na implementação do processo de parceria no serviço, contribuindo para a introdução do modelo de parceria nos cuidados de enfermagem. O instrumento foi considerado uma mais-valia na colheita de informação, facilitando o conhecimento de todas as dimensões do cliente idoso com AE, por parte da equipa de enfermagem, promovendo a continuidade de cuidados.

Esta atividade permitiu desenvolver competências ao nível da formação - através do fornecimento de informação acerca do Modelo de Parceria à equipa de enfermagem, como mediador da reflexão e elaboração em equipa do novo instrumento de registos de enfermagem; ao nível da investigação – com a procura da melhor evidência existente na literatura, ao nível da gestão - como líder e gestor da implementação do Modelo de Parceria no serviço e da reformulação do instrumento de registos de enfermagem e ao nível da prestação de cuidados – com a aplicação do modelo de parceria que nos permite através do envolvimento com o cliente idoso, obter o conhecimento do seu potencial de desenvolvimento, podendo deste modo, definir estratégias em comum para colmatar as

suas necessidades e para que o mesmo possa assumir o cuidado de Si, prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde.

Atividade- Avaliação multidimensional do cliente idoso com alimentação entérica

Como enfermeiro especialista, é essencial observar todas as dimensões do cliente idoso. A avaliação multidimensional do cliente idoso baseia-se numa abordagem interdisciplinar que possibilita reconhecer as alterações biológicas, físicas, mentais, sociais e espirituais fornecendo informação acerca das potencialidades e fragilidades do cliente idoso. A informação obtida permite a identificação das necessidades de ajuda (formal ou informal), para se elaborar um plano de intervenção que possibilite a recuperação ou manutenção das capacidades do mesmo (SEQUEIRA, 2010).

“A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções adaptadas às necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico (...)” (SEQUEIRA, 2010 p.42) prevenindo a deterioração da sua autonomia. O conhecimento prévio das necessidades dos clientes idosos permite aos sistemas de apoio oferecer melhores respostas (SILVA, 2010).

A avaliação multidimensional deverá contemplar a utilização de instrumentos de medida para um diagnóstico rigoroso, não substituindo a entrevista estruturada para o conhecimento dos dados mais subjetivos e individuais, os quais são cruciais para o planeamento de intervenções e para assegurar a continuidade dos cuidados (SEQUEIRA, 2010). Poderá recolher-se informação, através do cuidador ou outras redes de apoio que o cliente idoso possua, no caso deste não a fornecer (SEQUEIRA, 2010).

Esta atividade foi desenvolvida ao longo do estágio, na qual o novo instrumento de registos de enfermagem foi fundamental. Este contemplava as várias dimensões da pessoa idosa (biológica, física, mental, social e espiritual), possibilitando efetuar uma entrevista estruturada, que permitiu conhecer o potencial de desenvolvimento do cliente idoso, depois de aferir o conhecimento de todas as suas dimensões. Após esta entrevista e mediante o grau de dependência dos clientes idosos com AE, pareceu pertinente efetuar a avaliação da competência funcional nas suas três vertentes: avaliação da sua dependência em relação às atividades básicas de vida diária (ABVD) (Índice de Barthel); avaliação da sua dependência em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Índice de Lawton & Brody); avaliação da capacidade cognitiva (Mini-Mental State Examination) (Anexo 2). No entanto e de acordo com as características pessoais de cada cliente idoso, foi igualmente avaliado o risco de queda (Escala de Tinetti) (Anexo 3), a

existência de quadro depressivo (Escala de Depressão Geriátrica) (Anexo 4), e o risco de desenvolver úlceras de pressão (Escala de Braden) (Anexo 5). Foi igualmente relevante avaliar a sobrecarga dos cuidadores, através da escala de Zarit - validada por Sequeira para a população portuguesa (solicitada autorização para a sua utilização – Anexo 6). Após a análise da pontuação e nos casos de sobrecarga do cuidador, foram discutidas alternativas em conjunto, para diminuir a sua sobrecarga, no entanto, os cuidadores optaram por não as aplicar naquele momento.

Sendo o foco central do projeto, trabalhar em parceria com o cliente idoso com AE, para a prevenção da desnutrição visando a promoção do Cuidado de Si, procedeu-se à avaliação nutricional, tendo em atenção os contributos adquiridos do conhecimento das dimensões do cliente idoso, tão importantes para se definirem estratégias em parceria com o mesmo para a prevenção da desnutrição. Deste modo, a avaliação do EN do cliente idoso com AE, através do MNA®, decorreu entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013. Dos 10 clientes idosos com AE que foram avaliados nutricionalmente, constatou-se que 50% se apresentavam desnutridos, 40% sob risco de desnutrição e 10% com EN normal (Apêndice IX). As causas potenciadoras da desnutrição no cliente idoso com AE foram: internamentos recentes, o seu grau de dependência, índice de massa corporal baixo, polimedicação, perda de peso e baixo valor obtido nas medidas antropométricas. Após obter o conhecimento acerca do potencial de desenvolvimento do cliente idoso e das várias dimensões que compõem o seu universo, foi possível definir estratégias em conjunto com o mesmo, para a otimização do seu EN, para que este conseguisse assumir o controlo do cuidado de Si.

Resultados/competências desenvolvidas

A avaliação multidimensional do cliente idoso pressupõe uma mobilização de conhecimentos, acerca das várias dimensões que este possui. No entanto é fulcral considerar o cliente idoso como um todo, onde as várias dimensões se fundem e formam a identidade deste. Assim, devemos ter em atenção as suas necessidades, nas várias dimensões para o delineamento do trabalho em parceria. Deste modo, é importante conhecer os recursos que este possui, o seu contexto de vida e de saúde, o que necessita, o que consegue executar por si, a sua rede de apoio, a sua espiritualidade, os seus conhecimentos e o seu projeto de vida, o que irá permitir uma intervenção individualizada dirigida às suas necessidades específicas.

Nesta atividade foi necessária a mobilização de conhecimentos e competências ao nível da prestação de cuidados, gestão e da investigação, para efetuar uma avaliação multidimensional do cliente idoso com AE. Foi essencial adotar uma postura onde se demonstrou disponibilidade, se respeitou os seus tempos e se promoveu a escuta ativa para compreender todas as dimensões cliente idoso. Esta avaliação permitiu conhecer as suas potencialidades, défices e recursos disponíveis para a definição dos cuidados e estratégias a adotar em parceria com o cliente idoso/cuidador para assumir do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro.

Deste modo, considerou-se pertinente a elaboração de estudos de caso, como forma de reflexão sistematizada, de aperfeiçoamento da pesquisa da melhor evidência científica (investigação) e melhoria na prática de cuidados (aplicação do modelo de parceria). Para além destas, foram desenvolvidas igualmente competências na área da formação (com a apresentação do estudo de caso à equipa de enfermagem para que pudessem observar de uma forma sistematizada como se desenrola o processo de parceria). Através da reflexão da prática, os enfermeiros tomam consciência das suas ações despertando para a complexidade da realidade (MARTINS et al, 2008). Para além deste estudo de caso aqui reportado (Apêndice X), ao longo do período de estágio, todos os clientes idosos com AE, foram alvo de um estudo aprofundado com o intuito de trabalhar em parceria com os mesmos, para que estes possam prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

Esta atividade permitiu igualmente alterar a abordagem até aqui efetuada na avaliação do cliente idoso e consequentemente na prática de cuidados, procurando ser mais abrangente no conhecimento das várias dimensões do mesmo, as quais apesar de independentes, se encontram em constante interação, constituindo a identidade do cliente idoso (o EU). O conhecimento obtido permitiu definir estratégias em conjunto com o cliente idoso/cuidador para a promoção do cuidado Si. De acordo com Gomes, os enfermeiros devem esforçar-se por conhecer a identidade do cliente idoso (o que é a pessoa, quem é a pessoa), quais os seus valores, cultura, contexto de interação social, mostrando respeito pelo mesmo e considerando-o como um ser de direitos (GOMES, 2011).

Atividade - Desenvolvimento de estratégias em parceria com o cliente idoso/cuidador, para a promoção do cuidado de Si

Para o desenvolvimento de estratégias em parceria com o cliente idoso/cuidador, foi fulcral a compreensão do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009), em toda a sua globalidade, assim como, os contributos fornecidos pela evidência científica, em relação às medidas de prevenção da desnutrição em clientes idosos com AE.

Neste âmbito, e tendo por base a primeira fase do modelo de parceria - **Revelar-se** que se caracteriza por conhecer o potencial de desenvolvimento do cliente idoso no sentido de auxiliar a promoção do seu projeto de vida e saúde (GOMES, 2011), foi essencial conhecer a identidade do cliente idoso, o seu contexto de vida e de doença, o impacto que a mesma teve no seu percurso de vida, a importância que o cliente idoso dá ao seu EN, o seu tipo de alimentação (horários, quantidade) e os seus recursos. Para além disso adotar uma postura de disponibilidade e afetividade, procurar compreender o cliente idoso e respeitar o seu tempo foi essencial nesta fase. Na segunda fase do modelo de parceria que implica, **Envolver-se**, foi essencial compreender quais os conhecimentos do cliente idoso e/ou seu cuidador, qual a sua capacidade funcional para executar a administração de AE e cuidados à sonda e estoma, assim como para executar as ABVD`S e as AIVD`S. Neste contexto foram adequadas as intervenções respeitando o tempo necessário do cliente idoso, demonstrando respeito pela sua identidade. Também nesta fase se procedeu à avaliação nutricional com o objetivo de sinalizar estados de desnutrição ou risco de desnutrição. Estabeleceu-se uma relação de confiança, onde existiram momentos de partilha mútua de informação. Os conhecimentos adquiridos em relação ao cliente idoso revelaram-se fundamentais para a negociação de estratégias em conjunto com o mesmo e o seu cuidador, para a promoção do cuidado de Si e para assegurar o cuidado do Outro. Destas duas fases obteve-se informação que possibilitou conhecer o sentido em que se processava a transição que o cliente idoso experienciava.

Na terceira fase **Capacitar/Possibilitar**, foi desenvolvida uma ação conjunta com o cliente idoso/cuidador, de acordo com a informação recolhida nas fases anteriores e a relação de confiança anteriormente estabelecida.

Assim, tendo em conta o conhecimento do cliente idoso e o seu potencial de desenvolvimento, foram desenvolvidas ações negociadas em conjunto com o cliente idoso/cuidador com o objetivo de melhorar o seu EN promovendo o seu projeto de vida e saúde. Neste âmbito, a intervenção junto do cliente idoso/cuidador foi direcionada para a

educação para a saúde baseando o ensino no que consiste a AE, a sua técnica de administração e dos cuidados a ter com a sonda e estoma. O ensino foi efetuado sempre que possível previamente à colocação da sonda, no entanto quando tal não era possível foi feito posteriormente à colocação da mesma. Para a melhor interiorização da técnica de administração de AE, esclarecimento de dúvidas e validação de conhecimentos, recorreu-se à simulação da técnica com a utilização de material semelhante ao colocado, conferindo segurança ao cliente idoso/cuidador. Segundo Gomes, “(...) a informação prestada deve ser compatível com as necessidades dos doentes, sendo necessário compreender o que os preocupa, de facto.” (GOMES, 2007, p. 92). Constatou-se que é fundamental promover a informação incluindo-a no seu quotidiano, como forma de envolver o cliente na ação, estimulando a sua pro-atividade (GOMES, 2011).

Para reforçar o ensino/preparação efetuada ao cliente idoso/cuidador, a evidência científica presente na literatura, refere a importância de desenvolver estratégias educacionais tais como o fornecimento de um suporte escrito (guião informativo) de fácil acesso, com indicações simples e imagens que auxiliam o cliente idoso/cuidador a interiorizar facilmente a técnica e os cuidados, e a certificar-se que efetuam corretamente a técnica de administração de AE (BEST, HITCHINGS, 2010; GANZELLA, M.; ZAGO, M., 2008). Embora já existisse um guião informativo sobre a administração da AE, após reflexão em equipa, concluiu-se que o mesmo possuía pouca informação direcionada para cliente idoso/cuidador. Assim, foi proposta a sua reformulação (Apêndice XI), a qual ocorreu durante o mês de Dezembro com a colaboração da equipa de enfermagem.

Constata-se assim que a educação para a saúde apresenta-se como fator essencial na preparação dos clientes idosos/cuidadores na administração da AE, ajudando os clientes a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, contribuindo para que colaborem nos processos de mudança, com o intuito de adotarem estilos de vida saudáveis, responsabilizando-os pela sua saúde (SIMÕES et al, 2011). Neste contexto “todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.” (CRUZ, 2011, p.9). De acordo com Meleis (2007), para facilitar o processo de transição deve garantir-se aptidão nos novos comportamentos e capacidade para lidar com novas situações, para tal é essencial efetuar educação para a saúde que possibilite desenvolver competências de modo a que o cliente seja capaz de tomar decisões com autonomia.

Desta forma, promoveu-se a partilha de responsabilidade do cliente idoso/cuidador, capacitando-o para esta nova forma de alimentar, tornando as suas capacidades potenciais em reais, possibilitando ao mesmo prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

De igual forma, foram negociadas alternativas ao plano alimentar, (após se ter obtido conhecimento acerca do cliente idoso) adequando-as à nova forma de administração de alimentos e às suas preferências alimentares, entre elas: a adição de algumas refeições, o aumento da ingestão hídrica, a introdução de alguns alimentos, entre outras. Para isso foi estabelecido um protocolo com o Serviço de Dietética e Nutrição, o qual prevê que os clientes idosos com AE, que sejam seguidos pela UTG, possam ter acesso a uma consulta de nutrição, onde será efetuado aconselhamento nutricional. Estabeleceu-se igualmente contacto com a Assistente Social, a qual se disponibilizou na articulação com o Serviço Social da área de residência do cliente idoso/cuidador, no entanto, durante o período de estágio não existiu necessidade de ativar esta articulação.

Na quarta fase- **Comprometer-se**, foram estabelecidos compromissos em conjunto com o cliente idoso e seu cuidador, nos quais se procurou ir ao encontro das suas necessidades, procurando facilitar a transição por eles experienciada, com o intuito que este prossiga a sua trajetória de vida, de acordo com a sua perspetiva, respeitando a sua dignidade e sempre que possível a sua autonomia.

Verificou-se que na reavaliação do EN, os clientes idosos/cuidadores possuíam capacidade de gerir a informação que lhes foi fornecida, conseguindo decidir sobre o que consideravam melhor para si, gerindo os seus cuidados de uma forma natural e integrada na sua rotina diária, evidenciando que a transição se efetuou de uma forma saudável. Desta forma procurou atingir-se a quinta fase do modelo de parceria de Gomes, com o **Assumir o cuidado de Si** pelos clientes idosos com AE ou **Assegurando o cuidado do Outro**, por parte dos cuidadores.

Resultados/competências desenvolvidas

Para desenvolver esta atividade foi necessário adquirir competências como enfermeiro especialista na área do cliente idoso, ao nível da investigação (na procura da melhor evidência científica da literatura acerca do modelo de parceria e de medidas que previnam a desnutrição do cliente idoso com AE), da prática de cuidados (onde foram prestados cuidados diretos ao cliente idoso trabalhando em parceria com o mesmo e seu cuidador, com o intuito de que o mesmo assuma o cuidado de Si ou que os cuidadores assegurem o cuidado do Outro), na formação (com a realização de formação em contexto de trabalho

sobre o modelo de parceria e como líder da sua implementação na prática de cuidados da equipa de enfermagem) e da gestão (onde foram estabelecidos contactos e protocolo com a equipa multidisciplinar, aumentando dessa forma os recursos do cliente idoso com AE). Desta atividade constatou-se a importância de trabalhar em parceria com o cliente idoso e seu cuidador, para melhoria da prática de cuidados. Foi fundamental adquirir conhecimento sobre a globalidade do cliente idoso para promover a sua singularidade, entendendo-o como uma parte integrante e ativa do seu processo de saúde. Encarar o cliente idoso como um parceiro, é, em primeiro lugar, demonstrar respeito pela sua identidade, avaliando e compreendendo as suas capacidades procurando potenciá-las, incitando-o a que se associe ao processo de cuidados, podendo o mesmo decidir o que considera melhor para si, de uma forma informada e consciente, prosseguindo no seu trajeto de vida. Como refere Gomes (2009) denotou-se que ao incluir o cliente idoso no desenvolvimento de estratégias, se promoveu a sua adesão no processo de cuidados. No caso específico da AE o enfermeiro constitui-se como um elo, que possibilita e faculta instrumentos para o cliente idoso/cuidador desenvolver competências nesta nova forma de se alimentarem, possibilitando o assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, facilitando que esta transição se faça de uma forma saudável.

O guião informativo revelou-se um importante aliado na preparação do cliente idoso com AE/cuidador, pois facilita a interiorização da informação fornecida, conferindo segurança. Desta forma, os mesmos têm acesso a informação fidedigna sempre disponível, para esclarecimento de dúvidas que surgem no seu quotidiano, podendo comunicar com a UTG através dos contactos telefónicos fornecidos no guião, no caso de apresentarem dúvidas, possibilitando o assumir do cuidado de Si ou o assegurar o cuidado do Outro.

FASE DE AVALIAÇÃO

Esta decorreu nos meses de Janeiro de 2013 a Fevereiro de 2013 de acordo com as atividades descritas no quadro seguinte.

Quadro n.º 5- Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação

Objetivos específicos		Atividades a desenvolver	
• Realizar a reavaliação do EN do cliente idoso com AE no domicílio/instituição ou aquando da troca de sonda, em parceria com o cliente idoso/cuidador	✓		Reavaliação do EN do cliente idoso com AE
• Identificar alterações na equipa de enfermagem, no que concerne à otimização do EN do cliente idoso, com AE	✓		Análise final dos registos de enfermagem
• Identificar contributos do projeto para o cliente idoso com AE/cuidador	✓		Elaboração de entrevista ao cliente idoso com AE/cuidador

Atividade - Reavaliação do EN do cliente idoso com AE

De modo a verificar o resultado das estratégias definidas em conjunto com o cliente idoso/cuidador que visavam a melhoria do seu EN, promovendo o assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, foi efetuada a reavaliação do seu EN (MNA®).

Esta reavaliação é preconizada pelo próprio MNA® que seja efetuada de três em três meses. De igual forma, a bibliografia consultada corrobora uma reavaliação num prazo de três meses aos clientes identificados com risco nutricional, de modo a compreender a evolução do seu EN (FERRY & ALIX, 2004). Assim, reavaliaram-se os clientes idosos com AE que na primeira avaliação apresentavam EN de desnutrição ou sob risco de desnutrição. No entanto, não foi possível reavaliar dois clientes idosos com AE que inicialmente se encontravam dentro destes dois estádios. Um por se encontrar internado numa instituição hospitalar aquando da reavaliação e outro porque a primeira avaliação foi efetuada no final de Janeiro, não existindo espaço temporal para se verificar se as estratégias desenvolvidas em conjunto permitiram a melhoria do seu EN. Consequentemente foram reavaliados 7 clientes idosos com AE.

Resultados/competências desenvolvidas

Constatou-se que a totalidade dos clientes idosos com AE melhoraram a sua pontuação ao nível do MNA® (Gráfico 1e 2).

Gráfico 1- Resultados da 1ª avaliação dos clientes idosos com AE

Clientes idosos com AE 1ª avaliação

estado nutricional normal
sob risco de desnutrição
desnutrição

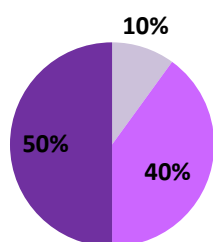
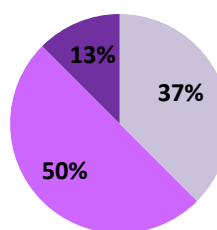


Gráfico2- Resultados da reavaliação dos clientes idosos com AE

Clientes idosos com AE 2ª avaliação

estado nutricional normal
sob risco de desnutrição
desnutrição



Dos dados obtidos verifica-se que persistem ainda alguns clientes idosos sob risco de desnutrição. Estes resultados devem-se ao facto de o MNA® contemplar quatro componentes de avaliação, impossibilitando que o cliente idoso totalmente dependente na mobilização e alimentação, e possuidor de um quadro demencial que o impeça de efetuar a auto-avaliação, melhore a sua pontuação acima do estado sob-risco de desnutrição.

Nestes casos foram definidas estratégias em conjunto com o seu cuidador, para melhorar todos os outros componentes de avaliação, de modo a conseguir o máximo de pontuação possível.

O único caso de desnutrição que persistiu, deveu-se ao facto do cliente idoso durante o intervalo decorrente entre a primeira avaliação e a reavaliação, ter sido internado por período de 3 semanas tendo desenvolvido úlceras de pressão, o que veio condicionar a pontuação do MNA®. Este resultado encontra-se de acordo com a evidência científica que atesta, que um estado de desnutrição poderá afetar negativamente o seu estado de saúde (KAISER et al, 2010). Foram no entanto desenvolvidas estratégias em conjunto com a sua cuidadora, com intuito de melhorar o seu EN.

Durante esta atividade existiu a oportunidade de realizar com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar (USF) do Lumiar e de Alvalade, uma visita domiciliária conjunta, onde se efetuou a reavaliação nutricional de dois clientes idosos com um maior grau de dependência, facilitando assim a sua acessibilidade aos cuidados de saúde. A importância desta articulação refletiu-se na promoção da continuidade de cuidados dos clientes idosos com AE e na sua sinalização junto das respetivas USF`s. Durante a visita domiciliária existiu a oportunidade de se efetuar formação junto dos enfermeiros acerca dos cuidados a ter com o dispositivo de administração de AE, dos cuidados ao estoma, assim como da importância da avaliação nutricional (aplicação do MNA®) no cliente idoso com AE, para a prevenção de desnutrição e vigilância do seu EN.

O sucesso das estratégias definidas em conjunto, a educação para a saúde efetuada e o trabalho em parceria realizado, refletiram-se numa melhoria da pontuação do MNA®, possibilitando ao cliente idoso assumir o cuidado de Si ou assegurando o seu cuidado pelo Outro.

Atividade - Análise final dos registos de enfermagem

Com a intenção de verificar o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem relativamente à prestação de cuidados em parceria com o cliente/cuidador e à avaliação do EN do cliente idoso, foi importante recorrer novamente aos registos de enfermagem, para perceber quais as mudanças que surgiram ao nível da informação registada pelos enfermeiros, com a implementação do projeto e com a aplicação do novo instrumento de registos. Assim, foi executada uma avaliação final dos registos de enfermagem, segundo a grelha de análise (Apêndice XII) utilizada na primeira fase do projeto (elaborada segundo as fases do modelo parceria de Gomes). Esta atividade

decorreu durante a fase de avaliação do projeto (21/01/2013 a 1/02/2013), período em que se pretendeu constatar os contributos que advieram do mesmo.

Foram avaliados 10 processos de cliente idosos com AE por forma a poder efetuar comparação com os resultados obtidos na primeira avaliação dos registos de enfermagem. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009) para tratar os dados obtidos. A análise comparativa das observações efetuadas aos registos de enfermagem poderá ser visualizada na sua totalidade no Apêndice XIII.

Resultados/competências desenvolvidas

Os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem na fase de avaliação foram muito gratificantes. Verificou-se um progresso assinalável ao nível do registo de informação sobre o cliente idoso, em comparação com a primeira observação (fase de diagnóstico), nomeadamente em relação: ao conhecimento de todas as suas dimensões, aos seus conhecimentos e às estratégias desenvolvidas em conjunto com o cliente idoso para que este consiga assumir o cuidado de Si. O registo deste tipo de informação indica uma consolidação do modelo de parceria na prática de cuidados dos enfermeiros da UTG. Ao conhecermos o cliente idoso em toda a sua plenitude, podemos desenvolver em conjunto com o mesmo e/ou com o seu cuidador, estratégias para a promoção do cuidado de Si, indo de encontro à sua perspetiva de vida, respeitando a sua identidade e tornando-o parceiro nos cuidados.

Segundo Gomes (2011), atualmente não se podem prestar cuidados sem um trabalho aprofundado acerca das significações do cliente, ou seja, das suas crenças, valores e fundamentos que suportam os seus comportamentos.

Ao nível dos registos de enfermagem verificou-se um progresso na recolha de informação acerca dos hábitos alimentares e EN. Ao adquirir conhecimento acerca das dimensões do cliente idoso e dado este projeto incidir na prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE, foram desenvolvidas estratégias em conjunto com o mesmo/cuidador como intuito de otimizar o seu EN.

Inerente a esta evolução na colheita e registo de informação sobre o cliente idoso nos registos de enfermagem, encontra-se a introdução do novo instrumento de registos. De igual modo, a formação informal (diálogo com os pares) e formal (sessão de formação acerca projeto e reunião de esclarecimento acerca do modelo de parceria) efetuada ao longo do projeto, proporcionou uma interiorização do modelo pela equipa de enfermagem, refletindo-se na prática de cuidados. De salientar que “a importância dos registos de

enfermagem é actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, (...)” (MARTINS et al, 2008 p. 52).

Em suma, constatou-se uma interiorização do modelo de parceira na prática de cuidados da equipa de enfermagem da UTG, o que se refletiu num melhor conhecimento dos clientes idosos em todas as suas dimensões. Consequentemente observou-se uma prestação de cuidados individualizada integrando o cliente idoso no seu processo de saúde, conferindo-lhe poder para que pudesse optar pelos cuidados que lhe são prestados de uma forma consciente e informada, escolhendo os que mais se adequam à sua perspetiva de vida. Também através de entrevistas informais aos enfermeiros se constatou que o Modelo de Parceria de Gomes (2009) foi interiorizado pelos mesmos refletindo-se na sua prática de cuidados.

Atividade - Elaboração de entrevista ao cliente idoso e/ou seu cuidador

Sendo o foco central deste projeto o cliente idoso com AE, foi fundamental compreender os seus contributos junto do mesmo, para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro. Para o efeito, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas a quatro clientes idosos com AE e seus cuidadores, aos quais tinha sido realizada previamente educação para a saúde sobre a administração de AE e avaliação nutricional. Também através destas entrevistas se procurou junto do cliente idoso e seu cuidador obter uma avaliação acerca da pertinência do projeto.

Constata-se que através da entrevista é possível “ (...) colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (FORTIN, 2000, p.245). As mesmas tiveram uma duração média de 30 minutos, sendo realizadas apenas na presença do enfermeiro, cliente idoso e cuidador, tendo sido efetuadas após a obtenção do consentimento informado. Foi criado o guião da entrevista e questões orientadoras da mesma (Apêndices XIV/XV). Estas foram transcritas com a maior brevidade para garantir a sua autenticidade e fidedignidade, como exemplo apresento a entrevista descrita no apêndice XVI.

As áreas temáticas e as categorias foram previamente definidas e basearam-se na 5ª fase do modelo de parceria, possibilitando deste modo, a perceção do assumir do cuidado de Si do cliente idoso com AE, ou o assegurar do cuidado do Outro por parte dos cuidadores, como se pode constatar no quadro 6. Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizada a análise de conteúdo de acordo com as linhas orientadoras de Bardin (2009) (Apêndice XVII).

Quadro n.º 6 – Áreas temáticas e categorias definidas através da 5ª fase do Modelo de Parceria

Área Temática		Categoria
Conhecimento do processo de saúde	✓ ✓ ✓	Demonstra conhecimento sobre o processo de saúde Demonstra conhecimento acerca da administração da AE A informação fornecida é adequada
Participação nos cuidados	✓	Sentiu que decidiu o que queria para os seus cuidados
Conhecimentos e participação no regime dietético	✓ ✓ ✓	Demonstra conhecimento sobre o regime dietético Demonstra conhecimentos sobre riscos/benefícios do regime dietético para a saúde Participou na construção do plano alimentar
Articulação com os serviços de saúde	✓	Assumem o controlo do cuidado Si
Valorização do projeto de prevenção de desnutrição do cliente idoso com AE	✓	Opinião sobre o projeto

Resultados/competências desenvolvidas

Gomes refere que para existir parceria, é necessária uma verdadeira interação entre cliente e enfermeiro “o que implica à partida o conhecimento do outro, de modo a pôr em sinergia ações e decisões que possam beneficiar ambos.” (GOMES, 2007, p.107), foi com esse intuito que se procedeu à entrevista do cliente idoso.

Após a análise de conteúdo das entrevistas, verificou-se que o cliente idoso e seu cuidador se sentiram incluídos no processo de cuidados, revelando conhecimentos acerca da AE, da técnica de administração e dos cuidados a ter com a sonda. Verificou-se igualmente que a transição que vivenciaram se efetuou de uma forma saudável, tendo o mesmo desenvolvido competências que permitiram prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

No **conhecimento acerca do processo de saúde**, identificaram-se 3 categorias: *demonstra conhecimento sobre o processo de saúde*; *demonstra conhecimento acerca da administração da AE* e *a informação recebida é adequada*. Assim, constatou-se que os clientes idosos/cuidadores **demonstraram conhecimentos acerca do processo de saúde** (4ur) como se pode verificar no seguinte trecho “explicaram-me que tinha um esófago grande e que os alimentos não desciam” (BC1). Verificou-se que os clientes idosos e seus cuidadores **demonstraram conhecimento acerca da administração da AE** (8ur), como se constata no extrato de entrevista seguinte “(...) explicaram-me que a comida tinha de ser toda passada, a forma como havia de administrá-la, a importância de no fim da refeição lavar com água, e também como havia de limpar o orifício da PEG, e como havia de pôr.” (DC1). Ainda nesta área temática pode constatar-se que a **informação recebida é adequada** (14ur) como se verifica em “Fazia-me uma confusão, mas realmente depois da vossa explicação fiquei prática.” (CC1). Segundo Gomes os “(...) enfermeiros que querem transformar os doentes parceiros é a sua preocupação(...)

incluir informação(...) para que estes possam participar ativamente nos processos de tomada de decisão(...)” (GOMES, 2007, p. 90), neste contexto verificou-se que o cliente idoso/cuidador possuía conhecimentos que permitiam prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

Respeitante à área temática, **Participação nos cuidados** identificou-se a categoria, **Sentiu que decidiu o que queria para os seus cuidados**, (7ur) como se pode constatar no seguinte trecho de entrevista “No entanto o plano foi feito a pensar em mim, fiquei contente da alimentação ser mais grossinha (...)” (AC2). Os clientes idosos no âmbito do seu processo de saúde “valorizam que se lhes dê voz, que lhes permitam ter um papel ativo e valorizam o diálogo que lhes possibilite pronunciarem-se e assumirem parte ativa no seu tratamento e recuperação” (GOMES, 2007, p.107).

Na área temática **Conhecimentos e participação no regime dietético** identificaram-se três categorias: *demonstra conhecimento sobre o regime dietético; demonstra conhecimentos sobre riscos/benefícios do regime dietético para a saúde e participou na construção do plano alimentar*. Concluiu-se que os clientes idosos/cuidadores **demonstraram conhecimento sobre o regime dietético** (6ur) como se verifica em “Sei que em termos de seringa é entre duas a três de alimentos e depois uma ou duas de água, e são seis a sete refeições consoante tenha comida no estômago ou não.” (CC3) e “Sim, em princípio penso que sim (...) embora no plano ao almoço e jantar não estivessem escritas oito seringas eu dou-lhe, porque parecia que ele com as que lá vinham ficava com fome. No total dou-lhe cerca de cinco a seis refeições por dia.” (DC3). Também nesta área temática os clientes idosos/cuidadores **demonstraram conhecimentos sobre riscos/benefícios do regime dietético para a saúde** (9ur), como se pode comprovar nos seguintes trechos da entrevista “Os benefícios serão todos, aumento de peso, sentir-se bem (...)” (BC3) e “Eu acho que quando a alimentação não está certa, se começa a emagrecer porque não se tem alimentos adequados. Olhe por exemplo as calças já dançavam, tive de fazer mais furos no cinto (...)” (AC3). A capacitação fomenta a reflexão, possibilitando a promoção da autonomia (neste caso prevenindo complicações) com o intuito de assegurar o cuidado de Si (GOMES, 2009). Para terminar esta área temática comprovou-se que os clientes idosos/cuidadores **participaram na construção do plano alimentar** (8ur), como se constata em “no entanto o plano foi feito a pensar em mim.” (AC3) e “Sim, sim! O mesmo, foi feito comigo e a minha mãe, tendo sido aferidas todas as refeições.” (BC3).

No que concerne à área temática **articulação com os serviços de saúde** identificou-se que os clientes idosos com AE/cuidadores, ao reconhecerem os recursos disponíveis na comunidade e articulando-os de acordo com as suas necessidades **assumem o controlo do cuidado de Si ou asseguram o controlo do cuidado do Outro** (5ur) nos seguintes excertos "Sim, sim, sim e qualquer dúvida que eu tinha realmente sabia a quem recorrer. Sentia-me mais segura porque podia ligar para aqui" (DC4) e "Sim sabemos, recorremos aqui ao vosso serviço e obtemos toda a ajuda sem problemas." (BC4). Segundo Gomes "A parceria tem que ser entendida como um processo social, global, multidimensional e multicultural, que permita aos indivíduos ser pessoa na medida em que se tornam protagonistas da sua própria existência. A existência torna-se assim, um projeto individual que se abre à comunidade, mas de uma forma livre" (GOMES, 2007, p.110).

Este projeto de prevenção da desnutrição no cliente idoso com AE foi desenvolvido para promover o cuidado de si ou assegurar o cuidado do Outro, neste âmbito foi relevante questionar os clientes idosos e os seus cuidadores acerca da sua **opinião sobre o projeto**. A educação para a saúde realizada (8 ur), a segurança incutida pelo projeto (6ur) assim como o sentimento de disponibilidade da parte da equipa de enfermagem (5ur) e o seu apoio (7ur), são aspetos que sobressaem das entrevistas como promotores da continuidade do seu projeto de vida e do assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, como se pode verificar a título de exemplo nos excertos seguintes "(...) sentimos mais segurança, e no caso da minha mãe fica mais esclarecida também, mais sossegada em relação a tudo isto. Para além disso dá importância à parte da nutrição que penso que anteriormente se desvalorizasse muito." (BC5) e "Considero que foi muito importante para nos preparar, de forma a trazer para casa os nossos familiares e trata-los bem, é fundamental que continue, até pelo apoio que nos prestam." (CC5).

Da análise das entrevistas pôde constatar-se que os clientes idosos/cuidadores se sentem incluídos no processo de saúde, demonstrando conhecimentos acerca do mesmo, sobre a AE e regime dietético, participaram nos cuidados que lhe foram dirigidos e na elaboração do plano alimentar e adquiriram conhecimento de como se articular com os serviços de saúde, considerando a implementação deste projeto bastante pertinente para a transição que vivenciaram. Como conclusão, verificou-se que os clientes idosos com AE entrevistados conseguiram assumir o cuidado de Si ou no caso de não possuírem capacidade os seus cuidadores asseguraram o seu cuidado. Ambos revelaram conhecimentos e adquiriram capacidades que possibilitaram o cliente idoso com AE prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

4. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Este projeto permitiu desenvolver competências como enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa em vários domínios. Ao nível da **prestação e supervisão de cuidados**, com o desenrolar do projeto fui adquirindo autonomia na prestação de cuidados ao cliente idoso/cuidador, bem como na sua avaliação multidimensional, trabalhando em parceria com estes, aceitando cada um como um ser único com crenças próprias, que importa considerar para o sucesso das intervenções. Realizei um acompanhamento efetivo do cliente idoso/cuidador, conferindo-lhes confiança nos cuidados, concedendo-lhes maior capacidade para gerir esta nova fase da sua vida, para que assumissem o cuidado de si ou assegurassem o cuidado do Outro, tendo-me tornado um enfermeiro de referência para os mesmos. Um exemplo deste processo foi o caso do Sr. A, o qual apresentava um EN baixo e demonstrava desagrado pelos alimentos que lhe eram administrados pela PEG, pois achava que continham poucas calorias, para além de estar dependente da sobrinha para a administração da AE, passando algumas horas (horário laboral da sobrinha) sem ser alimentado. Após ter conhecido o seu potencial de desenvolvimento, elaborei em conjunto com o Sr. A estratégias que lhe possibilitaram assumir o cuidado de Si. Entre elas, foi acordado que iria ter uma consulta de planeamento alimentar, onde seria construído um plano alimentar de acordo com as suas necessidades nutricionais. Para além disso, foi igualmente efetuada educação para a saúde em relação aos cuidados que deveria ter na administração da AE, possibilitando ao Sr. A poder experimentar a técnica com supervisão e fornecendo um suporte escrito acerca desta, conferindo-lhe deste modo segurança no procedimento. Foram estabelecidos objetivos com o Sr. A, entre eles, este deveria cumprir o plano alimentar e administrar a AE, quando a sobrinha se encontrava a trabalhar, sendo que se surgisse alguma dúvida deveria contactar-me. Aquando da reavaliação constatou-se que o Sr. A já era autónomo na administração da AE e tinha melhorado o seu EN e peso.

O desenvolvimento deste projeto ambicionou, igualmente a melhoria dos cuidados prestados ao cliente idoso com AE, pelo que foram implementadas intervenções que possibilitassem a melhoria do seu EN. A sua monitorização foi realizada com base em instrumentos de avaliação e indicadores que permitissem a análise das práticas, alicerçando possibilidades de melhoria (análise dos registos, análise de observação das

práticas). A mobilização do modelo de Parceria (GOMES, 2009) possibilitou a operacionalização da intervenção e a integração do cliente idoso nos cuidados, num processo dinâmico, com recurso à negociação para um objetivo comum de assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. O trabalho em parceria foi adotado pela equipa, estando atualmente implícito na sua prática de cuidados.

A implementação do projeto proporcionou o desenvolvimento de competências a nível pessoal e da equipa, refletindo-se numa participação ativa e esclarecida da mesma na prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE. O envolvimento da equipa foi fulcral para que o projeto fosse integrado na dinâmica do serviço.

Ao nível da **responsabilidade profissional, ética e legal**, o projeto promoveu a resolução de um problema do contexto, através da implementação de uma estratégia em parceria com o cliente idoso, partindo do conhecimento e experiência da realidade da UTG. As intervenções de enfermagem realizadas foram suportadas no código deontológico. Ao nível da **investigação**, a apropriação de conhecimentos baseados na evidência científica (pesquisa bibliográfica; revisão da literatura), sustentou as práticas e as atividades desenvolvidas, possibilitando uma resposta adequada e fundamentada.

Ao nível da **gestão**, o facto de estar inserido na equipa de enfermagem da UTG, possibilitou-me conhecer a sua dinâmica. Com o decorrer do estágio fui-me posicionando como líder junto da equipa, demonstrando possuir conhecimentos adequados sobre a temática do envelhecimento, os cuidados à pessoa idosa e desnutrição no cliente idoso com AE, tendo estabelecido metas congruentes (projeto) para a equipa e serviço. Procurei estimular a participação e a comunicação na equipa, apoiando-a e motivando-a, acompanhando-a ao longo do percurso, o que resultou num ambiente favorável à prática.

Ao nível da **formação**, foi promovido o desenvolvimento de competências junto da equipa, através de formação (métodos demonstrativo/ativo/interrogativo) assente na evidência científica presente na literatura, realizando demonstrações e estando presente na ação. Foi adotada preferencialmente a prática reflexiva (refletindo sobre a ação e na ação), estimulando os enfermeiros a aprender fazendo e refletindo posteriormente, sendo proporcionado espaço e tempo para a partilha de ideias, o que possibilitou conhecer as suas necessidades de formação e atuar perante elas. A nível pessoal a utilização da prática reflexiva, possibilitou a consciencialização dos saberes e das práticas. De igual forma, as reuniões tutoriais foram momentos formativos importantes onde a capacidade reflexiva e análise das práticas, incentivou o desenvolvimento de um sentido auto crítico promotor de crescimento pessoal.

Ao nível da instituição, foi promovida pelo GIFE, uma sessão de formação onde se divulgou o projeto. No final da sessão, decorreu uma discussão acerca dos conteúdos abordados, tendo sido esclarecidas dúvidas e existido solicitações de apoio por parte de vários serviços, constatando-se assim a pertinência da continuidade do projeto.

De referir igualmente todo o empenho, apoio e disponibilidade da enfermeira orientadora de estágio e da professora orientadora, que com os seus *feed-back`s* positivos e apoio constante, iam conferindo uma maior motivação para a sua implementação.

Como fatores perturbadores ao desenvolvimento do projeto, pode-se referir a conjuntura estrutural e social presente a nível da instituição. De igual modo, a conjuntura económica nacional, refletida numa maior dificuldade financeira das famílias, dificultou a sua acessibilidade aos cuidados de saúde e consequentemente à adesão ao projeto, contudo desenvolveram-se estratégias para minimizar este aspeto (contactos telefónicos, referenciação para as USF´s). A própria dinâmica da UTG impossibilitou a participação de mais colegas nas reuniões com o cliente idoso/cuidador, procurou-se colmatar este aspeto, agendando as reuniões para momentos em que existisse maior disponibilidade dos enfermeiros, incentivando a sua participação.

Os planos futuros passam por dar continuidade a este projeto, promovendo a sua articulação com os serviços e a comunidade, conferindo visibilidade aos cuidados de enfermagem de qualidade e proporcionando respostas adequadas aos clientes idosos. Pretendo também, contribuir para a formação no serviço, relacionada com o cuidado ao cliente idoso, assim como colaborar na formação de futuros enfermeiros especialistas na área de médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa.

5. CONCLUSÃO

Com o envelhecimento gradual da população urge a compreensão das alterações provenientes do processo de envelhecimento, que se refletem nas várias dimensões do cliente idoso, podendo as mesmas conduzir a processos de desnutrição. Assim, é fundamental nos serviços de saúde, a existência de profissionais que conheçam e compreendam estas alterações, desenvolvendo em conjunto com o cliente idoso, respostas eficazes às suas necessidades.

O cliente idoso deve ser considerado um “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2002) sendo necessário conhecê-lo, para desenvolver um trabalho em parceria. Este implica um compromisso conjunto no incremento de estratégias que possibilitem o cliente idoso prosseguir o seu projeto de vida e saúde. Em suma, as “intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa.” (DGS, 2012, p. 7).

Deste modo, foi fulcral incluir o cliente idoso com AE no seu processo de cuidados, demonstrando respeito pelas suas capacidades e valorizando o seu papel, com o objetivo de “(...) ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.” (OE, 2002, p.8), desenvolvendo estratégias em conjunto, para prevenir a desnutrição.

Dado o elevado grau de dependência de alguns clientes idosos, deve ser referido o papel fundamental do cuidador em todo o processo de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE, tendo sido importante trabalhar em parceria com este de forma a capacitá-lo para assegurar o cuidado do Outro, o que vem de encontro com o que a OE referencia “as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)”(OE 2002, p.9). Neste âmbito, o enfermeiro promove a aquisição de competências do cliente idoso/cuidador na gestão do processo de saúde, possibilitando que a transição que experienciam se efetue de uma forma saudável.

O projeto de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE contemplou dez clientes idosos. Ao longo do estágio, foi efetuada uma avaliação multidimensional de enfermagem aos mesmos, constatando-se que estes apresentavam um estado de desnutrição (50%) ou sob risco de desnutrição (40%). Neste âmbito, foram delineadas estratégias em parceria conjuntamente com clientes idosos/cuidadores, com o intuito de se atingirem objetivos comuns (melhoria do EN) para que pudessem prosseguir o seu projeto de vida e saúde. Aquando da reavaliação observou-se uma melhoria da pontuação (ao nível do

MNA®) na totalidade dos clientes idosos com AE reavaliados, conseguindo-se em alguns casos passar de um estado de desnutrição para um EN normal. De referir que apenas 13% dos clientes idosos se mantêm desnutridos, sendo que os mesmos durante o período em que decorreu o estágio tiveram comorbilidades associadas, com consequentes internamentos, factos que vieram a condicionar a melhoria do seu EN.

A melhoria observada do EN do cliente idoso com AE, não foi alheia à implementação do modelo de parceria de Gomes (2009). Através do conhecimento do potencial de desenvolvimento do cliente idoso, da definição de estratégias em conjunto com este para transformar as suas capacidades potenciais em reais, conseguiu-se a sua capacitação para a administração de AE, permitindo melhorar o seu EN. A interiorização do modelo de Parceria de Gomes (2009) na prática de cuidados permitiu: conhecer, incluir, respeitar, capacitar e negociar com o cliente idoso/cuidador, promovendo a sua capacidade de decisão, para que este pudesse prosseguir a sua trajetória de vida ou para que fosse assegurado o cuidado de Si. Na fase de avaliação, verificou-se que os clientes idosos/cuidadores demonstraram conhecimentos acerca da AE, da sua técnica correta de administração, dos cuidados à sonda e estoma, as principais complicações e de como preveni-las, mobilizando esses conhecimentos para atuar face a estas, verificando-se que a transição se processou de uma forma saudável.

Os conhecimentos obtidos, a reflexão realizada sobre a prática de cuidados e sobre o referencial teórico que sustentou o projeto, permitiram o desenvolvimento de competências pessoais (conforme explanado no capítulo anterior) possibilitando um alargamento de horizontes na área de intervenção em enfermagem, originando o ganho de competências como enfermeiro especialista perito, na área da saúde do cliente idoso, que “compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema” “agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global” (BENNER, 2001, p.58). O projeto encontra-se introduzido na dinâmica de cuidados da UTG, refletindo-se os seus contributos no ganho de competências por parte da equipa, resultando numa melhor prestação de cuidados com um maior envolvimento do cliente idoso no seu processo de saúde; na melhoria do seu EN e da sua qualidade de vida.

Neste âmbito, considera-se que foram alcançados os objetivos propostos. Verifica-se que atualmente é um projeto de referência ao nível da instituição.

O percurso efetuado nestes 5 meses foi considerado muito positivo pela enfermeira orientadora de estágio, (Anexo 7), aspeto que considero gratificante e que reflete o ganho de competências a que me propus.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARINZON, Z.; [et al] (2008) - Evaluation of the benefits of enteral nutrition in long-term care elderly patients. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [em linha]. Vol. 9, n.º9, (November, 2008) p. 657-662. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=>
- ASSIS, Mónica (2005) - Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde** [em linha] Vol. 8, n.º1, (Jan./Jun. 2005) p. 15-24. Acedido a 09-04-2013. Disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>
- BARDIN, Laurence. (2009). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70
- BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 472-8535-97-X.
- BEST, Carolyn; HITCHINGS, Helen (2010) - Enteral tube feeding -- from hospital to home. **British Journal Of Nursing (BJN)**, [em linha]. Vol.19, n.º 3, (February, 2010) p. 174-179. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- BOGDAN, Robert.; BIKLEN, Sari (2010) **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos** Porto: Porto Editora ISBN 978-972-0-34112-9
- BRERETON, Louise; NOLAN, Mike (2002) - 'Seeking': a key activity for new family carers of stroke survivors. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Nº11 (January,2002) p.22-31. Acedido a 20/04/2012. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=25&sid=f5f1857e-bd7b-46c3-940e-9a30562fe477%40sessionmgr13>:
- CANDY, B. ; [et al] (2009)- Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. **International Journal Of Palliative Nursing** [em linha]. Vol.15, n.º 8, (2009) p. 396-404. Acedido a 20/04/2012: Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=13&sid=414b2004-6aa4-4a04-ac0f-ac7b0cb31a05%40sessionmgr13>
- CRUZ, Maria (2011) – **Educação para a saúde – Intervenção comunitária aos três níveis de prevenção**. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado

- CUERVO, M. ; [et al] (2008).- Food consumption analysis in spanish elderly based upon the mini nutritional assessment test. **Annals Of Nutrition & Metabolism** [em linha]. Vol.52, n.º4 (January, 2008) p. 299-307. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=41&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- CUNHA e MARQUES, Filipa (2008) **Estado Nutricional e Ingestão Alimentar numa população de idosos institucionalizados**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Dissertação de mestrado
- DAVIES, Nicola (2011) - Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. **Nursing Standard** [em linha]. Vol. 25, n.º19, (January, 2011) p. 43-50. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com os estilos de vida**. [em linha]. Acedido a 12/02/2013. Disponível em: <http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/PNIISDEV.pdf>
- DONNER, Becky; [et al] (2011) - Enteral Nutrition for Older Adults in Nursing Facilities **Nutrition in Clinical Practice**, [em linha]. Vol.26, n.º3, (June 2011) p. 261-272. Acedido a 02/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&sid=f6554662-3fc7-42bc-9587-77bc64e86fa5%40sessionmgr104&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011059672>
- DURÃO, Catarina - Anamnese: uma oportunidade para aumentar a aderência à intervenção nutricional. **Nutricias** [em linha] Nº3 (Junho, 2003), p.12-15. Acedido a 11/12/2012. Disponível em: http://www.apn.org.pt/xFiles/scContentDanameneseemployer_pt/docs/Doc43.pdf
- ELMADFA, Ibrahim ; MEYER, Alexa (2008) - Body composition, changing physiological functions and nutrient requirements of the elderly. **Annals Of Nutrition & Metabolism**, [em linha]. Vol. 52 Suppl 1 (March, 2008) p. 2-5. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011). **Curso de Enfermagem Avançada**. Acessível na Escola Superior De Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011). **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Acessível na Escola Superior De Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- FERRY, M.; ALIX, E. (2004). **Avaliação do Estado Nutricional**. In FERRY, M.; Alix, E. – A Nutrição da pessoa idosa. Loures: Lusociência.
- FOGG, Louisa (2007) - Home enteral feeding part 1: an overview. **British Journal Of Community Nursing**, [em linha]. Vol.12, n.º 6, (June 2007) p. 246, 248, 250-2. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000). **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- FOUCAULT, Michel (1994) - **História da sexualidade III - O Cuidado de Si**. Lisboa: Relógio D'Água Editores .ISBN – 972-708-242-4.
- GANZELLA, Marcela, ZAGO, Márcia - A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta paulista de enfermagem**, [em linha]. Vol.21, n.º2, (2008) p. 351-355. Acedido a 12/01/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/apv/v21n2/pt_a19v21n2.pdf
- GOMES, Idalina - O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. In GOMES, Idalina - **Parceria e cuidado de enfermagem- uma questão de cidadania**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 9789728485863. p. 67-113.
- GOMES, Idalina (2009) - **Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio**. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- GOMES, Idalina (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. **European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association** (EDTNA/ERCA). Madrid. Imprenta Tomás Hermanos. P.43-65.

- GUYATT, G. et al (2002). **Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice**. American Medical Association. Chicago, EUA. ISBN 1-57947-174-9.
- HITCHINGS, H. [et al] (2010) - Home enteral tube feeding in older people: consideration of the issues. **British Journal Of Nursing (BJN)**, [em linha]. Vol.19, n.º18, (October, 2010). p. 1150-1154. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011) - **Indicadores resumo sobre população** [em linha]. Acedido em: 30/01/2012. Disponível em: www.inec.pt.
- JIMÉNEZ SANZ, M. ; [et al] (2011) - Study of the nutritional status of elders in Cantabria. **Nutrición Hospitalaria**, [em linha]. Vol. 26, n.º2, (Março, 2011) p. 345-354. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- KAISER, M. ; [et al] (2010) - Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the MiniNutritional Assessment. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [em linha]. Vol. 58, n.º 9, (April,2010) p. 1734-1738. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03016. Acedido a: 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=45&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- KIRKWOOD, Thomas (2008) - A systematic look at an old problem. **Nature**, [em linha]. Vol. 451 (February, 2008) p. 644–647. Acedido em 12/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=119&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- LOCHS, H. ; [et al] Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and General Topics. **Clinical Nutrition**, [em linha]. Vol. 25 (February, 2006) p. 180–186. Acedido em 12/01/2012. Disponível em: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=dd145d85-0109-46ba-a00b-bd88635eaa2b%40sessionmgr198&vid=3&hid=123&bquery=\(lochs\)+AND+\(enteral\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRiPWNNaCZkYj1jaGgmZGI9Y21yJmRiPWRhaCZkYj1odGEmZGI9cGJmRiPXMzaCZkYj1sdGgmZGI9YTloJmRiPWx4aCZkYj1lcmJmRiPWJ0aCZkYj1id2gmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=dd145d85-0109-46ba-a00b-bd88635eaa2b%40sessionmgr198&vid=3&hid=123&bquery=(lochs)+AND+(enteral)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRiPWNNaCZkYj1jaGgmZGI9Y21yJmRiPWRhaCZkYj1odGEmZGI9cGJmRiPXMzaCZkYj1sdGgmZGI9YTloJmRiPWx4aCZkYj1lcmJmRiPWJ0aCZkYj1id2gmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d)

- LOUREIRO, Maria (2008) – **Validação do Mini Nutritional assessment em idosos**. Coimbra: Faculdade de Medicina, Dissertação de Mestrado Nutrição Clínica.
- MAHAN, L. Kathleen, ESCOTT-STUMP, Sylvia (2010) **Krause Alimentos, nutrição e dietoterapia**, 12ª Edição Rio de Janeiro Saunders Elsevier.
- MARTINS, Amaro; [et al] (2008) – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem. **Pensar Enfermagem**, Vol. 12, n.º 2 (2º semestre 2008) p. 52-61. Acedido em 03/01/2013. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=listartigos&id_revista=6
- MCKEVITH, Brigid (2005) - Diet and healthy ageing. **The Journal of the British Menopause Society**, [em linha]. Vol.11, n.º 4, (December, 2005) p. 121-125. Acedido em 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=15&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- MELEIS, Afaf (2007). **Theoretical Nursing development and Progress**. 4ª Edição. Lippincott. Philadelphia, E.U.A.. ISBN-13:978-0781736732
- MELEIS, Afaf (2010). **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, Patricia (1994) Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. IN: Meleis Afaf, **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MESQUITA, Cristina - Empowerment e associativismo no doente crónico. In GOMES, Idalina. **Parceria e o Cuidado de Enfermagem - Uma questão de cidadania** Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 9789728485863. p. 155-210.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2011) – **Relatório de Primavera 2010: da Depressão da Crise para a Prospeção Governativa da Saúde** [em linha]. Lisboa: OPSS. Acedido em: 20/01/2012. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf
- OLIVEIRA, Catarina; [et al.] (2008) - **Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa** [em linha]. Coimbra: GERPI. Acedido em: 25/01/2012. Disponível em: <http://projectotio.net/wp-content/uploads/2010/06/estudo-idosos.pdf>.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/ enunciados descritivos.** Divulgar (2002). Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciado de posição - consentimento informado de 15 de março de 2007.** Lisboa. Acedido em 01 outubro de 2012. disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Caderno Temático).** Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento da individualização das especialidades clínicas de enfermagem.** Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010
- **PLANAS, M. [et al] Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. Nutricion Hospitalaria,** [em linha]. Vol. 22 n.º 5, (Agosto, 2007) p. 612-615. Acedido a 20/04/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=123&sid=f5f1857e-bd7b-46c3-940e-9a30562fe477%40sessionmgr13>
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004) – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde (2012) - Plano nacional de saúde 2012-2016- Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida.** Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- **QUIVY, Raymond ; CAMPENHOUDT, Luc Van. (2008). Manual de Investigação em Ciências sociais (5ª Edição ed.).** Gradiva. Lisboa, Portugal. ISBN 9789726622758
- **RODRIGUES, Manuela e FERRÃO, Luís (2006). Formação Pedagógica de Formadores.** 7ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-500-8
- **RUIVO, Maria; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos.** Publicação da área disciplinar de enfermagem. ESSIP Setúbal, n.º 15, Março.
- **SCHUMACKER, Karen; JONES, Patricia; MELEIS, Afaf (1999). Helping Elderly Persons in Transitions: A Framework for Research and Practice.** IN: Meleis Afaf, *Transitions*

Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6

- SEQUEIRA, Carlos (2010). **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.** Lisboa: Lidel Editora. ISBN 978-972-757-717-0.
- SHEPHERD, Alison - Nutrition through the life span. Part 3: adults aged 65 years and over. **British Journal Of Nursing (BJN)**, [em linha]. Vol.18, n.º 5, (March, 2009) p. 301-307. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=104&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- SILVA, Ana (2010) – **EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados.** Aveiro: Universidade de Aveiro, Dissertação de Mestrado em Gerontologia.
- SILVA, Irene; [et al] (2009) Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem – USP** [em linha] Vol. 43, n.º 3, p. 697-703. Acedido a 09-04-2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>
- SILVER, Heidi; [et al] (2004) - Older adults receiving home enteral nutrition: enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes. **Journal Of Parenteral & Enteral Nutrition**, [em linha]. Vol. 28, n.º 2 (March, 2004). P. 92-98. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=eec57deb-9f5d-4004-bdea-74ada8847e7c%40sessionmgr110&vid=3&hid=107&bquery=older+adults+receiving+home+enteral&bdata=JmRiPXiJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRi>
- SIMOES, Carla; [et al] (2011) - Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos. **Ordem dos Enfermeiros** - artigos publicados na secção regional. [em linha] (Setembro de 2011). Acedido a 17/02/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- STANNER, Sara; DENNY, A. - Healthy ageing: the role of nutrition and lifestyle - a new British Nutrition Foundation Task Force Report. **Nutrition Bulletin**, [em linha]. Vol.34, n.º1, (March, 2009) p. 58-63. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=51&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>

- SUOMINEN, M. [et al] - How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? **European Journal Of Clinical Nutrition**, [em linha]. Vol.63, n.º2, (2009). p. 292-296
Acedido a 20/04/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=17&sid=f5f1857e-bd7b-46c3-940e-9a30562fe477%40sessionmgr13>
- TAPPEN, Ruth (2005) – **Liderança e Administração em Enfermagem – Conceitos e Prática**. 4ª Ed. Loures: Lusociência, ISBN972-8930-00-3
- VOLKERT, Dorothee; [et al] (2011) - Prevalence of Malnutrition in Orally and Tube-Fed Elderly Nursing Home Residents in Germany and Its Relation to Health Complaints and Dietary Intake. **Gastroenterology Research & Practice**, [em linha]. Vol. 2011, (March, 2011) p. 1-9. doi:10.1155/2011/247315. Acedido a 20/04/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- WILSON, Neil (2011) - Is nasogastric feeding an option in nursing homes? **Nursing & Residential Care**, [em linha]. Vol. 13, n.º 8, (August, 2011). p. 374-377. Acedido a 20/04/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=24&sid=f519cf9e-6664-40d4-8cd1-f3103c6411d9%40sessionmgr4>
- WOLFE, Wendy; [et al] (2003) - Understanding the Experience of Food Insecurity by Elders Suggests Ways to Improve Its Measurement. **The Journal of Nutrition** [em linha]. Vol.133, n.º 9, (September, 2003). p. 2762-2769. Acedido a 13/06/2012. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/133/9/2762>
- YOUNG, H. M., [et al] (2006) - Linking Theory and Gerontological Nursing Practice in Senior Housing. **Geriatric Nursing** [em linha]. Vol. 27, n.º. 6, (Nov./Dez. 2006) p. 346-354. ISSN: 0197-4572 PMID: 17174740. Acedido a 12-01-2013. Disponível em: http://www.pdflog.com/pdf_ebook/17131_gerontological-nursing-healthy-aging_33

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

Anexo 1

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à seção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da seção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore Indicador de desnutrição.

Triagem	
A	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão
B	Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso
C	Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal
D	Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos
F	Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	
12-14 pontos:	estado nutricional normal
8-11 pontos:	sob risco de desnutrição
0-7 pontos:	desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global	
G	O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospitalar) 1 = sim 0 = não
H	Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não
I	Lesões de pele ou secas? 0 = sim 1 = não

J	Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições
----------	--

K	O paciente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias?
	sim ☐ não ☐
	sim ☐ não ☐
	sim ☐ não ☐
	0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»

L	O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim
----------	---

M	Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos
----------	--

N	Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade
----------	--

O	O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional
----------	--

P	Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor
----------	--

Q	Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22
----------	---

R	Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31
----------	---

Avaliação global (máximo 16 pontos)	☐ ☐ ☐ ☐
Escore da triagem	☐ ☐ ☐ ☐
Escore total (máximo 30 pontos)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	☐
de 17 a 23,5 pontos	☐
menos de 17 pontos	☐
estado nutricional normal sob risco de desnutrição desnutrido	

Anexo 2

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA FUNCIONAL

(Mini Mental State Examination; Índice de Barthel ;Índice de Lawton & Brody)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

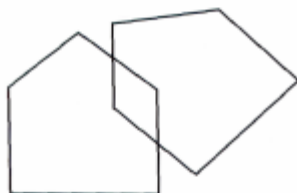
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
<u>QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL:</u> (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
<u>QUANTO A TOMAR BANHO:</u> (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
<u>QUANTO A VESTIR-SE:</u> (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
<u>QUANTO A ALIMENTAR-SE:</u> (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confecionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
<u>QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO:</u> (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
<u>QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS:</u> (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
<u>QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE:</u> (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
<u>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL:</u> (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
<u>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA:</u> (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
<u>QUANTO A IR À CASA DE BANHO:</u> (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
<u>PONTUAÇÃO FINAL</u>				
<u>GRAU DE DEPENDÊNCIA</u>				
<u>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</u>				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

Nome: _____

CHLN: _____

		Data	Data	Data	Data
Itens		Cotação	Cotação	Cotação	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	1	1	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesadp	2	2	2	2
	Só faz tarefas leves	3	3	3	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	4	4	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	5	5	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	1	1	1
	Só lava pequenas peças	2	2	2	2
	É incapaz de lavar a roupa	3	3	3	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	1	1	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2	2	2	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3	3	3	3
	Incapaz de preparar refeições	4	4	4	4
Ir às compras	Faz compras sem ajuda	1	1	1	1
	Só faz pequenas compras	2	2	2	2
	Faz as compras acompanhado	3	3	3	3
	É incapaz de ir às compras	4	4	4	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	1	1	1
	Só liga para lugares familiares	2	2	2	2
	Necessita de ajuda para o usar	3	3	3	3
	Incapaz de usar o telefone	4	4	4	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	1	1	1
	Só anda de taxi	2	2	2	2
	Necessita de acompanhamento	3	3	3	3
	Incapaz de usar o transporte	4	4	4	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1	1	1	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	2	2	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	3	3	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1	1	1	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	2	2	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	3	3	3
<u>PONTUAÇÃO FINAL</u>					
<u>GRAU DE DEPENDÊNCIA</u>					
<u>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</u>					

Independente - 8 pontos; Dependência Moderada (necessita de ajuda parcial) 9-20 pontos; Dependência Severa (necessita de muita ajuda) 20 pontos.

Índice de Lawton-Brody adaptado por SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra. Quarteto Editora.

Anexo 3

ESCALA DE TINETTI

Nome: _____ CHLN: _____

ESCALA DE TINETTI

Teste de equilíbrio (Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços)

1- Equilíbrio Sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360º	0- Passos descontínuos 1- Passos contínuos 0- Desequilíbrio 1- Equilíbrio
9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves

Pontuação do equilíbrio: _____

Teste de marcha

(Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais)

1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Pé direito 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não sai completamente do chão 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Pé esquerdo 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não sai completamente do chão 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo diferentes 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha 2- Linha recta sem apoio
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha
7. Base de apoio	0 – Calcanhares afastados 1 – Calcanhares quase se tocam durante a marcha

Pontuação da marcha: _____

PONTUAÇÃO FINAL: _____

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Inferior a 19 pontos: Alto Risco de Queda

Entre 19 e 24 pontos: Risco Moderado de Queda

Superior a 24 pontos: Baixo Risco de Queda

Anexo 4

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim	Não
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. Sente a sua vida vazia?	Sim	Não
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim	Não
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim	Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas	Sim	Não
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim	Não
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim	Não
12. Sente-se inútil?	Sim	Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	Não
14. Sente que para si não há esperança?	Sim	Não
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)?	Sim	Não

Pontuação:

1 ponto por cada resposta **SIM** nas perguntas, 2, 3, 4, 6,8,9,10, 12,14 e 15

1 ponto por cada resposta **NÃO**, nas perguntas – 1,5,7,11e 13

Classificação

Scores superiores a **5 pontos** – sugestivo de depressão a ser encaminhado para reavaliação

Scores superiores a **10 pontos** – são quase sempre sugestivos de depressão.

Anexo 5

ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

Anexo 6

ESCALA DE ZARIT E AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA FORMA
VALIDADA PARA PORTUGAL

Escala de Zarit (sobrecarga do cuidador) (SEQUEIRA, 2007, 2010)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

FW: Autorização para utilizar Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

De: **Francisco Miguel (franciscohpv@hotmail.com)** Você moveu esta mensagem para o local atual.

Enviada: terça-feira, 20 de novembro de 2012 22:26:42

Para: eu (franciscohpv@gmail.com)

2 anexos

escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc (55,5 KB) , info_utiliza_instrumentos.doc (29,5 KB)

From: carlossequeira@esenf.pt

To: franciscohpv@hotmail.com

Subject: RE: Autorização para utilizar Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Date: Tue, 20 Nov 2012 15:17:36 +0000

Caro Francisco

Conforme solicitado envio a escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) versão Portuguesa.

Informo por este email que a poderá utilizar no seu trabalho de mestrado.

Informa-se que a escala deve ser utilizada na íntegra e não pode ser alterada.

Envio em anexo um instrumento que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento padrão com o objetivo de monitorizar a utilização deste instrumento.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.mundolivre.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor

Doutor Carlos Sequeira

Anexo 7

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA ENFERMEIRA CO-ORIENTADORA DE ESTÁGIO

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

O aluno atingiu os objetivos a que se propôs para este estágio, tendo superado o objetivo relacionado com o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista na área de intervenção com o cliente idoso. Neste contexto ao nível da gestão, assumiu-se como líder na implementação do projeto na Unidade de Técnicas de Gastrenterologia, na implementação do trabalho em parceria, na avaliação multidisciplinar do cliente idoso, assim como na gestão de recursos materiais/humanos/tempo e na articulação com o serviço de Dietética e Nutrição (com a elaboração de um protocolo) e serviço social. Também promoveu a articulação com a comunidade onde efetuou visitas domiciliárias em conjunto com as equipas dos Centros de Saúde.

Na área da investigação com a pesquisa efetuada da melhor evidência científica, existente na literatura acerca das várias dimensões do cliente idoso, do modelo de parceria e das estratégias desenvolvidas em conjunto com o mesmo.

Na área da formação, onde efetuou formação/reflexão sobre o modelo de parceria, do projeto e da avaliação multidimensional do cliente idoso. Utilizou estratégias que visaram a motivação e envolvimento da equipa de enfermagem na implementação do projeto nomeadamente na elaboração de um novo instrumento de colheita de dados, na reformulação do guião informativo e na presença dos pares na avaliação multidimensional e na educação para a saúde efetuada ao cliente idoso/cuidador. Colaborou com o Gabinete de Investigação e Formação em Enfermagem com a apresentação e discussão do projeto aos enfermeiros do CHLN.

Na área de prestação de cuidados, assumiu o papel perito na prestação de cuidados ao cliente idoso/cuidador, procurando para tal adquirir conhecimentos acerca de todas as dimensões do cliente idoso., adequando a linguagem, respeitando e considerando-o como parte integrante do processo de cuidados. Delineou estratégias em conjunto com o cliente idoso para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro, podendo o mesmo seguir o seu projeto de vida.

Agiu como dinamizador promovendo a partilha de ideias e períodos de reflexão entre os pares que visaram a personalização dos cuidados prestados ao cliente idoso/cuidador para a prevenção da desnutrição do cliente idoso com alimentação entérica tornando-se um elemento de referência junto do cliente idoso/família/pares.

Por todo o empenho na sua intervenção e dos contributos para o cliente idoso/ Unidade de técnicas de Gastrenterologia a minha avaliação situou-se no Excelente (19 valores).

APÊNDICES

Apêndice I

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Objetivo do estudo: O objetivo do projeto para o qual é convidado a participar, é prevenir a desnutrição do idoso com alimentação entérica

Procedimento:

A participação neste projeto far-se-á através de aplicação de escalas de avaliação multidimensional do idoso e de uma entrevista. A informação obtida na referida entrevista (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

Assinatura do Investigador : _____

____/____/____

Declaro ter percebido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Fui esclarecido sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado que tenho direito a recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste projeto.

____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Familiar

Apêndice II

REVISÃO DA LITERATURA

Foi efetuada uma revisão da literatura tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, no sentido de perceber qual o tipo de intervenções utilizadas noutros contextos, que permitissem a aquisição de competências pessoais e na equipa. Para o efeito elaborou-se a questão norteadora:

Quais as intervenções de enfermagem que promovem uma adequada nutrição dos clientes idosos que se encontram a fazer AE?

P	Participantes	Quem foi estudado?	Cliente idoso com AE
I	Intervenções	O que foi feito?	Identificação das intervenções para promover uma adequada nutrição
(C)	Comparações	Podem existir ou não?	
O	Outcomes	Resultados/ efeitos ou consequências	Adequada nutrição do cliente idoso com AE

Para isso procedeu-se a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca *EBSCO* nas bases de dados: *Cinahl*, *Medline*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Methodology Register*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects* e *Mediclatina*, de acordo com os seguintes descritores:

Pesquisa
Search 1 - old* OR elder!* OR aged OR frail elderly -1538343 resultados
Search 2 – nursing interventions OR nurse OR nursing - 333311 resultados
Search 3 - desnutrition OR undernutrition OR Malnutrition – 12765 resultados
Search 4 - enteral feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR home tube feeding – 7994 resultados



S1 and S2 and S3 and S4
 Filtração: Cronológica (2003-2012); Língua Inglesa
 Artigos encontrados - 49 artigos



Como critérios de exclusão dos artigos, foram selecionados:

Artigos que só abordem clientes idosos internados (10)

Artigos que não abordam os clientes idosos (14)

Artigos que não abordam a AE (8)

Artigos que não especificam intervenções (10)

A análise da evidência dos artigos selecionados foi efetuada considerando Guyatt e Rennie (2002) segundo os seguintes níveis de evidência:

Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);

Nível II – estudo experimental;

Nível III – estudos quasi-experimentais;

Nível IV – estudos não experimentais;

Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura;

Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso.

Desta pesquisa resultaram 7 artigos que se descrevem em seguida.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a ilustrar a metodologia e os artigos que constituem o corpo de análise, à realização da presente revisão da literatura (tendo por base o método de revisão sistemática da literatura), elaborou-se um quadro, onde se apresentam os conteúdos, o nível de evidência e os resultados que surgem de cada artigo.

Quadro n.º 1 – Revisão da literatura

Autor, ano, título do estudo, publicação	Fogg (2007) Home enteral feeding. Part 1: an overview <i>British journal of community nursing</i>
Objetivos do estudo	Informar os enfermeiros acerca dos pontos-chave, a terem em conta em idosos com AE no domicílio, de modo a prevenir complicações e desnutrição
Participantes	N/D
Intervenções	Apresenta-se uma visão geral acerca da AE na comunidade, referenciando as indicações para a mesma, passando pela gestão dos cuidados aos idosos e dos dispositivos de AE.
Nível de Evidência	Nível de Evidência VI
Resultados	- Os profissionais de saúde devem verificar regularmente as indicações, via de administração, riscos, benefícios e metas da AE, em intervalos regulares para se assegurarem que o plano alimentar está de acordo com as necessidades do idoso. - A vigilância por parte dos enfermeiros ou cuidadores de idosos, com AE deve incidir sobre: -Aporte nutricional; -Aporte de líquidos; -Peso; -Circunferência do antebraço (caso o peso não possa ser avaliado); -A função gastrointestinal; - O estoma; - A sonda e o volume do balão da sonda (caso exista); - Higiene oral. - Necessidade de rever periodicamente na comunidade a adequação do plano alimentar, relativamente às atividades diárias do idoso. Conhecer quais as necessidades de ensino do idoso ou cuidador. - Vigiar a sonda de administração, assim como sinais de infeção no estoma. - A escolha da forma de administração deve ser adequada ao estilo de vida do idoso e à sua própria escolha. - Durante a administração de AE o idoso deve ter elevação do corpo a pelo menos 30º. - Após a administração de AE e/ou medicação, deve-se efetuar a lavagem da sonda, com água, para prevenir obstrução. - A nível de medicação deve-se optar por soluções ou comprimidos dispersíveis.

Autor, ano, título do estudo, publicação	Best, Hitchings (2010) Enteral tube feeding- from hospital to home <i>British Journal of Nursing</i>
Objetivos do estudo	Informar sobre quais os conhecimentos que o idoso com AE e/ou cuidador, necessitam para gerir adequadamente a forma de administração, o plano alimentar e as possíveis complicações inerentes à administração de AE.
Participantes	N/D
Intervenções	Abordam a importância de uma alta bem planeada, com ensinamentos efetuados ao idoso e seu cuidador, assim como a importância de um acompanhamento contínuo para prevenir grandes níveis de ansiedade e complicações decorrentes da má utilização da sonda ou má administração da alimentação.
Nível de Evidência	Nível de Evidência VI
Resultados	• A preparação para a alta deve ser iniciada o mais precocemente possível, para se poder efetuar o ensino necessário aos idosos ou aos seus cuidadores, conferindo-lhes segurança para a aprendizagem, reduzindo os seus níveis de ansiedade e prevenindo a recorrência aos serviços de saúde. • Para se iniciar o ensino deve-se avaliar as necessidades do idoso, do cuidador e o seu meio ambiente. • O ensino deverá ser efetuado sempre que possível a mais do que um cuidador. • Deve-se adequar o tempo e a forma de administração da AE, ao estilo de vida do idoso e às suas necessidades. • O idoso deve ser informado das várias formas de administração da AE existentes. • O ensino deve contemplar: - Cuidados à sonda e estoma; - Administração de alimentação (as quantidades, o tipo, os tempos, os métodos); - Lavagem da sonda (como fazer e quando); - Como administrar medicação; - Informação sobre as complicações mais frequentes que poderão surgir e como resolvê-las. • No momento da alta devem ser fornecidos: - Plano alimentar; - As primeiras refeições (no caso de o idoso ou cuidador não tenha possibilidade de as preparar); - Suporte escrito acerca da AE e seu dispositivo de administração; - Contactos telefónicos de apoio. • O artigo refere a importância de sinalizar o idoso com AE para os cuidados de saúde primários, para um adequado seguimento deste. • Já no domicílio, deve se rever: - Se o idoso tem todo o apoio e equipamento necessário; - Se o idoso está a tolerar o plano alimentar; - Se o método de administração se encontra adequado ao estilo de vida do idoso; - A forma como o idoso está a lidar com a situação; - Se existe necessidade de algum ajuste, no plano alimentar ou no método de administração. • Após a alta hospitalar deve-se efetuar uma avaliação da sonda, do estoma, assim como das medidas antropométricas do idoso, de forma a adequar o plano alimentar, às suas necessidades. • Deve-se alertar o idoso ou seu cuidador para alguns sinais que poderão indicar que o plano alimentar não se encontra adequado, tais como: - Pouca tolerância à AE (por ex. estase gástrica); - Infecções repetidas; - Anomalias bioquímicas; - Alterações do estado nutricional; - Complicações com a sonda. De modo a que estes se encontrem despertos e possam sinalizar estas alterações, comunicando-as aos serviços de apoio.

Autor, ano, título do estudo, publicação	Wilson (2011) Is nasogastric feeding an option in nursing homes? <i>Nursing & Residential Care</i>
Objetivos do estudo	Informar os enfermeiros acerca da AE e dos cuidados a terem com as sondas nasogástricas para evitar complicações relacionadas com as mesmas
Participantes	N/D
Intervenções	Aborda a importância de uma monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação nutricional validados, para diminuir o risco de desnutrição. Refere também a importância de se implementarem medidas que comprovem a localização da sonda, para que se evitem complicações. Proporcionar informação às instituições, acerca do manuseamento da sonda nasogástrica, fornecendo contactos telefónicos para esclarecimento de dúvidas.
Nível de Evidência	Nível de Evidência VI
Resultados	• Para se diminuir o risco de desnutrição, deve-se efetuar a monitorização nutricional através de instrumentos de avaliação nutricional, devendo esta monitorização ser transversal em toda a tipologia de cuidados que são prestados ao idoso. • Esta monitorização deve igualmente complementar outras formas de avaliação de enfermagem, tais como a aplicação de modelos teóricos de enfermagem. • Quando a AE é efetuada através de sonda nasogástrica, deve ter-se alguns cuidados com a sua localização, tais como: - Ao nível da sua inserção no nariz, e após confirmação que se encontra dentro do estômago, fixar a marca e/ou numeração e verificá-la regularmente; - Verificar o pH do conteúdo da sonda (que deve ser inferior a 5,5) tendo em atenção que alguma medicação pode diminuir a acidez do estômago; - Se necessário colocar um laço nasal, de modo a diminuir o risco de deslocamento da sonda. • Devem-se fornecer contactos telefónicos aos quais se possa recorrer, no caso de existirem problemas com a sonda ou de surgirem dúvidas. • Efetuar um <i>follow up</i> periódico para verificar se o plano alimentar se encontra adequado, às necessidades do idoso, verificando a pertinência da permanência da sonda nasogástrica ou se existe necessidade de colocar outro tipo de dispositivo de administração de AE, mais adequado à situação do idoso.

Autor, ano, título do estudo, publicação	Hitchings, Best, Steed (2010) Home enteral tube feeding in older people: consideration of the issues <i>British Journal of Nursing</i>
Objetivos do estudo	Informar sobre quais os conhecimentos necessários para capacitar o idoso com AE e/ou cuidador, no regresso a casa ou quando é encaminhado para uma instituição, de forma a que saibam gerir adequadamente a forma de administração, o plano alimentar e as possíveis complicações daí decorrentes.
Participantes	N/D
Intervenções	Aborda de uma forma geral, quais as questões mais pertinentes, que os enfermeiros devem focalizar acerca da AE, no ensino que irão efetuar ao idoso e/ou ao seu cuidador, na preparação para o regresso a casa. Aborda também quais os principais problemas com que se depara o idoso e/ou o seu cuidador, ajudando a resolvê-los.
Nível de Evidência	Nível de Evidência VI
Resultados	- O artigo refere a importância de se providenciar apoio e informação ao cuidador e ao idoso, para aumentar a sua confiança nos cuidados que se lhe são prestados. - É importante fornecer orientações claras ao idoso/cuidador acerca: -de como manusear e administrar a AE através da sonda de administração, de forma a tornarem-se independentes, conferindo-lhes segurança (estas orientações devem ser avaliadas anualmente com o idoso e/ou cuidador); -das principais complicações que possam surgir com a administração da AE e de como lidar com as mesmas; -de contactos telefónicos, para esclarecimento de dúvidas; -da existência de algumas restrições especiais que o idoso apresente em termos de medicação, restrição de líquidos ou de alimentos. - Deve-se alertar o idoso ou seu cuidador, que as suas necessidades nutricionais podem alterar-se, e que existem sinais que podem predizer essas alterações, tais como: - a forma como a roupa assenta no corpo (mais apertada ou mais larga), assim como anéis, relógios e prótese dentária; -sinais de desidratação (cavidade oral seca, olhos encovados, pele frágil, prostração, confusão, entre outros); -presença de edemas (pode mascarar perda de massa corporal); -redução da mobilidade ou apatia, que poderá demonstrar início de desnutrição; -o desenvolvimento de feridas e úlceras de pressão. - Existem áreas nas quais os enfermeiros devem prestar atenção: Questões psicológicas Ao nível da imagem corporal existe uma alteração, que pode ser difícil de aceitar, podendo conduzir, a que o idoso se recuse a olhar para a sonda, que a tente remover ou mesmo que não deixe que ninguém se chegue perto dela. Assim, é essencial adequar o método de administração e a quantidade de alimentos de forma a minimizar o impacto negativo no idoso. Em alguns casos deve-se mesmo mudar o dispositivo de administração de AE, caso o idoso se mantenha desconfortável. Questões sociais A inexistência do período de refeições, o desaparecer da alimentação oral, o facto do método de administração da alimentação chamar demasiada atenção, poderá afetar as interações sociais do idoso, deve-se portanto, adequar o método, os horários e a quantidade de alimentos, para que o idoso se sinta confortável. Questões físicas Deve-se avaliar a capacidade física do idoso, caso seja independente, pois poderá não conseguir ter a mobilidade ou visão necessária para efetuar a técnica de administração de alimentos, ou prepará-los. Deste modo, sempre que possível, deve adaptar-se os instrumentos, para que se mantenha independente ou providenciar o apoio necessário ao nível da comunidade, para que o plano alimentar seja cumprido. - É importante alertar o idoso e seu cuidador para o risco de aspiração de conteúdo gástrico, reforçando a importância da alimentação não se efetuar com o idoso totalmente em decúbito dorsal. - No caso de surgirem náuseas e distensão abdominal, verificar com o idoso e cuidador:

	-se a administração de alimentos foi efetuada de uma forma rápida, tentando adequar a sua administração à tolerância do idoso; -verificar se a alimentação foi administrada com o idoso num ângulo de pelo menos 30°; -averiguar se inadvertidamente se administrou ar, pela seringa, e demonstrar ao idoso e ou cuidador a técnica correta de administração; - Verificar se tem apresentado obstipação, questionando-os acerca das possíveis causas: medicação, desidratação, poucas fibras no plano alimentar, diminuição de mobilidade, entre outras, tentando em conjunto com o idoso e/ou cuidador eliminar as causas identificadas. • Quando surge diarreia, verificar com o idoso e/ou seu cuidador: -se é algum efeito secundário de medicação; -se administrou rapidamente a alimentação; -se administrou a alimentação demasiado fria. • Ao nível da terapêutica deve-se ter em conta a polimedicação, habitual no idoso, que pode interagir com a nutrição do mesmo. Dessa forma deve-se efetuar uma vigilância regular da medicação do idoso. • Ao nível da medicação deve-se: - conhecer a forma de preparação para a administração por sonda e quais os riscos de interações entre medicamentos; - optar por medicação que se encontre adaptada à administração por sonda; - Alertar para o facto da administração dos alimentos juntamente com a medicação poder potenciar ou inibir o seu efeito; - Advertir que alguns medicamentos podem ficar agarrados às paredes da sonda, aumentando a possibilidade de obstrução e reduzindo o efeito desejado.
--	---

Autor, ano, título do estudo, publicação	Silver et al (2004) Older adults receiving home enteral nutrition: Enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes <i>Journal of parental and enteral nutrition</i>
Objetivos do estudo	Identificar e investigar as variáveis relacionadas com os cuidados de saúde • prestados no domicílio, a idosos com AE, através de uma amostra constituída por idosos dependentes, de cuidadores informais.
Participantes	• 30 idosos com AE no domicílio.
Intervenções	Num estudo transversal foram efetuadas entrevistas estruturadas aos cuidadores informais de idosos, durante os primeiros três meses após a alta. Aquando dessa entrevista foram reavaliadas as medidas antropométricas dos idosos, o plano alimentar, assim como a sua qualidade de vida.
Nível de Evidência	• Nível de Evidência IV
Resultados	• Atingir os objetivos da AE no domicílio é um desafio, especialmente quando: - a alta é precoce (não existindo tempo para a preparação do idoso e dos seus cuidadores); - não existem apoios comunitários, - o idoso é dependente de cuidadores sem formação específica. • Neste estudo apesar de se cumprir o plano nutricional, surgiram problemas para o idoso e seu cuidador, entre eles: - alterações cutâneas ao nível do estoma; - problemas gastrointestinais; - problemas técnicos com a sonda de administração de AE, que levaram à suspensão da alimentação. Como resultado destes problemas a maior parte dos idosos perdeu peso e o seu índice de massa corporal indica possível desnutrição. • O estudo revelou que a reduzida quantidade de água administrada aos idosos, se encontra diretamente relacionada com os problemas gastrointestinais referidos, o que agrava o risco de desidratação no idoso. • Apenas seis idosos tiveram <i>follow up</i> de um nutricionista, e estes só o tiveram, porque surgiram sinais evidentes de perda de massa corporal. • Verificou-se também que a interação social destes idosos é mínima, assim como a sua qualidade de vida, avaliada segundo <i>Hathaways General Quality of Live Tool</i>, está abaixo do bom. • Verificou-se que as readmissões em instituições de saúde, foi sete vezes maior do que o esperado, o que aumentou a sobrecarga do trabalho em termos de cuidados de saúde com consequentes gastos. Estas readmissões, com ensino adequado aos cuidadores, poderiam ter sido evitadas. • Como conclusões, o estudo refere que muitas das complicações experimentadas pelos idosos com AE podem ser evitadas. O sucesso da AE administrada no domicílio está na intervenção e vigilância regular da equipa multidisciplinar, e na preparação mais intensiva e completa dos cuidadores.

Autor, ano, título do estudo, publicação	Lou et al (2007) Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions • Journal of advanced nursing
Objetivos do estudo	Verificar as alterações ocorridas, em idosos institucionalizados (alguns destes com AE), relacionadas com o seu índice de massa corporal e com alterações do seu estado de saúde, identificando quais os fatores que as desencadearam.
Participantes	55 idosos institucionalizados com demência • (12 com AE).
Intervenções	• Num estudo de desenho transversal foram avaliadas várias vezes, medidas antropométricas para avaliar o IMC, assim como a evolução clínica dos residentes idosos de duas instituições, durante três meses.
Nível de Evidência	• Nível de evidência IV
Resultados	• Verificou-se uma diminuição do IMC desde a primeira avaliação até à última no terceiro mês, na generalidade dos idosos. • Verificou-se igualmente que os idosos que necessitavam de uma maior assistência para se alimentarem, apresentavam um IMC menor. • Constatou-se que cerca de metade dos idosos durante o período do estudo tiveram algumas alterações adversas na sua saúde, necessitando após as mesmas de mais assistência na alimentação, necessitando mesmo de iniciar AE. • O artigo refere como importante efetuar a avaliação nutricional dos idosos através de instrumentos que contemplem meios não invasivos e que sejam de fácil e rápida aplicação, como meio de prevenir a desnutrição ou risco da mesma, com todos os seus fatores inerentes. • O estudo sugere que os enfermeiros deveriam efetuar mais formação acerca das características únicas da nutrição dos idosos, assim como na avaliação nutricional dos mesmos, como fator essencial para cuidados de enfermagem de qualidade. • Os enfermeiros devem desenvolver também estratégias para compreender e melhorar a comunicação entre eles e os idosos, visto que com uma melhor comunicação ambos beneficiariam.

Autor, ano, título do estudo, publicação	Donner et al (2011) Enteral nutrition for older adults in nursing facilities • Nutrition in Clinical Practice
Objetivos do estudo	Fornecer informação suficiente aos profissionais de saúde, que lhes permita junto dos idosos e respetivos cuidadores, tomar decisões acertadas acerca da introdução e manutenção da AE no idoso, conseguindo colmatar as necessidades deste e dos seus cuidadores.
Participantes	• N/D
Intervenções	• Apresenta uma visão geral acerca da administração da alimentação entérica no idoso.
Nível de Evidência	Nível de evidência VI
Resultados	• Os clientes idosos e seus cuidadores devem ser informados acerca da introdução da AE, com toda a informação sobre os seus riscos e benefícios para que possam conscientemente tomar uma decisão. • Mesmo após a introdução da AE, deve se reavaliar os seus riscos e benefícios na situação particular de cada idoso. • Deve-se efetuar uma avaliação nutricional inicial e periódica, com vista a estabelecer as necessidades nutricionais do idoso e dessa forma escolher um plano alimentar que irá atender as suas necessidades nutricionais, alterando-se esse plano, sempre que necessário. • Aquando da introdução da AE deve-se avaliar quais as necessidades nutricionais do idoso, fazendo-se uma avaliação periódica dessas necessidades, pois as mesmas alteram-se com facilidade. • A escolha do tipo de alimentação deve ter em conta as características do idoso, quer a nível das suas patologias, quer ao nível da sua fisiologia, ou mesmo nas suas necessidade de maior ou menor aporte calórico. • No caso do idoso ainda se alimentar oralmente, a quantidade de AE deve ser calculada tendo em conta esse aporte. • A forma de administração da AE deve ter em conta: o conforto do cliente idoso; a sua situação clínica e as suas necessidades nutricionais. Deve-se explicar as vantagens e desvantagens das várias formas de administração de AE, ao cliente idoso e/ou ao seu cuidador. • A avaliação do conteúdo gástrico é extremamente importante para verificar a tolerância do cliente idoso à AE. • De forma a evitar as complicações derivadas da administração da AE, entre elas o risco de desnutrição, deve-se efetuar uma vigilância periódica em relação: - ao estado clínico do cliente idoso; - às suas necessidades nutricionais; - ao tipo de alimentação administrada; - à localização da sonda de administração de AE; - à própria forma de administração da AE. • Em relação à medicação deve-se evitar misturar com os alimentos, podendo ocorrer interações entre eles, o que poderá alterar a constituição dos medicamentos. Assim, aconselham a lavar com 30 ml de água a sonda, antes e depois de administrar os medicamentos, e entre os medicamentos, com 10ml de água para evitar interações. • Deve-se optar por medicamentos em forma de solução sempre que possível; no caso de esmagar ou triturar comprimidos deve se dilui-los em água morna. • Os autores reforçam a importância de se lavar as mãos antes e após a administração de AE, e no caso desta ser administrada continuamente, deve ser em circuito fechado. Devendo esse circuito ser trocado a cada 24horas, assim como a própria fórmula de AE que não foi administrada. • No caso de administrar continuamente a AE deve se lavar a sonda a cada 4 horas, e sempre que se inicia ou termina a própria alimentação. • Quando um cliente idoso que se encontra a fazer AE, consegue reiniciar a

	alimentação oral deve-se ter em conta as suas necessidades nutricionais, para se poder calcular a quantidade de AE que ainda necessita. Nestes casos deve existir uma vigilância apertada, nas horas das refeições orais, com o intuito de verificar se a mastigação e deglutição é eficaz, assim como a posição que adota para se alimentar. • Os autores alertam para a importância de informar os idosos e seus cuidadores acerca das principais complicações e o que fazer para as prevenir: - obstrução da sonda- executar lavagens da sonda com água periodicamente; - caso se encontre entupida injetar cerca de 60ml de água morna; - risco de aspiração- elevar o idoso entre 30° a 45°, durante a administração de AE e mantê-lo nesta posição, nos 30 a 60 minutos seguintes; - confirmar a localização da sonda a cada refeição; - verificar o conteúdo gástrico e alertar os profissionais de saúde se este for continuamente acima dos 250ml. • Os autores concluem referindo que, uma coordenação interdisciplinar, bem como o envolvimento dos idosos e seus cuidadores, aquando da introdução e manutenção da AE, conduzem à prestação de cuidados de qualidade ao idoso com AE.
--	--

Após a análise dos artigos, verificou-se que estes apontam medidas que devem ser implementadas em clientes idosos com AE, com o intuito de prevenir complicações associadas à mesma, entre elas a desnutrição. As medidas identificadas podem dividir-se em três grupos:

- 1) *Preparação dos clientes idosos/cuidadores, para a introdução da AE;*
- 2) *Vigilância periódica dos clientes idosos com AE;*
- 3) *Implementação de uma avaliação nutricional periódica.*

No primeiro grupo estão incluídas as medidas que incidem na preparação/fornecimento de informações relacionadas com a AE, e de complicações relacionadas com a administração da mesma, com a sonda de administração e com o estoma. Deste modo procura-se contribuir, para que o cliente idoso/cuidador se encontrem despertos para as mesmas podendo preveni-las.

Num segundo grupo, os artigos reforçam a importância da vigilância periódica por parte dos enfermeiros, em relação aos clientes idosos com AE/cuidadores, com o intuito de prevenir complicações, adequar o plano alimentar, esclarecer dúvidas, entre outros.

Por fim, o terceiro grupo aponta como fundamental a avaliação nutricional regular do cliente idoso com AE, para que a mesma se mantenha adequada ao cliente e às suas necessidades nutricionais.

1) Preparação dos clientes idosos/cuidadores, para a introdução da AE

Com a introdução da AE surgem novos desafios para o enfermeiro, tais como: vigilância da sonda e da sua localização; observação do estoma (no caso da PEG); manutenção

dos cuidados de higiene oral; controlo da quantidade de nutrientes e fluidos introduzidos; adequação da medicação e monitorização do EN do idoso (FOGG, 2007; WILSON 2011, DONNER et al, 2011); bem como a preparação do cliente idoso/cuidador para a administração da mesma (SILVER et al, 2004; BEST, HITCHINGS, 2010, DONNER et al, 2011). Esta preparação do cliente idoso/cuidador deve ser efetuada o mais precocemente possível, conferindo segurança aos mesmos, com consequente redução da sua ansiedade (SILVER et al, 2004; BEST, HITCHINGS, 2010; HITCHINGS, BEST, STEED, 2010).

Assim, antes de se iniciar o ensino/preparação é importante avaliar as necessidades do cliente idoso/cuidador, assim como do seu meio ambiente, para que o ensino possa ser direcionado e não seja efetuado de uma forma estandardizada (BEST, HITCHINGS 2010), incrementando deste modo, a confiança do cliente idoso/cuidador em relação aos cuidados que lhe são prestados.

Neste âmbito, quando se encontra planeada a introdução da AE, deve-se começar por informar o cliente idoso/cuidador sobre todos os aspetos inerentes à mesma, identificando riscos e benefícios associados a esta, para que possam ponderar e decidir de uma forma consciente e informada a sua introdução, preservando o seu poder de decisão (DONNER et al, 2011). Nesta primeira abordagem deve-se apresentar um dispositivo semelhante ao que vai ser colocado, para que o cliente idoso/cuidador possam experimentá-lo e manipulá-lo, desmitificando receios (entre eles a alteração de imagem) e ansiedade, prevenindo que o cliente idoso o tente remover ou mesmo que não permita que o cuidador administre alimentação através deste (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010). Esta abordagem irá facilitar que o cliente idoso/cuidador se familiarizem com o dispositivo, tornando a interiorização do ensino de administração de AE e respetivos cuidados mais facilitada.

Nesta fase inicial deverá-se escolher igualmente o tipo de dispositivo de administração de AE. Esta escolha deve ter em consideração: o tipo de atividade do cliente idoso, o impacto que irá provocar na sua imagem corporal e o tipo de alimentação que lhe irá ser administrada (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010). Após a decisão da introdução da AE e da escolha do respetivo dispositivo estar tomada, e antes da sua inserção, é fundamental explicar ao cliente idoso/cuidador como se vai desenrolar a colocação do dispositivo de administração de AE, assim como a sua localização (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010). Existem autores que apontam para a importância do ensino/preparação ser efetuado a mais do que um cuidador, para no caso de um não se encontrar disponível, poder ser

outro cuidador a administrar a alimentação de uma forma segura e contínua (BEST, HITCHINGS, 2010).

O ensino/preparação deve ser realizado de uma forma gradual, dando oportunidade para que o cliente idoso/cuidador possam experimentar a administração de alimentos com a supervisão do enfermeiro. Este deve incluir informação acerca: do posicionamento do cliente idoso (sentado num ângulo de pelo menos 30° a 45°) (FOGG, 2007; HITCHINGS, BEST, STEED, 2010; DONNER et al, 2011); da técnica de administração; dos diferentes modos de administração da AE, da preparação de alimentos e medicação para administração por sonda, da vigilância da sonda e do estoma, assim como, dos cuidados que devem ser efetuados à sonda, alertando igualmente para as complicações mais frequentes que poderão surgir (BEST, HITCHINGS, 2010).

Nesta primeira fase de introdução da AE deve-se optar pelo modo de administração (contínuo, bólus ou intermitente) que mais se adapte às características do cliente idoso, tendo em atenção o seu grau de dependência, a sua situação clínica, o seu contexto social, o seu conforto e as suas necessidades nutricionais (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010; BEST, HITCHINGS, 2010; DONNER et al, 2011).

Os artigos referem igualmente que aquando da introdução da AE, é importante que seja providenciado um plano alimentar individualizado, tendo em conta as necessidades nutricionais do cliente idoso, a sua fisiologia, assim como as suas preferências alimentares (FOGG 2007; DONNER et al, 2011). O respetivo plano deve ser elaborado em conjunto com o cliente idoso/cuidador, sendo posteriormente explicado aos mesmos, auxiliando-os a compreendê-lo e esclarecendo as dúvidas que o mesmo possa suscitar (BEST, HITCHINGS, 2010).

Ao nível da medicação, é fundamental efetuar ensino aos clientes idosos com dispositivo de administração de AE, pois aqui encontram uma dificuldade - nem toda a medicação se adequa a estes dispositivos. A este facto acresce o elevado número de fármacos prescritos aos clientes idosos, que aumentam o risco de interações medicamentosas, para além de poderem obstruir a sonda ou mesmo interferem no EN do cliente idoso (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010). Para contornar estes aspectos é essencial trabalhar em equipa, adequando a medicação ao método de administração por sonda, devendo-se optar por suspensões, comprimidos dispersíveis e/ou por comprimidos que após a trituração, não alterem as suas características (FOGG 2007; HITCHINGS, BEST, STEED, 2010; BEST, HITCHINGS, 2010; DONNER et al, 2011). No caso de impossibilidade de se utilizarem soluções ou comprimidos dispersíveis, os comprimidos devem ser triturados e

diluídos em água morna, alertando o cliente idoso/cuidador para a lavagem da sonda com cerca de 30ml de água antes e depois da administração dos medicamentos, sendo que entre medicamentos, devem lavar a sonda com cerca de 10ml de água, de forma a evitar interações entre estes (DONNER et al, 2011). Em alternativa, poder-se-á optar por adesivos transdérmicos, supositórios rectais, ou pomadas tópicas (BEST, HITCHINGS, 2010).

O ensino/preparação deve ainda incluir a referência a complicações que ocorrem frequentemente com a sonda e com a técnica de administração, bem como as estratégias a desenvolver para lidar com elas. Dentro das complicações mais usuais podemos encontrar:

- Obstrução da sonda - onde se deve alertar o cliente idoso/cuidador para executar lavagens da sonda regularmente (FOGG 2007; DONNER et al, 2011). No caso desta se encontrar obstruída, deve-se injetar cerca de 60ml de água morna pela mesma, para desobstruí-la (DONNER et al, 2011);
- Risco de aspiração – o ensino deve referir a importância de aquando da administração da AE, o cliente idoso deve estar sentado num ângulo de 30° a 45°, devendo manter-se nesta posição nos 30 a 60 minutos seguintes. Deve-se confirmar a localização da sonda e verificar a presença de conteúdo gástrico sempre que se administrar alimentos pela sonda (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010; DONNER et al, 2011);
- Náuseas e vômitos – deve-se alertar o cliente idoso/cuidador, para a adequação da quantidade de alimentos administrada à tolerância do cliente idoso, reforçando a importância do correto posicionamento do cliente idoso durante e após a refeição (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010);
- Diarreia – O cliente idoso/cuidador devem ser prevenidos para a possibilidade da diarreia ser originária de: interações medicamentosas; intolerância ao tipo de alimentação; da rápida administração da AE, ou ainda ser derivada da administração de alimentos a uma temperatura demasiado fria (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010);
- Obstipação – O cliente idoso/cuidador devem ser prevenidos para as suas causas, que poderão advir: de interações medicamentosas; do plano alimentar não contemplar alimentos ricos em fibra; da imobilidade do cliente idoso, ou do pouco aporte hídrico (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010).

Ainda no âmbito da prevenção de complicações, os enfermeiros devem igualmente alertar o cliente idoso e/ou cuidador, para a possibilidade deste não sentir sede ou sensação de fome, pelo que é necessário estabelecer horários para as refeições, independentemente deste não manifestar vontade em se alimentar (HITCHINGS, BEST, STEED, 2010).

Também nos artigos selecionados, é salientada a importância de alertar o cliente idoso/cuidador para o facto das necessidades nutricionais se poderem alterar, explicando alguns dos sinais que o poderão predizer tais como, a forma como a roupa ou jóias, relógios assentam no corpo (BEST, STEED, 2010; HITCHINGS, BEST, STEED, 2010). Os enfermeiros estarão deste modo a contribuir para que o cliente idoso/cuidador esteja atento a alterações nutricionais, relatando-as, com o intuito de se elaborar um novo plano alimentar, ajustado às novas necessidades nutricionais do cliente idoso (DONNER et al 2011). Para isso, é essencial fornecer os contactos dos profissionais de saúde, de forma a relatar as alterações observadas ou para esclarecimento de dúvidas. Na sequência dos contactos, estabelece-se uma relação de confiança com o cliente idoso/cuidador, conferindo-lhes segurança nos cuidados prestados (BEST, HITCHINGS, 2010; HITCHINGS, BEST, STEED, 2010; WILSON, 2011).

Os artigos referem também que, para reforçar o ensino/preparação efetuada ao cliente idoso/cuidador, a importância de se fornecer um suporte escrito do mesmo. Este deve ter indicações simples, e imagens que possam auxiliar o cliente idoso/cuidador a interiorizar facilmente a técnica, e onde poderão confirmar que efetuam a administração de AE corretamente (BEST, HITCHINGS, 2010).

Todo o ensino/preparação efetuado ao cliente idoso/cuidador, deve ser validado periodicamente com o intuito de confirmar se ainda se encontram capacitados para a administração da AE, renovando o ensino, se necessário. Para isso, os enfermeiros devem desenvolver estratégias que permitam compreender os clientes idosos em toda a sua globalidade, através da melhoria da comunicação, adaptando-a à realidade e necessidades do cliente idoso/cuidador. Desta interação retirar-se-á benefícios para ambos (LOU et al, 2007), designadamente a diminuição das complicações inerentes à AE (SILVER et al, 2004). Neste aspeto, um artigo destacou a necessidade dos enfermeiros receberem mais formação, acerca das características únicas da nutrição dos clientes idosos com AE. Este é um fator essencial para prestarem cuidados de enfermagem de qualidade, e para se consciencializem das alterações inerentes ao envelhecimento, que podem interferir na AE (LOU et al, 2007).

Conclui-se então, que a preparação do cliente idoso/cuidador, reveste-se de suma importância, no processo de introdução da AE no cliente idoso e na prevenção de complicações subsequentes entre elas a desnutrição.

2) Vigilância periódica por parte dos enfermeiros, em relação aos clientes idosos com AE

Para além da relevância conferida pelos artigos selecionados ao ensino/preparação do cliente idoso/cuidador para administração da AE, a maioria dos artigos apontam igualmente para a importância da vigilância periódica por parte dos enfermeiros em relação ao cliente idoso com AE. Neste âmbito é necessário efetuar avaliações regulares, nas quais se observa a sonda e a sua localização, o estoma, o tipo de alimentação que o cliente idoso se encontra a efetuar, a tolerância em relação à mesma, a adequação do plano alimentar e do método de administração, e o estado clínico do cliente idoso. Nas avaliações regulares atrás descritas, deve-se validar com o cliente idoso e/ou seu cuidador o ensino anteriormente transmitido (como foi referenciado anteriormente) (SILVER et al, 2004; FOGG 2007; BEST, HITCHINGS, 2010; WILSON, 2011; DONNER et al, 2011), e se necessitam de algum tipo de apoio (enfermagem ou social), ou no caso de já o terem, se este se encontra adequado (BEST, HITCHINGS, 2010). Na vigilância periódica deve-se igualmente efetuar uma avaliação acerca da pertinência da permanência da AE e se existe necessidade de alterar o tipo de dispositivo de administração de AE do cliente idoso (WILSON, 2011; DONNER et al, 2011).

Neste contexto, num artigo é referida a importância da articulação dos hospitais, com os cuidados de saúde primários, onde o cliente idoso se encontra inserido, e com os quais estabelece mais contacto (BEST, HITCHINGS, 2010).

A importância de efetuar a vigilância atrás referida em complementaridade, com outras formas de avaliação de enfermagem, numa avaliação multidimensional utilizando modelos teóricos de enfermagem, com o intuito de conhecer toda a globalidade do cliente idoso com AE, é também referida por um artigo (WILSON, 2011).

3) Implementação de uma Avaliação nutricional periódica

Para concluir, as medidas de prevenção de complicações associadas à AE, na maioria dos artigos selecionados é focada a importância de se executar uma avaliação nutricional periódica, através de medidas antropométricas, (LOU et al, 2007; BEST, HITCHINGS, 2010; DONNER et al, 2011; WILSON, 2011), ou de instrumentos de avaliação nutricional (MNA®) (WILSON, 2011), com o intuito de perceber se o plano alimentar e a forma como

este está a ser cumprido, se mantém adequado às necessidades nutricionais do cliente idoso. A aplicação dos instrumentos de avaliação nutricional em clientes idosos, deve ser de fácil e rápida execução, para que se obtenham resultados com maior eficácia e eficiência, atuando-se rapidamente em caso de desnutrição ou risco da mesma (LOU et al, 2007).

Por conseguinte, para promover uma adequada nutrição no cliente idoso com AE, é essencial:

- Informar o cliente idoso e/ou seu cuidador sobre todos os aspetos intrínsecos à introdução da AE, capacitando-os para a sua administração e alertando-os para as complicações passíveis de surgir com a sua introdução;
- Manter uma vigilância periódica por parte dos enfermeiros em relação ao cliente idoso com AE e/ou seu cuidador, com o intuito de verificar a adequação do tipo de alimentação, do plano alimentar, e de complicações que daí possam advir. É igualmente importante demonstrar disponibilidade para esclarecer de dúvidas que possam surgir no cliente idoso/cuidador;
- Efetuar uma avaliação nutricional periódica, com o intuito de despistar casos de desnutrição ou risco de a desenvolver, podendo desta forma desenvolver estratégias para a sua prevenção ou tratamento.

Além disso, todos os aspetos referidos irão conferir maior qualidade de vida ao cliente idoso e/ou seu(s) cuidador(es), reduzindo o risco do idoso desenvolver novas patologias e consequentes internamentos (SILVER et al, 2004; DONNER et al, 2011).

Adicionalmente, o ensino dirigido ao cliente idoso ou ao(s) seu(s) cuidador(es), permite que o idoso permaneça no seu domicílio, evitando que o cuidador por desconhecimento, receio ou insegurança de não lhe prestar os cuidados adequados e necessários, recorra à institucionalização do cliente idoso (SILVER et al, 2004), com todos os custos pessoais e sociais associados.

BIBLIOGRAFIA

- BEST, Carolyne; HITCHINGS, Helen (2010) - Enteral tube feeding -- from hospital to home. **British Journal Of Nursing (BJN)**, [em linha]. Vol.19, n.º 3, (February, 2010) p. 174-179. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- DONNER, Becky; [et al] (2011) - Enteral Nutrition for Older Adults in Nursing Facilities **Nutrition in Clinical Practice**, [em linha]. Vol.26, n.º3, (June 2011) p. 261-272. Acedido a 02/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&sid=f6554662-3fc7-42bc-9587-77bc64e86fa5%40sessionmgr104&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011059672>
- FOGG, Louise - Home enteral feeding part 1: an overview. **British Journal Of Community Nursing**, [em linha]. Vol.12, n.º 6, (June 2007) p. 246, 248, 250-2. Acedido a 20/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=7&sid=71dc9cde-7500-4562-894e-d72b52603b71%40sessionmgr15>
- GUYATT G.; et al (2002). **Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice**. American Medical Association. Chicago, EUA. ISBN 1-57947-174-9.
- HITCHINGS, Helen [et al] (2010) - Home enteral tube feeding in older people: consideration of the issues. **British Journal Of Nursing (BJN)**, [em linha]. Vol.19, n.º18, (October, 2010). p. 1150-1154. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=7&sid=26f67771-540b-4efa-a0c8-547b01a00faf%40sessionmgr114>
- LOU, Meei-Fang [et al] (2007) - Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions. **Journal of Advanced Nursing (JAN)**, [em linha]. Vol.60, n.º5, (December, 2007).p. 470-477. Acedido a 2/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=f6554662-3fc7-42bc-9587-77bc64e86fa5%40sessionmgr104&hid=108>
- SILVER, H. [et al] - Older adults receiving home enteral nutrition: enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes. **Journal Of Parenteral & Enteral Nutrition**, [em linha]. Vol. 28, n.º 2 (March, 2004). P. 92-98. Acedido a 30/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=eec57deb-9f5d-4004-bdea->

74ada8847e7c%40sessionmgr110&vid=3&hid=107&bquery=older+adults+receiving+home+enteral&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmZGI9ZWVkJmRi

- WILSON, Neil (2011) - Is nasogastric feeding an option in nursing homes? **Nursing & Residential Care**, [em linha]. Vol. 13, n.º 8, (August, 2011). p. 374-377. Acedido a 20/04/2012. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=24&sid=f519cf9e-6664-40d4-8cd1-f3103c6411d9%40sessionmgr4>

•

Apêndice III

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Prevenção da desnutrição do cliente idoso com alimentação entérica: Parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si

FINALIDADE: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do projecto de estágio aos enfermeiros do serviço.

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço da Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

DATA: 24 de Outubro de 2012

DURAÇÃO: 60 min.

FORMADORES: Francisco Miguel.

OBJECTIVOS:

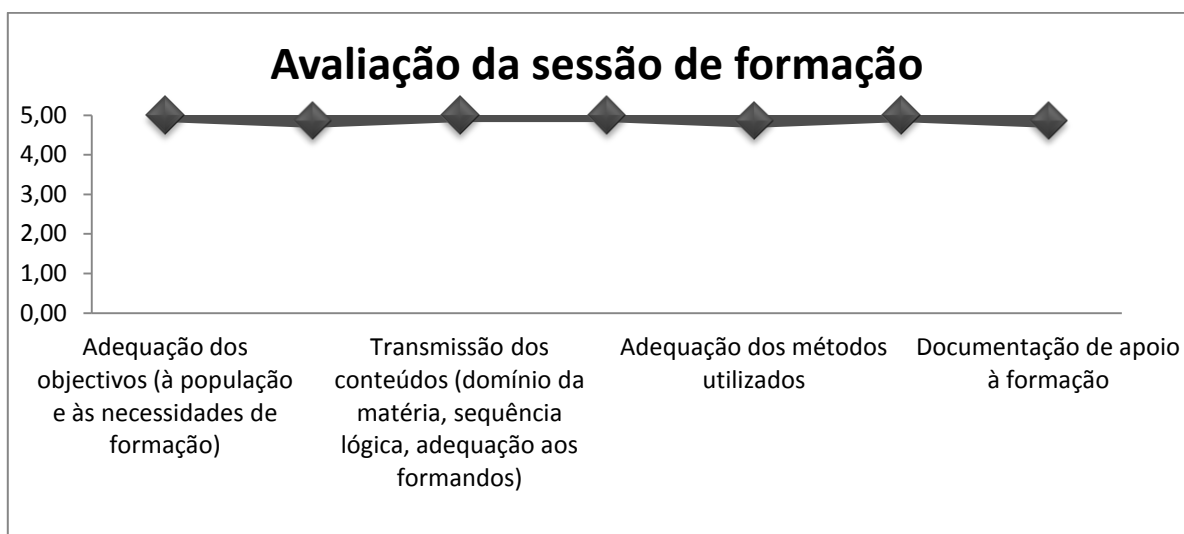
- (1) Contextualizar a temática do envelhecimento, da nutrição e alimentação entérica;
- (2) Apresentar o instrumento de avaliação do estado nutricional do cliente idoso;
- (3) Apresentar o projeto de estágio.

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>	<u>Duração</u>
Contextualizar a temática do envelhecimento, da nutrição e alimentação entérica.	Definição de conceitos.	Método expositivo	Data show Computador	20 min.
Apresentar o instrumento de avaliação do estado nutricional do cliente idoso	Apresentação instrumento de avaliação (MNA)	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador	20 min.
Apresentar o projeto de estágio	Contextualizar a problemática em estudo	Método expositivo	Data show Computador	20 min.

Apêndice IV

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Gráfico n.º 1- Resultados da avaliação da sessão de formação



Apêndice V

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
(FASE DE DIAGNÓSTICO)

Grelha de observação inicial dos registos de enfermagem¹

10 Processos Consultados de 08-10-2012 a 13-10-2012

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

INDICADOR: <u>IDENTIDADE DO CLIENTE IDOSO COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome preferido	0	10	0	0
Idade	7	3	0	0
Estado Civil	4	6	0	0
Habilitações literárias	0	10	0	0
Profissão	0	10	0	0
Crenças religiosas	0	10	0	0

INDICADOR: <u>CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR):</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Com quem habita	9	1	0	0
Condições habitacionais	0	10	0	0
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	7	0	2	1
Situação económica (referencia a dificuldades)	0	10	0	0
Ocupação dos tempos livres/Hobbies/Projeto de vida	0	10	0	0
Fornecimento da alimentação (Quem providencia a compra dos alimentos)	1	5	0	4
Quem cozinha	1	5	0	4

INDICADOR: <u>CONTEXTO DE VIDA (REDE DE APOIO)</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	0	6	0	4
Frequenta Centro de Dia	0	6	0	4
Encontra-se Institucionalizado	4	1	0	5

¹ Aspectos que os enfermeiros procuram conhecer acerca do cliente idoso com alimentação entérica relativamente ao seu estado nutricional.

INDICADOR: <u>CONTEXTO DA DOENÇA:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Diagnósticos	9	1	0	0
Antecedentes Pessoais	1	6	3	0
Medicação habitual do domicílio	0	10	0	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	0	10	0	0
Impacto da doença na sua vida	0	10	0	0

INDICADOR: <u>PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO</u> <u>RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Alterações da mucosa oral	0	10	0	0
Problemas de deglutição	3	7	0	0
Uso de prótese dentária	0	10	0	0
Falta de peças dentárias	0	10	0	0

	INDICADOR: <u>PROBLEMAS MOTORES</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Sobe/desce escadas e/ou deslocar-se	Sai de casa	0	4	3	3
	Anda sozinho (com ou sem auxiliares de marcha)	1	4	3	2
	Anda sozinho de cadeira de rodas	0	4	3	3
	Não consegue andar	2	4	3	1
Confeção dos alimentos	Consegue cozinhar as refeições	0	5	3	2
	Consegue aquecer as refeições	0	5	3	2
	Não consegue preparar	2	5	3	0

	INDICADOR: <u>GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DO</u> <u>CLIENTE IDOSO PARA A ALIMENTAÇÃO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Alimentar-se	Consegue administrar a alimentação sozinho	1	4	3	2
	Precisa de ajuda para administrar a alimentação	0	4	3	3
	Não consegue alimentar-se sozinho	2	4	3	1

	INDICADOR: <u>CONHECE OS HÁBITOS ALIMENTARES DO CLIENTE IDOSO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Hábitos Alimentares	Peso	0	10	0	0
	Horário das refeições	0	10	0	0
	Alimentos de que não gosta	0	10	0	0
	Alimentos preferidos	0	10	0	0
	Quantidade/tipo de alimento que ingere	0	10	0	0
	Faz as refeições sozinho	0	10	0	0
	Ingestão hídrica	0	10	0	0
	Faz as refeições em casa	0	6	0	4

2ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

INDICADOR: <u>CONHECIMENTO DO CLIENTE IDOSO/CUIDADOR ACERCA DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA E ESTADO NUTRICIONAL:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Importância que o cliente/cuidador atribui à alimentação	0	10	0	0
O Enf.º procura conhecer o que o cliente idoso ou o cuidador sabe sobre o seu EN e procedimento de administração de AE	0	10	0	0
O Enf.º procura conhecer que tipo de ajuda o cliente idoso e cuidador necessitam	2	8	0	0

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR/CAPACITAR

INDICADOR: <u>PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º inclui informação durante a prestação de cuidados (aplicação do MNA)	0	10	0	0
Enf.º partilha informação com o cliente idoso/cuidador acerca do seu EN	0	10	0	0
Enf.º partilha informação, realiza educação terapêutica acerca do regime alimentar e/ou sobre o procedimento de administração de AE	4	6	0	0
Enf.º promove o cuidado de Si, ajudando o cliente idoso/cuidador a construir um plano alimentar e/ou a ser autónomo na administração da AE.	0	10	0	0

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE

INDICADOR: <u>DESENVOLVE COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS</u> <u>OBJETIVOS COMUNS:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º desenvolve estratégias/estabelece compromissos com o cliente idoso e cuidador, relativas ao EN	0	9	1	0
O Enf.º valida as estratégias/objetivos relativos ao EN do cliente idoso	0	10	0	0
Enf.º ajuda a família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso.	3	6	1	0

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

INDICADOR: <u>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI</u> <u>OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O Enf.º garante que o cliente idoso e cuidador, são detentores de informação que lhes permita tomar decisões relativas à sua dieta alimentar.	1	9	0	0
O Enf.º garante que o cliente idoso é detentor de informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e de saúde.	0	10	0	0
O Enf.º assegura que o cliente idoso/cuidador tem conhecimentos acerca do procedimento de administração de AE	0	7	3	0
O Enf.º assegura-se que o cuidador tem conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar, que lhe permita cuidar do cliente idoso.	0	10	0	0
O Enf.º valida com o cliente idoso e cuidador o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessite, fornecendo contactos	0	10	0	0

Apêndice VI

ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
(FASE DE DIAGNÓSTICO)

ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (FASE DE DIAGNÓSTICO)

Para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UTG, era importante, perceber as já existentes. O modelo de parceria ainda não era conhecido pela equipa, tornando-se pertinente proceder à avaliação dos registos através da consulta dos processos. Foi definida uma amostra a qual "Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada" (FORTIN, 1999 p. 202), sendo que se optou por uma amostragem por conveniência pois "é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso" (FORTIN, 1999 p. 208). Como o objetivo da atividade é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra selecionada poderá ser reduzido (FORTIN, 1999) Deste modo foram analisados os registos de enfermagem em 10 processos, os quais permitiram efetuar o diagnóstico da situação, relativamente à avaliação do EN do cliente idoso e à prestação de cuidados em parceria. Os clientes selecionados para esta avaliação foram, idosos com AE, possibilitando a análise comparativa dos registos no final do projeto.

Foi utilizada a análise de conteúdo para tratar os dados obtidos (BARDIN, 2009).

Previamente foi criada uma grelha de análise, sustentada pelo Modelo de Parceria (GOMES, 2009) e no que a evidência científica preconiza, como sendo importante conhecer acerca do EN do cliente idoso com AE. No quadro abaixo apresentam-se as áreas temáticas e categorias criadas.

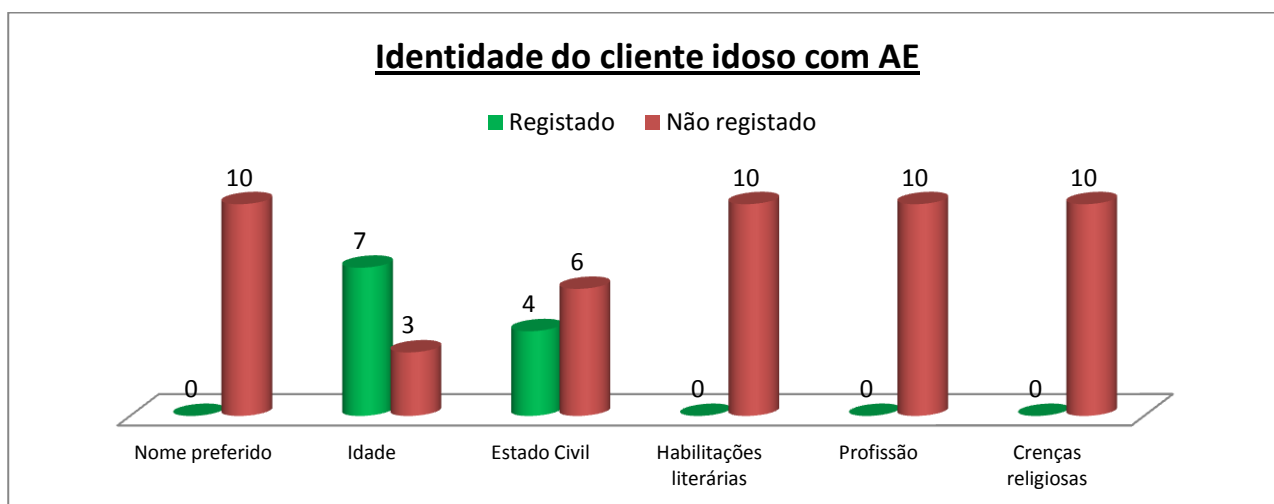
Quadro 1 – Itens para análise dos registos de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
Revelar-se	Identidade do cliente idoso com AE Contexto de vida (situação sociofamiliar) Contexto da doença Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação Contexto de vida (Rede de apoio) Problemas motores Grau de (In) dependência do cliente idoso para a alimentação Conhece os hábitos do cliente idoso
Envolver-se	Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN
Possibilitar/Capacitar	Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta
Comprometer-se	Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns
Assumir o controlo de Si/ Assegurar o cuidado do Outro	Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro

A primeira fase do Modelo de Parceria - **REVELAR-SE**- relacionava-se com o **conhecer a identidade do cliente idoso com AE**, foi possível constatar conforme demonstra o gráfico 1 que o registo da idade se encontra na maioria dos registos (7Ur), o estado civil também apareceu registado (4Ur). Não se verificaram registos em relação ao nome preferido, profissão, habilitações literárias ou crenças religiosas, de referir que estes aspetos não se encontravam contemplados na folha de colheita de dados da UTG, em uso no momento da aplicação da grelha.

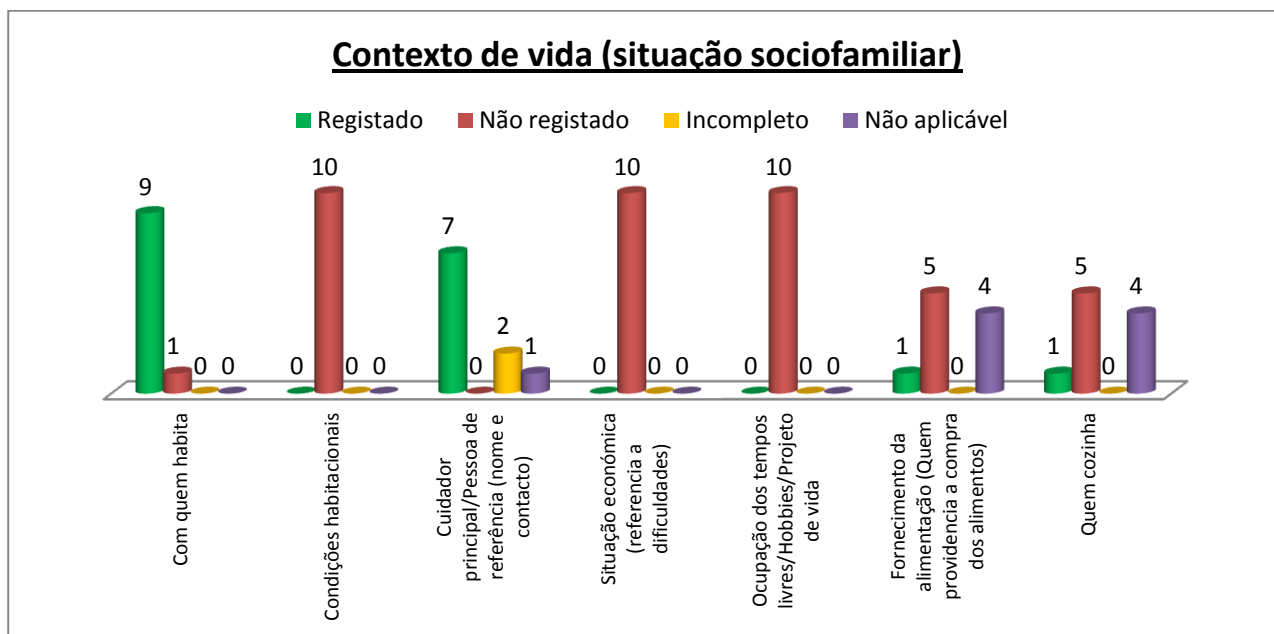
O registo e conhecimento destes dados é de suma importância para se conhecer a identidade do cliente idoso e o seu potencial de desenvolvimento, com o intuito de estabelecer estratégias negociadas em conjunto, para promover o seu projeto de vida e saúde.

Gráfico. 1 – Resultados relativos à categoria “Identidade do cliente idoso com AE”- fase de diagnóstico



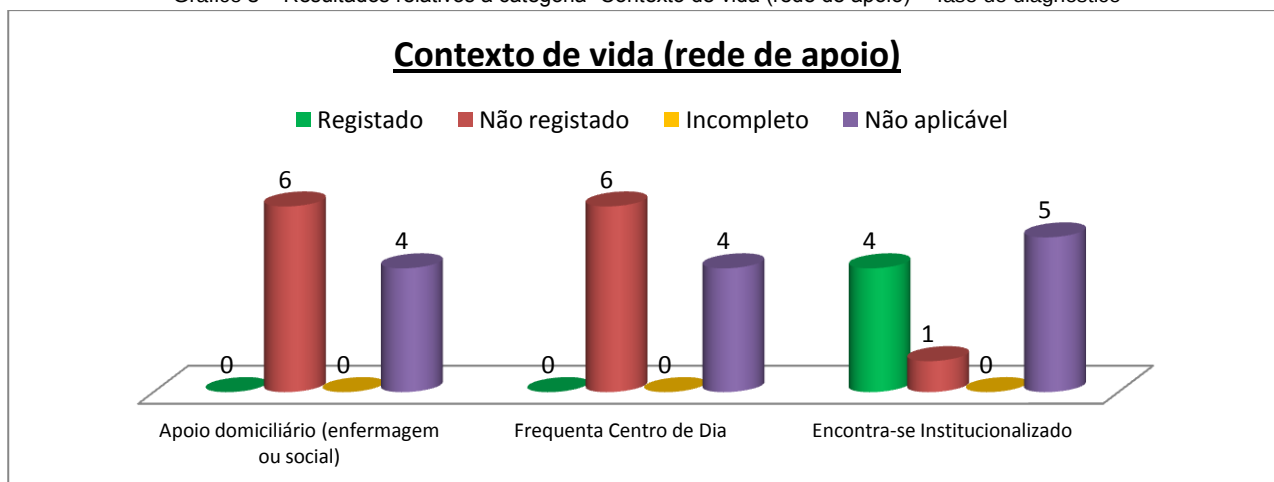
O conhecimento **do contexto de vida** foi outra dimensão estudada constatando-se alguma preocupação em conhecer com quem vive (9Ur), assim como saber quem é o cuidador principal do cliente idoso com AE (7Ur). No entanto, não se verificou registos em relação às condições habitacionais, à situação económica, ocupação de tempos livres do cliente idoso com AE, acerca do fornecimento de alimentação ao cliente idoso com AE e sobre quem confeciona. Mais uma vez deve referir-se que na folha de colheita de dados em uso no momento da aplicação da grelha, não contemplava este tipo de informação.

Gráfico 2 – Resultados relativos à categoria “Contexto de vida (situação sociofamiliar)” - fase de diagnóstico



Respeitante aos registos alusivos ao **Contexto de vida (rede de apoio)** constatou-se que não existem registos acerca da existência de apoio domiciliário (enfermagem ou social), da frequência por parte do cliente idoso com AE de um centro de dia. No entanto, observou-se o registo acerca da institucionalização (4Ur), aquando da aplicação das grelhas.

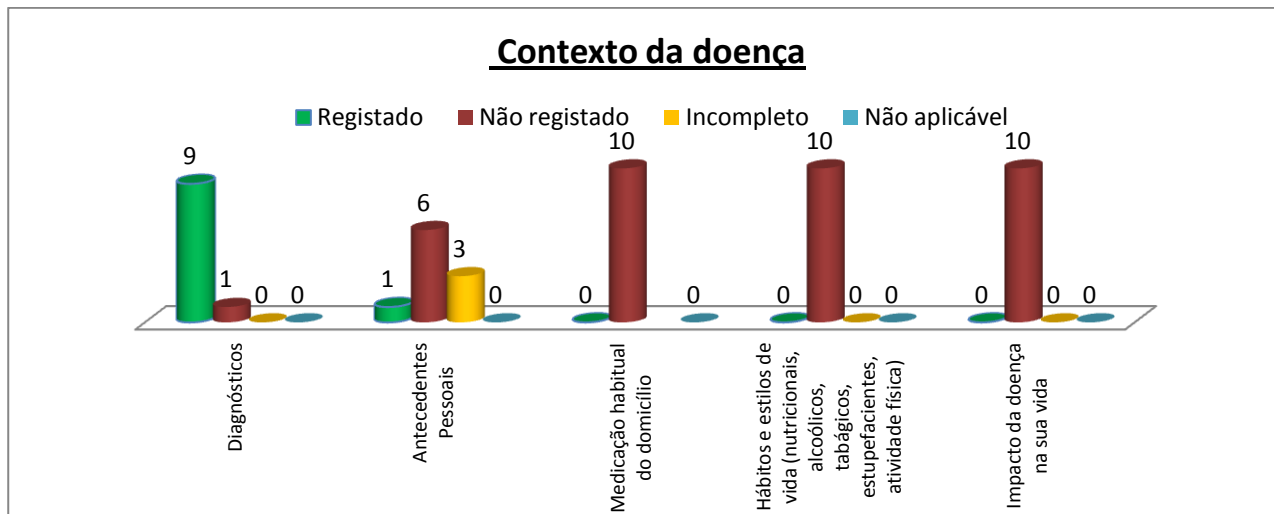
Gráfico 3 – Resultados relativos à categoria “Contexto de vida (rede de apoio)” - fase de diagnóstico



Uma outra dimensão estudada foi o **Contexto da doença** onde se verificou que apenas o diagnóstico, foi registado na quase totalidade dos processos observados (9Ur), a nível de registo de antecedentes pessoais, nos processos observados apenas em um existia registo de todos os antecedentes pessoais, sendo que em três a informação era incompleta. No que diz respeito ao registo da medicação domiciliária, hábitos e estilos de vida e também acerca do impacto que a doença teve na sua vida não existia qualquer

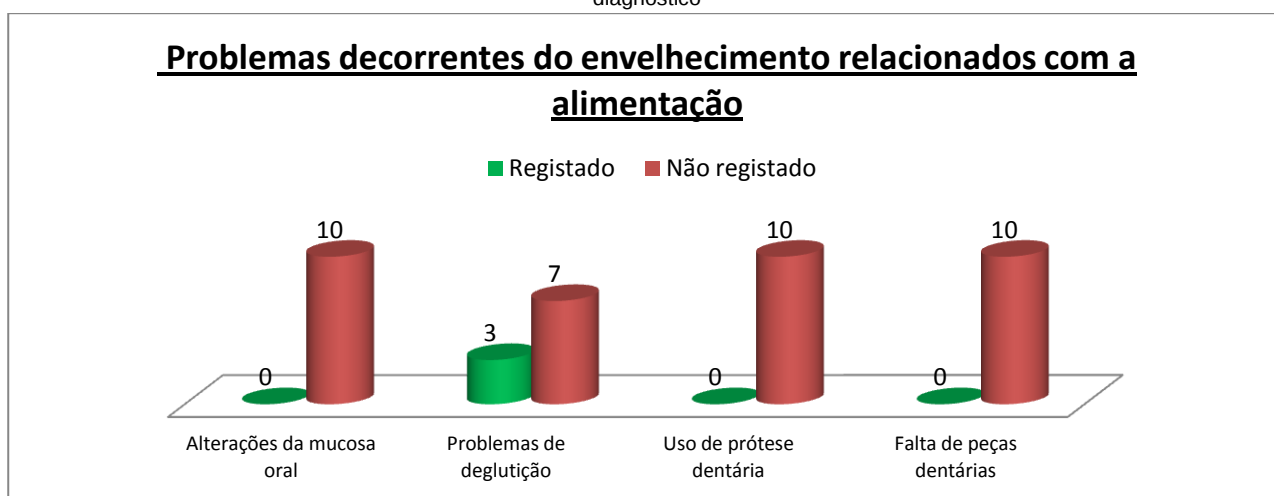
registo. Também aqui a forma como a folha de colheita de dados (utilizada na altura da aplicação das grelhas), não permitia que se registasse este tipo de informação.

Gráfico 4 – Resultados relativos à categoria “Contexto da doença” - fase de diagnóstico



No que concerne ao registo de **Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação**, constatou-se que apenas existiam registos acerca de problemas de deglutição (3Ur), sendo que, este número estará certamente relacionado, com o tipo de intervenções que são prestadas aos clientes idosos na UTG (colocação de dispositivos de AE por problemas de deglutição), e não com o conhecimento do processo de envelhecimento. No que diz respeito ao registo de alterações da mucosa oral, uso de prótese dentária e/ou falta de peças dentárias não se verificou nenhum registo.

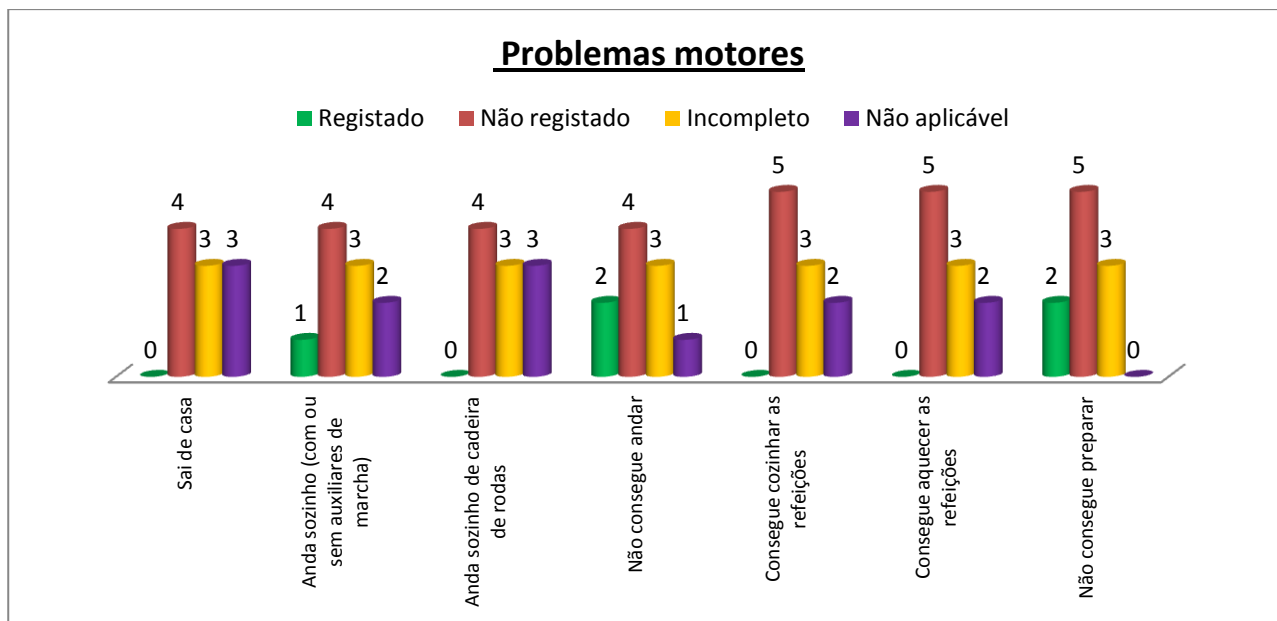
Gráfico 5 – Resultados relativos à categoria “Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação” - fase de diagnóstico



Relativamente ao conhecimento sobre os **problemas motores** do cliente idoso com AE, verificou-se que só numa minoria de processos existe um registo onde se constata a

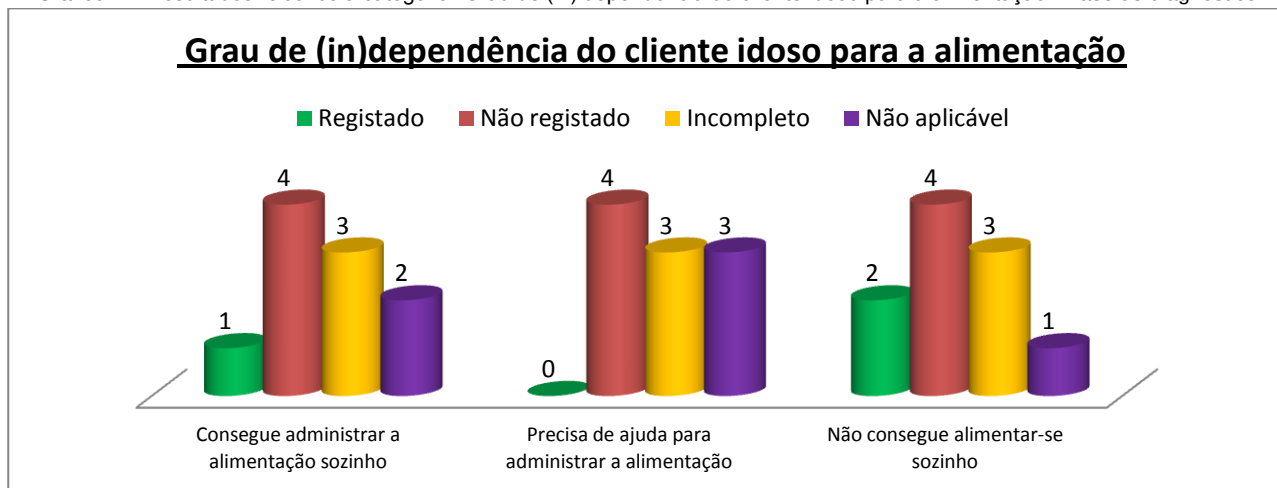
referência aos problemas motores (3Ur). Constatou-se que em alguns registos a informação sobre problemas motores é recolhida de uma forma incompleta.

Gráfico 6 – Resultados relativos à categoria “Problemas motores” - fase de diagnóstico



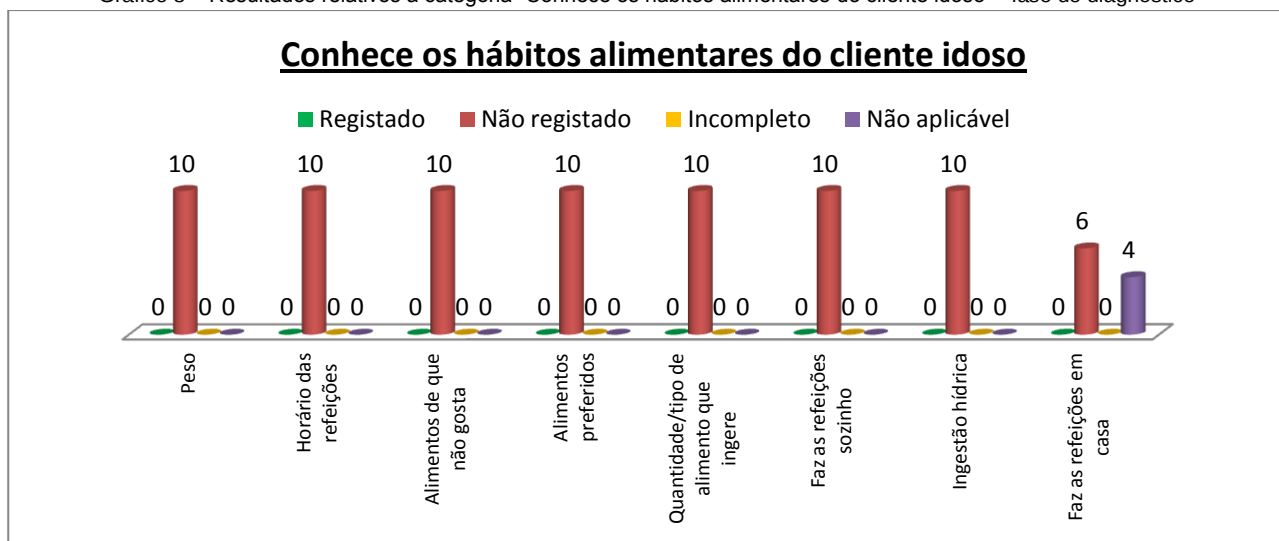
Em relação aos registos do **Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação**, constatou-se que na maioria dos processos observados, não existe referência à capacidade que o mesmo tem para se alimentar autonomamente. Verificou-se que em apenas três processos observados se referia a capacidade do cliente idoso com AE, para se alimentar autonomamente. De ressaltar que o mesmo número de processos (3Ur) apresentavam informação incompleta em relação a este indicador, no entanto, constatou-se que a maioria dos processos não possuía nenhuma informação acerca deste indicador (4Ur).

Gráfico 7 – Resultados relativos à categoria “Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação” - fase de diagnóstico



Relativamente ao registo dos **hábitos alimentares do cliente idoso** não existia nenhuma referência em relação: ao seu peso, ao horário de refeições, à quantidade e tipo de alimentos que ingere, entre outros como se pode visualizar no gráfico seguinte. Penso, uma vez mais que este facto se relaciona com a folha de colheita de dados utilizada na UTG, aquando da aplicação da grelha de observação de registos. Esta não apresentava perguntas direcionadas para estes aspetos.

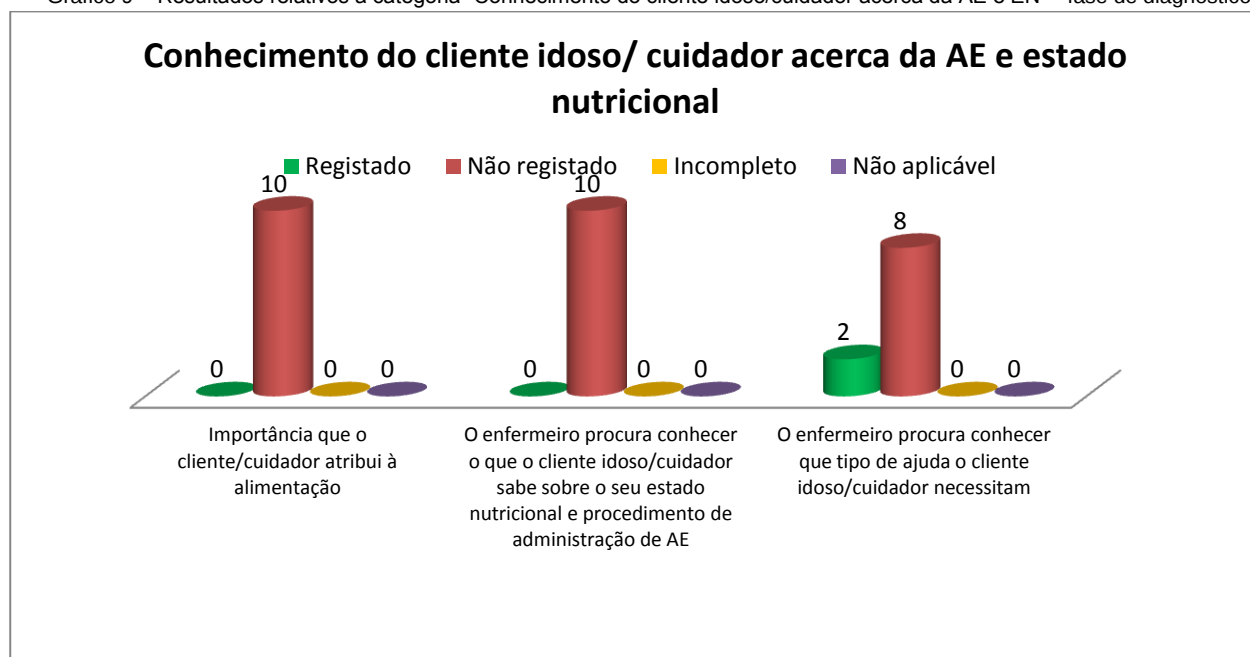
Gráfico 8 – Resultados relativos à categoria “Conhece os hábitos alimentares do cliente idoso” - fase de diagnóstico



A segunda fase do modelo de parceria- **ENVOLVER-SE**, caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro do cliente, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, retirando contributos dessa relação, que serão utilizados mais tarde na intervenção terapêutica. A falta de conhecimentos, a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si, são possíveis nesta fase.

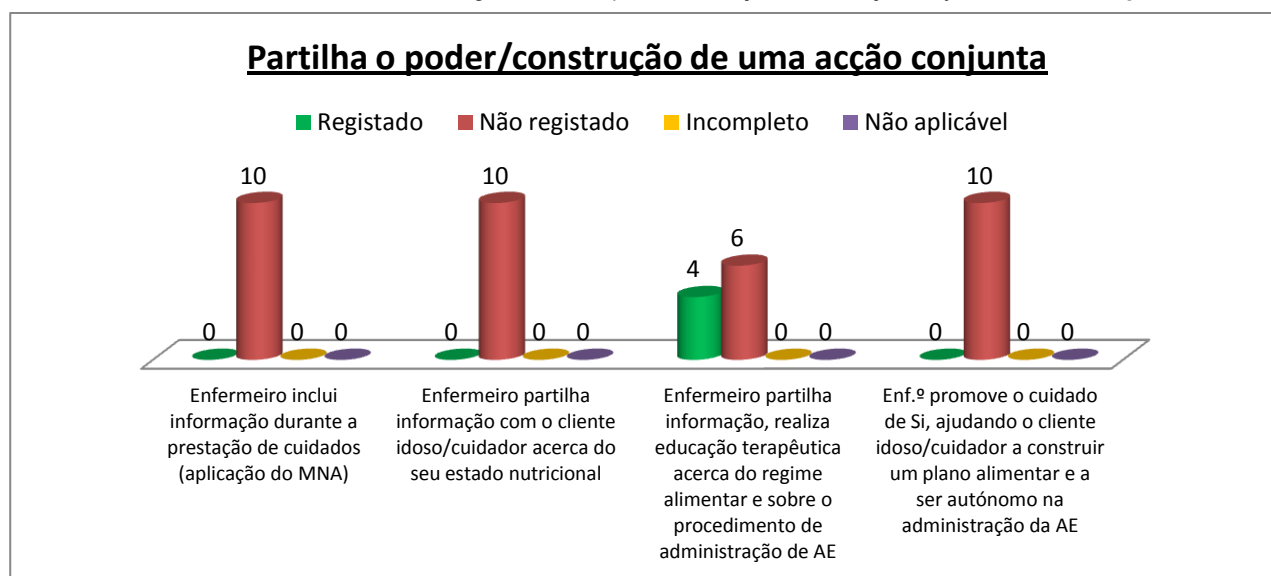
Assim, procurou-se verificar a dimensão **qual o conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN**. Foi possível constatar que não existem registos acerca da importância que o cliente idoso/cuidador atribui à alimentação, do procedimento de administração de AE e sobre o que o cliente idoso/cuidador sabe em relação ao seu EN. Relativamente à necessidade de ajuda que o cliente idoso/cuidador necessitam, observou-se esse registo em apenas dois processos.

Gráfico 9 – Resultados relativos à categoria “Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN” - fase de diagnóstico



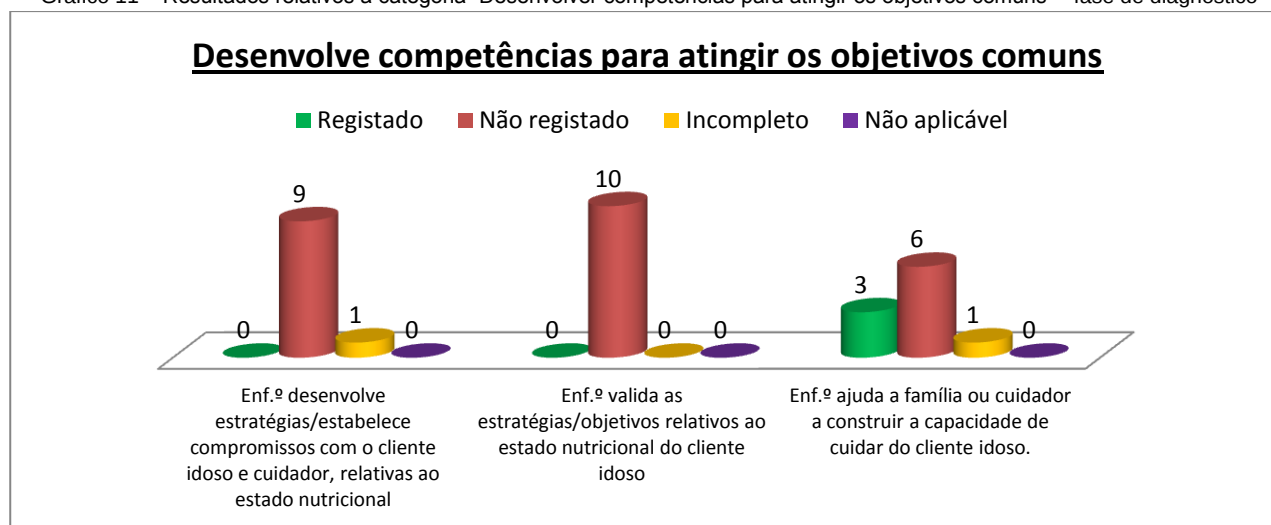
Relativamente à aplicação da grelha de observação dos registos em relação à terceira fase do modelo de parceria- **POSSIBILITAR OU CAPACITAR** - com a dimensão **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, verificou-se uma vez mais que não existiam registos em relação à partilha de informação do enfermeiro com o cliente idoso/cuidador em relação ao seu EN, resultante da aplicação do MNA®. Também não existiam registos quanto à promoção da autonomia do cliente idoso/cuidador na administração da AE, e na elaboração do plano alimentar, no entanto existem registos da partilha de informação com o cliente idoso/cuidador (4Ur). Verificou-se que não existe registos de partilha do poder, fator essencial para se desenvolver a parceria. A falta de registos acerca do EN do cliente idoso reflete igualmente a ausência da aplicação de um instrumento de avaliação nutricional, que possa avaliar o EN do cliente idoso.

Gráfico 10 – Resultados relativos à categoria “Partilha poder/construção de uma ação conjunta” - fase de diagnóstico



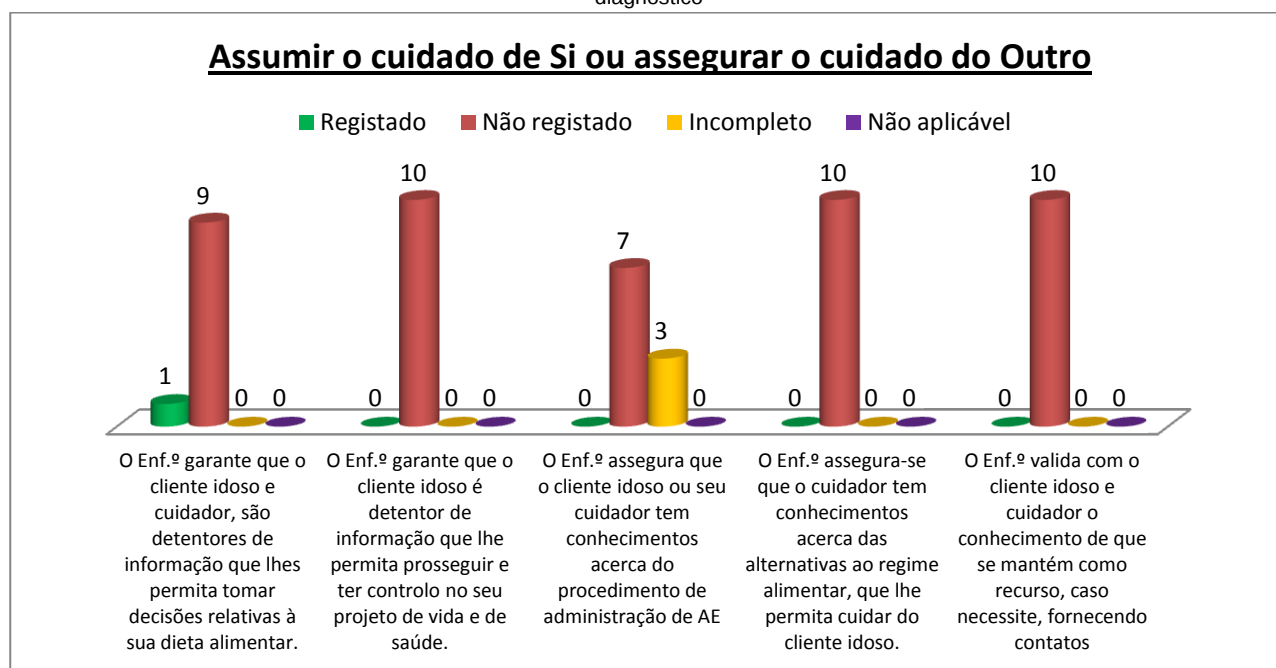
No que diz respeito à 4ª fase do modelo de parceria- **COMPROMETER-SE**, a dimensão **desenvolver competências para atingir os objetivos comuns**, também aqui se verificou a inexistência de registos respeitante à validação das estratégias /objetivos relativos ao EN do cliente idoso, assim como se constatou na quase totalidade dos processos observados a inexistência de registos acerca das estratégias desenvolvidas com o cliente idoso/cuidador em relação ao EN (9Ur). De realçar que existiam registos em como os enfermeiros ajudaram a capacidade de cuidar do cliente idoso (3Ur). Estes registos incidiam no ensino e validação do mesmo, junto do cliente idoso e/ou seu cuidador, acerca da técnica correta de administração de AE (2Ur) e sobre os cuidados a prestar ao estoma (1Ur). Mais uma vez também se pode verificar que estes resultados derivam da não existência de uma avaliação multidimensional do cliente idoso, e em particular de uma avaliação nutricional.

Gráfico 11 – Resultados relativos à categoria “Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns” - fase de diagnóstico



Por fim, em relação à 5ª fase do modelo de parceria- **Assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro**, constatou-se a ausência de registos em relação ao cliente idoso ser detentor de informação que lhe permita prosseguir o seu projeto de vida e saúde. A inexistência de registos verifica-se igualmente na garantia perante o cliente idoso/cuidador de que o enfermeiro se mantém como recurso e que fornece alternativas relativamente ao plano alimentar do cliente idoso. Apenas numa minoria se constatou, que o enfermeiro garantiu que o cliente idoso/cuidador é detentor de informação que lhe permita tomar decisões relativas à sua dieta alimentar (1Ur).

Gráfico 12 – Resultados relativos à categoria “Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro” - fase de diagnóstico



Reflexão

Terminando agora a observação dos registos relativamente ao modelo de parceria (GOMES 2009), pode concluir-se que a informação existente nos registos de enfermagem, não permite conhecer o cliente idoso a realizar AE em toda a sua globalidade, ficando de fora aspetos importantes como informação relativa à sua identidade, o conhecimento dos seus hábitos alimentares, o seu grau de autonomia para se alimentar, a sua avaliação funcional, a sua rede de apoio, os problemas que o afetam decorrentes do envelhecimento e o seu contexto de vida e de doença. Também as ações/intervenções efetuadas pelos enfermeiros assim como o delineamento de objetivos comuns não surgem registados. Constatou-se que na sua maioria, este tipo de informações não emerge nos processos dos clientes idosos com AE, o que impossibilita o trabalho em parceria. Ao não conhecer o cliente idoso na sua globalidade e não conhecendo o seu potencial de desenvolvimento, não se poderá delinear objetivos e estratégias em conjunto com o mesmo. Consequentemente a ação não é comum, nem é negociada, o que revela a falta de envolvimento do cliente idoso/cuidador para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro. A estratégia a implementar implica um trabalho em parceria e um conhecimento do cliente idoso com AE, onde cada parte desempenha um papel determinante para o sucesso do mesmo.

Durante a aplicação da grelha de observação dos registos, foi solicitado o envolvimento da equipa de enfermagem que deste modo, foi interiorizando as diferentes fases do modelo de parceria (GOMES 2009), compreendendo a necessidade de registar informação sobre a multidimensionalidade do cliente idoso com AE, para se proceder ao trabalho em parceria com o mesmo/cuidadores. Mediante a análise dos resultados da aplicação da grelha de observação dos registos, surgiu a necessidade de se desenvolver uma nova folha de colheita de dados, que contemplasse informação estruturada para se poder desenvolver o modelo de parceria com o cliente idoso com AE e/ou seu cuidador.

Apêndice VII

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS
PRÁTICAS

NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1

Data – 23 Outubro de 2012

Local – Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

Hora – 11h

Interação – Substituição da sonda PEG do cliente idoso

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.^a na UTG tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes (2009)

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise e reflexão da situação
A Sr.^a M. tem 76 anos, é cliente da UTG há cerca de 1 ano, altura em que colocou uma sonda PEG por recusa alimentar derivada de um acidente vascular cerebral. Encontra-se institucionalizada num lar e veio na companhia de uma funcionária do lar que lhe presta cuidados diariamente, para que lhe fosse substituída a sonda PEG. <i>A Enf.^a recebe a Sr.^a M. no serviço, cumprimentando-a</i> Enf.^a1 -Olá, bom dia, Sr.^a M.. Sr.^a M.- Dirigiu o olhar mas não comunicou verbalmente. <i>A Enf.^a posicionou a Sr.^a M. e colocou mais um cobertor na maca da Sr.^a M.</i> Enf.^a1 – Vamos esperar mais um bocadinho que a Dr.^a está quase a vir. <i>A Enf.^a dirigindo-se para a acompanhante do lar</i> Enf.^a1 – A senhora é acompanhante? Acompanhante (Acomp.) Sr.^a M.- Sim, Sr.^a Enf.^a, trabalho no lar onde a Sr.^a M. vive. Enf.^a1- Ela comunica verbalmente? Acomp. Sr.^a M.- Não, Sr.^a Enf.^a a Sr.^a M. não fala, mas por vezes, parece que percebe o que se lhe diz. Enf.^a1- E costuma prestar cuidados à Sr.^a M.?	Tendo por base o modelo de Parceria de Gomes (2009) e após ter efetuado a observação da interação entre a Enf.^a e a cuidadora considero que esta demonstrou disponibilidade e partilha de poder com a cuidadora na tomada de decisão. Transmitiu e validou informação englobando a cuidadora em todo o processo. Segundo Gomes a parceria é um processo dinâmico, que visa a promoção de um ambiente seguro, adaptado às necessidades individuais de cada cliente idoso. Este é possível através da demonstração de competências refletidas nas intervenções desenvolvidas com o objetivo de capacitar e

Acomp. Sr.^a M.- Sim, costumo estar com a Sr.^a M. Enf.^{a1} – Então a sonda têm funcionado bem? Acomp. Sr.^a M.- Têm estado um pouco entupida, também já têm quase um ano. Enf.^{a1}– Sim, está na altura de trocar. Mas tem feito sempre após a administração da alimentação a lavagem, não têm? Acomp. Sr.^a M.- Sim, senhora Enf.^a, tenho feito, dou sempre uma seringa de água após dar a alimentação. Enf.^{a1} – Muito bem, realmente é importante administrar água após as refeições. <i>Entretanto mais uma Enf.^a aborda a Acompanhante da Sr.^a M.</i> Enf.^{a2}- É funcionária do lar? Acomp. Sr.^a M.- Sim, Sr.^a Enf.^a, hoje até fiz noite. Enf.^a 1 – Então foi a Sr.^a que deu a alimentação à Sr.^a M.? Acomp. Sr.^a M.- Não Sr.^a Enf.^a hoje não lhe dei como vinha trocar a sonda, não lhe dei. Mas era para lhe dar? Enf.^a 1 – Não, fez muito bem em não lhe ter dado. Mas já lhe tem dado alimentos pela sonda não tem? Acomp. Sr.^a M.- Já sim. Enf.^{a1} – Então como faz? Acomp. Sr.^a M.- Só lhe dou líquidos pela sonda e ao fim administro água para lavar a sonda Enf.^{a1} – E verifica se o estômago tem alimentos antes de dar a refeição? Acomp. Sr.^a M.- Não Sr.^a Enf.^a isso não faço, porque o enfermeiro do lar não explicou. Enf.^{a1} – Então eu explico, para que possa ficar a conhecer como se faz e poder explicar às suas colegas, pode ser? Acomp. Sr.^a M.- Sim, até lhe agradecia. <i>A Enf.^a desloca-se para ir buscar uma seringa, volta para perto da Sr.^a M. e demonstra à funcionária como se deve fazer a verificação de conteúdo gástrico, exemplificando na própria sonda da Sr.^a M..</i> Enf.^{a1}- Sr.^a M. vamos mostrar aqui à Sr.^a que veio consigo como se trata aqui do seu tubinho.	possibilitar o cliente no cuidado de Si ou pela ação de asseverar o cuidado que o Outro deveria ter consigo, se tivesse capacidade para decidir. Para isso ocorre um comprometimento de ambas as partes no sentido de se atingirem objetivos que permitam ao cliente idoso assumir controlo sobre o seu projeto de vida, ou de o cuidador adquirir a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, tendo em conta, as decisões partilhadas com o mesmo. Na situação descrita considero que a Enf.^a embora não conhece-se bem o cliente idoso e o seu projeto de vida tentou junto da cuidadora, conhecê-lo um pouco melhor, questionando-a acerca das rotinas diárias do cliente idoso. Desenvolveu a sua abordagem com o intuito estimular a continuidade dos cuidados validando e transmitindo informação à cuidadora, assumindo com esta compromissos que ambas estabeleceram, refletindo uma partilha de poder. Assim demonstrou também um conhecimento do contexto de
---	--

No fim da demonstração Enf.^a1- Compreendeu como se faz? Acomp. Sr.^a M.- Sim, agora já fiquei a saber. Enf.^a1- Está a ver é importante fazer esta verificação para prevenir os vómitos e algum mau estar na Sr.^a M. Acomp. Sr.^a M.- Ah! Se calhar foi por isso que ainda anteontem teve um vômito, que a tive de trocar toda. Enf.^a – Pois provavelmente foi, pois ainda tinha alimentos no estomago, e quando lhe deu mais, provocou o vômito. Acomp. Sr.^a M.- Agora vou estar mais atenta. Enf.^a – Vamos acordar aqui, que verifica sempre antes de lhe dar alimentos, e que vai explicar isto que lhe tive a dizer às suas colegas, combinado? Acomp. Sr.^a M.- Combinado Sr.^a Enf.^a. Enf.^a 1- E em que posição lhe dá a alimentação? Acomp. Sr.^a M.- Dou sempre com ela sentada, e depois espero um período de tempo até que a deite novamente. Enf.^a1 - Muito bem, é assim que deve ser feito, assim também está a prevenir que vomite. Enf.^a1 - E que tipo de alimentação faz a Sr.^a M. ao longo do dia? Acomp. Sr.^a M.- Olhe Sr.^a Enf.^a ao pequeno-almoço faz 2 seringas de leite com Nestum e depois dou-lhe uma seringa de água, a meio da manha dou-lhe uma seringa de iogurte seguida de outra de água, ao almoço são 2 seringas de sopa, e ½ seringa de fruta seguidas de 1 de água, é que com mais ela fica mal disposta, a meio da tarde é uma seringa de Nestum com leite ou iogurte e ao jantar é novamente 2 seringas de sopa seguida de ½ seringa de fruta e 1 de água á ceia é uma seringa de leite. <i>A Enf.^a foi validando toda a informação que a acompanhante da Sr.^a M., reforçando a importância da verificação do conteúdo alimentar.</i> Enf.^a1 - E a que horas são as refeições? Acomp. Sr.^a M.- Então o pequeno-almoço é por volta das 7h30m, o reforço do meio da manha é por volta das 10h, o	doença do cliente idoso em causa. A postura calma e de abertura da Enf.^a, assim como o reforço positivo nas questões que o cuidador já executava corretamente nos cuidados ao cliente idoso bem como a disponibilidade mostrada para a colocação de dúvidas demonstra capacidade de envolver-se com a cuidadora, tentando perceber o potencial existente na cuidadora para a gestão do processo de doença do cliente idoso. A terceira fase do Modelo de Parceria de Gomes – Capacitar e possibilitar – espera-se o desenvolvimento de estratégias que promovam as capacidades pessoais no contexto de doença. A promoção da reflexão da cuidadora sobre os seus comportamentos ou ausência deles contribuem para a mudança de postura, assim como a negociação de metas a atingir promovem a participação ativa do cuidador (neste caso) e a sua responsabilização face ao outro. O planeamento conjunto de
--	---

almoço às 12h30m, o lanche às 16h, o jantar às 19h e a ceia por volta das 22h. Enf.^a1 - Fazem muito bem em dividir a alimentação da Sr.^a M. em muitas refeições, no entanto estar desde as 22h e as 7h30 da manhã parece-me demasiado tempo sem a Sr.^a M. se alimentar, não haveria possibilidade de lhe dar uma outra refeição para que o período não fosse tão longo? Acomp. Sr.^a M.- Penso que sim Sr.^a Enf.^a eu até lhe podia dar uma seringa de leite por volta das 6h. Enf.^a1 - Isso era ótimo e acha que também se podia adiar a refeição das 22h para as 23h? Acomp. Sr.^a M.- Claro que sim Sr.^a Enf.^a, quando lá chegar vou explicar isto tudo às minhas colegas. Enf.^a1 – Sabe, vou-lhe dar um folheto que nós cá temos e que explica isto tudo que tivemos aqui a falar. Acomp. Sr.^a M.- Sim, isso era ótimo. <i>Para além de dar o folheto informativo a Enf.^a explicou-o pormenorizadamente.</i> Enf.^a1 - E com a medicação como faz? Acomp. Sr.^a M.- Esmago os comprimidos e junto água e também por vezes junto com a alimentação. Enf.^a1 - Faz bem dar com água e bem diluídos na mesma, já com a alimentação é melhor não dar pois pode alterar a composição dos comprimidos. Acomp. Sr.^a M.- Ai é Sr.^a Enf.^a?, Vou ter isso em atenção. Enf.^a 1- E relativamente aos cuidados ao orifício da sonda, que fazem lá no lar? Acomp. Sr.^a M.- Lavamos com água e sabão e quando fica mais vermelho pomos uma compressa a proteger. Enf.^a 1- Muito bem, é importante vigiar o orifício da sonda assim como o nível do travão que é esta peça que aqui vê. Acomp. Sr.^a M.- Pois isso é que não reparava, mas agora vou ter mais atenção ao nível do travão, não assim que se chama? Enf.^a 1- É sim. Acomp. Sr.^a M.- Sabe Sr.^a Enf.^a, algumas das coisas que me está a dizer estou a ouvir pela primeira vez, mas realmente	ações promove a capacitação da cuidadora para a realização das mesmas de forma autónoma (ex.: a verificação de conteúdo alimentar antes de cada refeição, assim como a alteração dos horários das refeições para uma melhor distribuição nutricional ao longo do dia). O empenho de ambos os intervenientes, visível na negociação para a mudança de atitude face à alteração de horários em benefício do cliente idoso e o comprometimento de verificar a existência de conteúdo alimentar, traduz-se de acordo com o Modelo de Parceria na fase do comprometer-se. A capacitação da cuidadora no sentido de perceber e enquadrar as mudanças sentidas no contexto da doença crónica do cliente idoso, é vital, para que o mesmo as identifique futuramente e possa agir em conformidade com as alterações identificadas e em caso disso pedir ajuda, assegurando o cuidado do Outro. Gostaria de terminar salientando que na situação descrita a Enf.^a conseguiu
--	--

são importantes para que consigamos tratar melhor da Sr.^a M., e também agora com o livrinho que me deu já dá para esclarecer e relembrar todos estes aspetos que tivemos a falar, assim como mostrar às minhas colegas, porque elas também não sabiam. Enf.^{a1} – Ainda bem que a estou a ajudar. Já agora quando está obstruída sabe o que fazer? Acomp. Sr.^a M.- Faço mais pressão não é? Enf.^{a1} – Não nem deve fazê-lo. O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói. Se continuar obstruído terá que se deslocar até cá para ver se conseguimos resolver a obstrução ou então em último caso trocamos a sonda Acomp. Sr.^a M.- Ah que engraçado, nunca me passaria pela cabeça colocar coca cola, realmente uma coisa tão simples, e o que é “mugir” a sonda? Enf.^{a1} – Tem razão deveria ter explicado, venha que eu mostro-lhe. Enf.^{a1} – Oh Sr.^a M. desculpe lá estar a destapá-la mais uma vez, mas é importante para a sua acompanhante perceber como se faz <i>A Enf.^a demonstra como se executa a técnica sob o olhar atento da acompanhante da Sr.^a M.</i> Enf.^{a1} – Já agora aproveito para lhe mostrar também como deve fazer a rotação da sonda pelo menos uma vez dia. Acomp. Sr.^a M.- E para que serve isso? È para não ficar agarrada? Enf.^a 1– Sim é para evitar aderências, ou seja, que fique presa. Está a perceber? Acomp. Sr.^a M.- Sim. Oh Sr.^a Enf.^a. Já agora vou-lhe fazer uma pergunta, posso? Enf.^{a1}– Claro, diga. Acomp. Sr.^a M.- No caso de a sonda sair, o que é que eu faço? Enf.^{a1} – Aí tem de chamar o enfermeiro, no caso de ele lá não estar, tem de chamar imediatamente os bombeiros e levar a	estabelecer laços com a cuidadora de forma a promover o modelo de parceria com a mesma, enquadrado no contexto da administração de alimentação entérica ao cliente idoso, bem como promover a sua capacitação no processo de gestão da mesma
---	---

Sr.^a M. para o hospital. Acomp. Sr.^a M.- Sim, assim farei. Enf.^{a1} – Têm mais alguma dúvida que eu possa esclarecer? Acomp. Sr.^a M.- Não, Sr.^a Enf.^a, explicou tudo tão bem e também agora já levo o livrinho para depois lembrar. Enf.^{a1} - Muito bem, se precisar de alguma coisa tem os nossos números no folheto, estamos cá todos dias de semana das 8h às 16h30m. Acomp. Sr.^a M.- Obrigado Sr.^a Enf.^a Enf.^{a1} – Vamos aguardar que a Dr.^a venha para procedermos à substituição da sonda. Até já. <i>Entretanto foi substituída a sonda PEG.</i> Enf.^a 1- Visto já ter passado algum tempo e a Sr.^a M. ainda não se ter alimentado, vou arranjar um fortimel para que lhe possamos dar. Acomp. Sr.^a M.- Sim, Sr.^a Enf.^a se calhar é melhor pois os bombeiros ainda podem demorar. Enf.^{a1}- Então quer ser a senhora a administrar para poder treinar o que aqui dissemos? Acomp. Sr.^a M.- Sim até lhe agradecia. <i>A acompanhante da Sr.^a administra a alimentação pela sonda sob supervisão da Enf.^a.</i> Enf.^{a1}- Fez tudo muito bem, os meus parabéns. Acomp. Sr.^a M.- Mais uma vez obrigado pela sua atenção.	
---	--

ANALISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1 – Enf.^a 1

Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	ADQUIRE CONHECIMENTO ACERCA DO CLIENTE IDOSO	“Ela comunica verbalmente?” (NOP1) <i>(procura conhecer as limitações junto da cuidadora)</i> “”E costuma prestar cuidados à Sr.^a M.?” (NOP1) “Então foi a Sr.^a que deu a alimentação à Sr.^a M.?” (NOP1) <i>(Procura conhecer se a acompanhante presta cuidados à Sr.^a M., e que tipo de relacionamento tem com a Sr.^a M.)</i> “E que tipo de alimentação faz a Sr.^a M. ao longo do dia?” (NOP1) “E a que horas são as refeições?” (NOP1) <i>(procura saber quais os hábitos alimentares do Sr.^a M. com a cuidadora)</i>

Quadro 2 – 2ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	“Muito bem, é importante vigiar o orifício da sonda assim como o nível do travão que é esta peça que aqui vê.” (NOP1) “Faz bem dar com água e bem diluídos na mesma, já com a alimentação é melhor não dar pois pode alterar a composição dos comprimidos.” (NOP1) <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> “Fazem muito bem em dividir a alimentação da Sr.^a M. em muitas refeições, no entanto estar desde as 22h e as 7h30 da manhã parece-me demasiado tempo sem a Sr.^a M. se alimentar, não haveria possibilidade de lhe dar uma outra refeição para que o período não fosse tão longo?” (NOP1) <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas e verificou igualmente as necessidades da Sr.^a M.)</i>
	PARTILHA INFORMAÇÃO	“Muito bem, é importante vigiar o orifício da sonda assim como o nível do travão que é esta peça que aqui vê.” (NOP1) “Sabe vou-lhe dar um folheto que nós cá temos e que explica isto tudo que tivemos aqui a falar.” (NOP1) “(…) realmente é importante administrar água após as refeições.” (NOP1) “O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói.” (NOP1) <i>(a Enf.^a partilha informação com o cuidador, demonstrando competência técnica)</i>
	DEMONSTRA ATITUDE CENTRADA NO CLIENTE IDOSO E/OU SEU CUIDADOR	“Faz bem dar com água e bem diluídos na mesma, já com a alimentação é melhor não dar pois pode alterar a composição dos comprimidos.” “O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói.” (NOP1) <i>(demonstra conhecimentos sobre a técnica de administração de medicamentos por sonda)</i> “Já agora aproveito para lhe mostrar também como deve fazer a rotação da sonda pelo menos uma vez dia.” (NOP1) <i>(demonstra de que forma o cuidador pode participar nos cuidados ao estoma, para prevenção de complicações)</i>

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	PROMOVE AÇÃO CONJUNTA COM O CLIENTE IDOSO OU SEU CUIDADOR	“Não, nem deve fazê-lo. O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói. Se continuar obstruído terá que se deslocar até cá para ver se conseguimos resolver a obstrução ou então em último caso trocamos a sonda” (NOP1) <i>(a Enf.^a informa e esclarece a cuidadora, sobre os cuidados que se devem executar, promovendo uma ação conjunta com a cuidadora)</i> “Fazem muito bem em dividir a alimentação da Sr.^a M. em muitas refeições, no entanto estar desde as 22h e as 7h30 da manha parece-me demasiado tempo sem a Sr.^a M. se alimentar, não haveria possibilidade de lhe dar uma outra refeição para que o período não fosse tão longo?” (NOP1) <i>(a Enf.^a desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder)</i> “Vamos acordar aqui, que verifica sempre antes de lhe dar alimentos, e que vai explicar isto que lhe tive a dizer às suas colegas, combinado?” (NOP1) “Então quer ser a senhora a administrar para poder treinar o que aqui dissemos?” (NOP1) <i>(a Enf.^a promove a partilha de responsabilidade e poder)</i>
	PREVINE COMPLICAÇÕES	““Não nem deve fazê-lo. O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói.” (NOP1) <i>(a Enf.^a fornece informação que permite prevenir complicações)</i>

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) - COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOVE A AUTONOMIA	“Está a ver é importante fazer esta verificação para prevenir os vómitos e algum mau estar na Sr.ª M. (...) Vamos acordar aqui, que verifica sempre antes de lhe dar alimentos, e que vai explicar isto que lhe tive a dizer às suas colegas, combinado?” (NOP1) <i>(estabelecem-se compromisso em conjunto para atingir objetivos comuns)</i> “Sabe vou-lhe dar um folheto que nós cá temos e que explica isto tudo que tivemos aqui a falar.” (NOP1) “O que pode fazer é ou “mugir” a sonda ou então injetar um pouco de coca-cola para ver se desobstrói.” (NOP1) <i>(a Enf.ª fornece informação que promove a autonomia)</i>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	PARTILHA DE PODER	“Vamos acordar aqui, que verifica sempre antes de lhe dar alimentos, e que vai explicar isto que lhe tive a dizer às suas colegas, combinado?” (NOP1) “Faz bem dar com água e bem diluídos na mesma” (NOP1) “Fez tudo muito bem, os meus parabéns.” <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> “ (...)não haveria possibilidade de lhe dar uma outra refeição para que o período não fosse tão longo? (...) Acha que também se podia adiar a refeição das 22h para as 23h?” (NOP1) <i>(A Enf.ª promove uma ação negociada com a cuidadora)</i>
	PERMITIR O CONTINUAR DO PROJETO DE VIDA	“Sabe vou-lhe dar um folheto que nós cá temos e que explica isto tudo que tivemos aqui a falar.” “Então quer ser a senhora a administrar para poder treinar o que aqui dissemos?” (NOP1) <i>(a Enf.ª garante que a cuidadora adquire capacidade para cuidar da Sr.ª M.)</i>

NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2

Data – 29 Outubro de 2012

Local – Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

Hora – 12h30m

Interação – Substituição de botão gástrico de um cliente idoso

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.^a na UTG, tendo em conta o Modelo de Parceria de GOMES

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise e reflexão da situação
A Sr.^a J. tem 75 anos, é cliente da UTG há cerca de 2 anos, altura em que colocou uma sonda PEG por disfagia relacionada com acidente vascular cerebral, entretanto por exteriorização da mesma, no Hospital de Santa Maria em Outubro de 2011, colocaram um botão gástrico, que é o dispositivo de administração de alimentação entérica que se mantém até hoje. Reside em domicílio próprio, é totalmente dependente nas suas AVD'S, sendo a esposa a sua principal cuidadora. O Sr.^a J. deslocou-se hoje na companhia da sua esposa para que lhe fosse substituído o botão gástrico. <i>A Enf.^a recebe a Sr.^a J. e a sua esposa no serviço, cumprimentando-os.</i> Enf.^a2 -Bom dia, Sr. J. e Sr.^a M., então por cá de novo junto de nós? Não houve reação por parte do Sr. J.. Esposa do Sr. J.- É verdade Sr.^a Enf.^a, cá estamos novamente. Enf.^a2 – Então, mas houve algum problema? Esposa do Sr. J.- Não, Sr.^a Enf.^a vimos trocar o botão do meu marido. Enf.^a2 – Ah, é verdade, já tinha ouvido na passagem de turno. Então como têm passado?	Na situação descrita considero que a Enf.^a demonstrou conhecer o doente assim como a cuidadora, no entanto, apesar de já conhecer a realidade dos mesmos, tentou junto da cuidadora perceber se existiu alguma alteração desde a última visita, ao nível da prestação de cuidados ao cliente idoso. Para além disso ao longo da situação partilhou informação com a cuidadora, validando e reforçando positivamente os conhecimentos adquiridos pela mesma. Segundo GOMES a parceria é um processo dinâmico, que visa a promoção de um ambiente seguro, adaptado às necessidades individuais de cada cliente idoso. No caso de o idoso ser dependente, o processo de parceria, desenvolve-se através de uma estratégia que inclui a construção de uma ação com o

Esposa do Sr. J.- Relativamente bem Sr.^a Enf.^a, o J. teve internado por duas vezes por pneumonia, mas já está recuperado. Também entretanto no Hospital de Santa Maria, trocaram a sonda por um botão, pois ele sem querer exteriorizou a sonda e lá disseram que era preferível. Enf.^a2 – Continua a ser a senhora que alimenta o seu marido, não é? Esposa do Sr. J.- Sim, sou eu Sr.^a Enf.^a. Enf.^a2 – E a Sr.^a tem-se adaptado bem a alimentar o seu marido através do botão? Esposa do Sr. J.- Agora já estou melhor, mas de início foi complicado pois quando ia adaptar a seringa no botão, como ficava muito junto à pele saía bastante comida para fora, pois não conseguia adaptar bem. Enf.^a2 – Espere um pouco que eu vou buscar uma coisa para lhe mostrar. <i>A Enf.^a desloca-se a outra sala para ir buscar o adaptador próprio do botão, que vem em conjunto com o kit do botão e que deve ser fornecido ao cliente idoso e/ou seu cuidador.</i> Enf.^a2 – Não lhe deram um tubo como este quando colocaram o botão? Esposa do Sr. J.- Não Sr.^a Enf.^a, não me deram nada. Mas sabe Sr.^a Enf.^a eu sou desenrascada, pus-me a pensar e arranjei uma forma de melhorar, assim adaptei um tubo que tinha lá em casa e agora adapto o tubo ao botão e depois à seringa e é muito mais fácil. Afinal a minha invenção não estava tão mal assim, não é? Enf.^a2 – Não, realmente foi bem pensado. Vou mostrar-lhe como se adapta este prolongamento, para quando o levar já saiba como se faz. Esposa do Sr. J.- Agradeço Sr..^a Enf.^a. <i>A Enf.^a chegou junto do Sr. J.</i> Enf.^a2 – Sr. J. olá outra vez. Desculpe, mas vou destapá-	cuidador, de forma a prepará-lo para cuidar do cliente idoso como se fosse o próprio, caso este tivesse capacidade para o fazer Para isso, deve existir um compromisso de ambas as partes no sentido de se atingirem objetivos que permitam ao cliente idoso, assumir controlo sobre o seu projeto de vida, ou de o cuidador adquirir a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, tendo em conta, as decisões partilhadas com o mesmo. Na situação observada a Enf.^a procurou adquirir conhecimento acerca do Sr. J. e dos cuidados prestados pela sua cuidadora, o que nos situa na primeira fase do modelo de parceria - Revelar-se. A postura de proximidade da Enf.^a, a sua disponibilidade, a possibilidade de se manter como recurso e o reforço positivo à cuidadora, demonstra capacidade de envolver-se com a cuidadora, tentando perceber o potencial existente na mesma, para a gestão do processo de doença Sr.. J., conferindo-lhe segurança. Na terceira fase do Modelo de Parceria de GOMES – Capacitar e possibilitar – passa pela ação de asseverar o cuidado que o Outro deveria ter consigo se tivesse capacidade para decidir. Nesta
---	---

lo por um bocadinho para mostrar á sua esposa como funciona uma adaptação. <i>Não houve reação por parte do Sr. J.</i> <i>A Enf.^a demonstrou como se adaptava o prolongamento.</i> Enf.^a2- Quer experimentar a fazer a adaptação do prolongamento, para o caso de ter alguma dúvida eu poder esclarecer? Esposa do Sr. J.- Claro que sim, Sr.^a Enf.^a. Realmente vocês aqui no Pulido, são bastante diferentes dos vossos colegas de Santa Maria, ainda bem que somos aqui seguidos. <i>A esposa do Sr. J. experimentou a adaptação</i> Enf.^a2- Muito bem, fez tudo na perfeição. Queria perguntar que tipo de alimentação faz ao Sr. J.? Esposa do Sr. J.- Olhe Sr.^a Enf.^a, compro aquelas garrafinhas da nutrição, que a nutricionista aconselhou e é o que fazemos. Enf.^a2- Muito bem e que quantidade faz? Esposa do Sr. J.- Duas a três depende, quando lhe dou fruta dou-lhe menos nutrição, foi assim que a nutricionista disse. Enf.^a2- E o Sr. J. tem tolerado, isto é, não tem tido diarreia, ou o estomago cheio? Esposa do Sr. J.- Não Sr.^a Enf.^a, até tem corrido bem, ele está gordinho, não vê? Enf.^a2- Sim realmente o Sr. J. está aqui bem constituído (sorriso). Já agora relembre-me lá como o alimenta? Esposa do Sr. J.- Então pego na seringa vazia, adapto à minha invenção (Sorrisos) e verifico se ainda tem alimentos no estomago, se não tiver dou duas seringas e meia de nutrição, por exemplo, e depois uma seringa de água para lavar e para hidratar, pois num dos internamentos um enfermeiro alertou-me para a importância de dar água, pois previne uma série de complicações, nunca mais me esqueci.	fase é importante a mobilização dos conhecimentos da cuidadora acerca do Sr.. J., pois é a pessoa que melhor conhece o seu projeto de vida. A Enf.^a promoveu uma ação conjunta com a cuidadora, ao demonstrar e permitir que a cuidadora experimentasse um novo dispositivo para administrar a alimentação entérica, assim como acerca do planeamento dos cuidados a serem prestados ao estoma. O planeamento conjunto de ações promove a capacitação da cuidadora, para a realização das mesmas de forma autónoma O empenho de ambos os intervenientes, visível na negociação acerca do planeamento dos cuidados a ter com o estoma, assim como o comprometimento de se executar a lavagem da sonda após cada refeição, promove a autonomia da cuidadora retirando daí benefícios para o Sr.. J. o que no Modelo de Parceria se traduz na fase do comprometer-se. A Enf.^a promoveu a capacitação da cuidadora no sentido de compreender e executar corretamente alguns cuidados que o Sr. J. necessita., e sobre para que aspetos deve estar atenta para a prevenção de complicações tornando-a autónoma ao nível da
---	--

Enf.^a2- Muito bem, o meu colega tem toda a razão é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua. E agora que vai levar o prolongamento pode dar um descanso à sua invenção (sorrisos). Enf.^a2- Então diga-me uma coisa, a senhora tem algum tipo de ajuda para cuidar do seu marido? Esposa do Sr. J.- Não, Sr.^a Enf.^a, sou eu que o alimento, o visto, lhe dou banho. Ele coitado não consegue fazer nada, sou eu que lhe faço tudo, e até lhe digo uma coisa, até prefiro, já tenho as minhas rotinas e ele também já está adaptado a elas. A minha filha sempre que pode dá uma ajudinha, mas já sabe como é Sr.^a Enf.^a, também tem de cuidar da sua casa e tem de trabalhar, mas coitadinha sempre que pode ajuda-me a mim e ao pai. Enf.^a2- Pois é, vivemos dias complicados, mas acha que precisa de alguma ajuda? Esposa do Sr. J.- Não, senhora Enf.^a até agora tenho conseguido, mas quando precisar, eu também logo procuro. Enf.^a2- É uma mulher de força (deu um abraço), mas sabe que se precisar pode sempre ligar para cá, nós ajudaremos no que pudermos. Sabe o nosso número, não sabe? Esposa do Sr. J.- Sim, Sr.^a Enf.^a tenho o número lá em casa. Obrigada pela vossa simpatia e disponibilidade. Enf.^a2- De nada, é para isso que cá estamos. Agora vamos só esperar pelo Dr. para trocar o botão, é capaz ainda de demorar um bocadinho, pois os exames estão um pouco atrasados. Esposa do Sr. J.- Não faz mal, Sr.^a Enf.^a, o seu colega quando me ligou alertou-me para isso, e eu tive a oportunidade de organizar a minha vida, hoje tenho tempo, posso esperar. Se calhar vou só comer qualquer coisa ao bar. Ele pode ficar aqui um bocadinho? Enf.^a2- Claro que sim, vá à vontade que ele fica aqui na	administração da alimentação entérica. Para além disso, a possibilidade da Enf.^a se manter como recurso ao qual a cuidadora poderá recorrer caso necessite, conduz-nos à última fase do Modelo de Parceria assegurando o cuidado do Outro. Como conclusão, penso que neste caso a Enf.^a em conjunto com a cuidadora conseguiram estabelecer uma parceria. Ambas retiraram contributos, partilhando poder de decisão, com um objetivo comum, o bem-estar do Sr.. J.. Promoveu-se igualmente a autonomia da cuidadora para que ajude e cuide do Sr.. J., prosseguindo o seu projeto de vida e saúde.
---	--

nossa companhia. Entretanto chegou o Dr. que substituiu o botão. Enf.^a2 – Sr.^a M., importa-se de chegar aqui? <i>A esposa do Sr. J. chega-se junto do marido e da Enf.^a</i> Enf.^a2 – O Dr. já trocou o botão, foi um procedimento um pouco traumático, ficou vermelho no orifício tendo sangrado, nós fizemos um penso para proteger. Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido. Podíamos combinar que colocava a pomada duas vezes por dia, pode ser? Esposa do Sr. J.- Pode sim, Sr.^a Enf.^a. Eu até costumo colocar essa pomada E se achar melhor até posso colocar mais vezes. Enf.^a2 – Penso que duas vezes ao dia chegue, quando lhe dava jeito colocar? Esposa do Sr. J.- Após o banho e ao deitar, pode ser? Enf.^a2 – Claro que pode, está perfeito. Fica assim combinado, se por acaso verificar que piora, ligue para cá que nós auxiliamos no que pudermos. Esposa do Sr. J.- Assim farei, Sr.^a Enf.^a. Enf.^a2 – Posso ajudar em mais alguma coisa? Alguma dúvida que tenha? Esposa do Sr. J.- Não, Sr.^a Enf.^a para já não precisamos de mais nada. Enf.^a2 –Então se quiser, já pode chamar a ambulância para os vir buscar. Aproveito para me despedir. As melhores, Sr. J. Sr.^a M., espero que corra tudo bem. Esposa do Sr. J.- Obrigada por tudo, Sr.^a Enf.^a, até à próxima, vou chamar a ambulância. Enf.^a2 – Adeus Sr. J., Adeus Sr.^a M. Esposa do Sr. J.- Adeus Sr.^a Enf.^a.	
---	--

ANALISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2 – Enf.^a 2

Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	ADQUIRE CONHECIMENTO ACERCA DO CLIENTE IDOSO	“Continua a ser a senhora que alimenta o seu marido, não é?” (NOP2) <i>(a Enf.^a procura saber se a situação de cuidados se alterou desde a última visita)</i> “E a Sr.^a tem-se adaptado bem a alimentar o seu marido através do botão?” (NOP2) “Já agora relembre-me lá como o alimenta?” (NOP2) <i>(conhecimento da adaptação que teve de ser feita acerca do dispositivo de administração entérica e valida a forma como a esposa alimenta o Sr. J.)</i> “Queria perguntar que tipo de alimentação faz ao Sr. J.?” “ E que quantidade faz?” (NOP2) <i>(a Enf.^a procura saber qual plano alimentar o Sr.. J. tem)</i> “(…) a senhora tem algum tipo de ajuda para cuidar do seu marido?” (NOP2) <i>(a Enf.^a procura saber qual a sua rede de apoio)</i>

Quadro 2 – 2ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	“Muito bem, o meu colega tem toda a razão é importante lavar a sonda com água após cada refeição, para que a sonda não obstrua.” “Muito bem, fez tudo na perfeição.” (NOP2) <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> “Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido.” (NOP2) <i>(a Enf.ª previne complicações fornecendo informação de como evitá-las)</i>
	PARTILHA INFORMAÇÃO	“Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido.” (NOP2) “Vou-lhe mostrar como se adapta este prolongamento para que agora quando o levar já saiba como se faz.” (NOP2) “(…) é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua.” (NOP2) <i>(a Enf.ª fornece informação à cuidadora, estabelecendo um ambiente seguro)</i>
	DEMONSTRA ATITUDE CENTRADA NO CLIENTE IDOSO E/OU SEU CUIDADOR	“Vou-lhe mostrar como se adapta este prolongamento para que agora quando o levar já saiba como se faz.” (NOP2) “Quer experimentar a fazer a adaptação do prolongamento, para o caso de ter alguma dúvida eu possa esclarecer?” (NOP2) <i>(a Enf.ª promove a autonomia da cuidadora fornecendo informação e estimulando a cuidadora a praticar a técnica demonstrando atitude centrada no cliente idoso e cuidador)</i> “(…) é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua” (NOP2) <i>(demonstra conhecimentos sobre a especificidade da administração de alimentação entérica, assim como demonstra de que forma a cuidadora pode participar no processo de administração de AE)</i>

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	PROMOVE AÇÃO CONJUNTA COM O CLIENTE IDOSO OU SEU CUIDADOR	“Quer experimentar a fazer a adaptação do prolongamento, para o caso de ter alguma dúvida eu possa esclarecer?” (NOP2) <i>(a Enf.^a estimula a participação da cuidadora nos cuidados ao Sr. J.)</i> “Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido. Podíamos combinar que colocava a pomada duas vezes por dia, pode ser?” (NOP2) <i>(a Enf.^a informa e esclarece, a cuidadora acerca dos cuidados que se devem executar, promovendo uma ação conjunta com a cuidadora)</i> “Penso que duas vezes ao dia chegue, quando lhe dava jeito colocar?” (NOP2)
	PREVINE COMPLICAÇÕES	“ (...)é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua” (NOP2) “Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido.” (NOP2) <i>(a Enf.^a fornece informação que permite prevenir complicações)</i>

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) - COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOVE A AUTONOMIA	“Agora era importante, que em casa fosse vigiando o orifício e que colocasse um pouco de pomada, como por exemplo <i>halibut</i>, para que cicatrize mais rápido. Podíamos combinar que colocava a pomada duas vezes por dia, pode ser?” (NOP2) <i>(estabelecem-se compromisso em conjunto para atingir objetivos comuns)</i> “Quer experimentar a fazer a adaptação do prolongamento, para o caso de ter alguma dúvida eu possa esclarecer?” (NOP2) <i>(a Enf.^a promove a autonomia mostrando-se como um recurso ao qual a cuidadora pode recorrer)</i>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	PARTILHA DE PODER	“Muito bem, o meu colega tem toda a razão é importante lavar a sonda com água após cada refeição para que a sonda não obstrua.” (NOP2) <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> “Podíamos combinar que colocava a pomada duas vezes por dia, pode ser?” (NOP2) “Penso que duas vezes ao dia chegue, quando lhe dava jeito colocar?” (NOP2) <i>(a Enf.^a negocia com a cuidadora, acerca de um cuidado a prestar ao cliente idoso, partilhando com a mesma o poder de decisão)</i>
	PERMITIR CONTINUAR O PROJETO DE VIDA	“Ficamos então assim combinadas, se por acaso verificar que piora ligue para cá que nós auxiliamos no que pudermos.” (NOP2) “É uma mulher de força (deu um abraço), mas sabe que se precisar pode sempre ligar para cá, nós ajudaremos no que pudermos. Sabe o nosso número não sabe?” (NOP2) <i>(a Enf.^a mantém-se como um recurso para a cuidadora e Sr. J.)</i>

NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 3

Data – 29 Outubro de 2012

Local – Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

Hora – 09h30m

Interação – Colocação de uma sonda PEG inicial no cliente idoso

Objetivo – Observar a prestação de cuidados de uma Enf.^a na UTG, tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise e reflexão da situação
A Sr.^a MJ tem 79 anos, é uma cliente reformada há 13 anos vem na companhia da filha, sua cuidadora, para colocar uma sonda PEG inicial. Iniciou quadro de recusa alimentar associada a um acidente vascular cerebral e a um estado demencial. É totalmente dependente em todas as atividades de vida diária. Reside em domicílio próprio, juntamente com a filha, genro e 3 netas. Em Junho de 2012, foi-lhe colocada sonda nasogástrica para alimentação. A filha e netas confeccionam e administram a alimentação. Tem apoio de enfermagem uma vez por semana no domicílio. <i>A Enf.^a recebe a Sr.^a MJ e a sua filha no serviço, cumprimentando-as.</i> Enf.^a3 -Bom dia, em que posso ajudá-las? Filha da Sr.^a MJ- Bom dia Sr.^a Enf.^a, eu sou funcionária cá do hospital e venho acompanhar a minha mãe que vai colocar hoje uma sonda PEG. Enf.^a3 – Ah, então é a Sr.^a MJ, certo? Filha da Sr.^a MJ- Sim, é. Enf.^a3 – É a cuidadora da sua mãe? Filha da Sr.^a MJ- Sim, sou eu quem cuida dela. Enf.^a3 – Muito bem, a sua mãe encontra-se dependente desde quando?	Tendo por base o modelo de Parceria de Gomes (2009) e após ter efetuado a observação da interação entre a Enf.^a e a cuidadora, considero que neste caso a Enf.^a não conhecia previamente o cliente idoso, no entanto procurou junto da cuidadora, conhecer o seu contexto de vida e saúde assim como o seu potencial de desenvolvimento. A Enf.^a apresentou uma postura de abertura e disponibilidade, tendo existido uma partilha de poder com a cuidadora na tomada de decisão englobando-a em todo o processo. Segundo Gomes, no processo de parceria, quando o cliente idoso é dependente, a estratégia inclui a construção de uma ação com o cuidador de forma, a prepará-lo para cuidar do cliente idoso como se fosse o próprio, caso tivesse capacidade para o fazer. Na situação descrita considero que a

Filha da Sr.^a MJ- Desde junho deste ano, quando teve a ultima trombose, mas já vinha a ficar dependente, sabe ela tem também um quadro demencial. <i>A Enf.^a dirige-se à Sr.^a MJ e cumprimenta-a.</i> Enf.^a 3- Bom dia Sr.^a MJ? Como tem passado? A Sr.^a MJ dirigiu o olhar mas não comunicou Filha da Sr.^a MJ- Ela desde a última trombose que não fala, e ficou totalmente dependente. Enf.^a 3- Então diga-me, a sua mãe vem em jejum? Filha da Sr.^a MJ- Vem sim, Sr.^a Enf.^a, quem lhe deu a ultima refeição ontem à noite fui eu, por volta das 23 horas, dei-lhe uma seringa de leite. Enf.^a 3 – Muito bem, e trouxe os exames que lhe pedimos, as análises e o eletrocardiograma? Filha da Sr.^a MJ- Sim, tenho tudo aqui comigo Sr.^a Enf.^a, quer ver? Enf.^a 3 – Sim, se mos pudesse entregar para eu juntar ao processo agradecia. Posso fazer-lhe agora umas perguntas? Filha da Sr.^a MJ- Pode com certeza Sr.^a Enf.^a. Enf.^a 3 – Que doenças têm a sua mãe? Filha da Sr.^a MJ- Tem hipertensão, má circulação teve duas trombozes sendo que a ultima foi em junho deste ano, como já lhe disse tem um quadro demencial e também já foi operada ao útero. Enf.^a 3 – E alergias tem? Filha da Sr.^a MJ- Que eu tenha conhecimento, não. Enf.^a 3 – Que medicamentos toma habitualmente a Sr.^a MJ? Sabe para que servem? <i>A filha da Sr.^a MJ referiu corretamente os medicamentos e a sua indicação.</i> Filha da Sr.^a MJ- Está a tomar o Carvedilol (2 comp. dia), o Daflon (2 comp. dia) e a Aspirina 100 ao almoço. Mas a Aspirina já parei á uma semana pois o médico disse para parar uma semana antes de vir colocar a sonda PEG.	Enf.^a procurou conhecer o cliente idoso assim como procurou perceber junto do cuidador quais as suas dificuldades, validando e reforçando positivamente os seus conhecimentos, definindo estratégias e objetivos em conjunto, para que a Sr.^a MJ e a sua cuidadora, continuem com o seu projeto de vida e saúde. A Enf.^a demonstrou conhecimento do processo de doença da Sr.^a MJ, alertando a cuidadora para a prevenção de complicações. Ao adotar uma postura de abertura e disponibilidade, procurando saber quais as dificuldades que experienciam, conhecimentos que possuem e partilhando informação com uma atitude centrada na Sr.^a MJ e cuidadora demonstra capacidade de envolver-se. A terceira fase do Modelo de Parceria de Gomes – Capacitar e possibilitar – neste caso passa pela ação de asseverar o cuidado que o Outro deveria ter consigo se tivesse capacidade para decidir, possibilitando-lhe que prossiga o seu percurso de vida. Nesta fase é importante a mobilização dos conhecimentos da cuidadora acerca da Sr.^a MJ, pois é a pessoa que melhor a conhece. Assim a promoção da reflexão da cuidadora sobre os seus comportamentos poderão contribuir para a mudança de postura.
---	---

Enf.^a3 – Fez bem em parar, porque senão não se poderia colocar hoje a sonda devido ao risco de hemorragia. Enf.^a3 – A Sr.^a MJ vive consigo? Filha da Sr.^a MJ- Vive sim. Enf.^a3 – Vive com mais alguém? Filha da Sr.^a MJ- Com o meu marido e filhas. Enf.^a3 – Têm o apoio de alguma instituição? Filha da Sr.^a MJ- Tenho o apoio do Centro de Saúde de Belas. Recebo a visita da Enf.^a LA de 15 em 15 dias para ver se está tudo bem, com a minha mãe, e com a minha filha adotiva, que também tem um botão gástrico devido a uma doença neurológica. Enf.^a3 – Acha que precisa de mais apoio? Filha da Sr.^a MJ- Para já não, no futuro não sei, entre mim e o meu marido e as minhas duas filhas temos conseguido ir tratando delas. Enf.^a3 – E conseguem entre todos? Filha da Sr.^a MJ- Sim fazemos da seguinte maneira, uma das minhas filhas fica a cuidar da avó e da irmã até as 12h, altura em que vai trabalhar, aí chega a minha filha do meio que lhes dá a comida e as lava, essa minha filha fica até às 16h, altura em que eu chego e presto os cuidados de higiene necessários. Também preparo a comida e administro-a. Enf.^a3 – Realmente deve ser uma correria. Filha da Sr.^a MJ- É senhora Enf.^a, mas temos conseguido e estamos muito felizes por isso, hoje são elas, amanhã posso ser eu, ou uma das minhas outras filhas. Enf.^a3 – Já percebi que tem experiência em administrar alimentos por sonda. Há quanto tempo a Sr.^a MJ tem sonda nasogástrica? Filha da Sr.^a MJ- Olhe Sr.^a Enf.^a, já tem a sonda desde junho deste ano, altura em que teve a trombose, ficou acamada e deixou de se alimentar pela boca. Enf.^a3 – É só a senhora quem alimenta a Sr.^a MJ e a sua filha?	Também a negociação de metas e o planeamento conjunto de ações para as atingir, promove a capacitação e responsabilização da cuidadora para a realização das mesmas de forma autónoma (ex.: a verificação de conteúdo alimentar antes de cada refeição, a importância da hidratação da Sr.^a MJ, assim como o seu posicionamento aquando das refeições) O compromisso de ambos os intervenientes, visível na negociação para a mudança de atitude face ao posicionamento correto da Sr.^a MJ aquando das refeições, traduz-se de acordo com o Modelo de Parceria na fase do comprometer-se. A capacitação da cuidadora no sentido de perceber e enquadrar as modificações vividas no contexto da doença da Sr.^a MJ, é essencial, para que a mesma as identifique futuramente e possa agir em conformidade. No entanto, a Enf.^a mostrou-se disponível oferecendo os contactos, confirmando-se como um recurso para a Sr.^a MJ e cuidadora, permitindo assim assegurar o cuidado do Outro.
---	--

Filha da Sr.^a MJ- Sou eu, o meu marido, e a minhas filhas, Sr.^a Enf.^a. Enf.^a3 – E têm tido alguma dificuldade acerca da administração de alimentos, ou têm alguma dúvida que eu possa esclarecer? Filha da Sr.^a MJ- Que me lembre, não tenho dúvida nenhuma, pois quando a minha mãe teve de colocar a sonda, já nós alimentava-mos a nossa filha adotiva há cerca de 2 anos pelo botão. Só a sonda é que é diferente porque o tipo de alimentos, a quantidade e a forma de dar os alimentos é a mesma. Enf.^a3- É a senhora que prepara a alimentação? Filha da Sr.^a MJ- Sim, Sr.^a Enf.^a, sou eu. Mas por vezes também são as minhas filhas. Enf.^a3- Quantas refeições faz por dia a Sr.^a MJ? Filha da Sr.^a MJ- Deixe-me pensar... por volta de seis refeições. Enf.^a3- E que tipo e quantidade de alimentos faz? Esposa do Sr.^a MJ.- É a base de sopas onde coloco peixe ou carne, batidos de fruta, papas muito ralinhas, iogurtes, etc. Nas refeições maiores damos cerca de duas a três seringas sopa e depois passamos água para não entupir. Nos intervalos das refeições maiores, damos à volta de uma seringa, uma seringa e meia de batidos de fruta ou iogurte liquido. Enf.^a3- Muito bem, parece-me que faz uma alimentação variada. E em termos de água quanto fazem por dia? Filha da Sr.^a MJ- Cerca de 1 litro a 1 litro e meio fora a água que damos após administrar os alimentos. Enf.^a3- Muito bem, é muito importante a hidratação nas pessoas mais idosas, pois pode prevenir muitas complicações tais como a obstipação e também algumas infeções respiratórias. Filha da Sr.^a MJ- Sim, temos muito cuidado com esse aspeto, Sr.^a Enf.^a. Enf.^a3- E fazem muito bem em ter esse cuidado. E em	
--	--

relação à verificação do conteúdo gástrico, como fazem? Filha da Sr.^a MJ- Logo no início da refeição antes de dar os alimentos, com a seringa vazia adapto a sonda e puxo para ver se vem conteúdo, se não vier nada dou a alimentação senão espero um pouco e depois torno a verificar. Enf.^a3- Muito bem. É importante que verifique sempre o conteúdo gástrico antes das refeições, pois a sua mãe pode não estar a tolerar a dieta. Enf.^a3- Em que posição lhe dá a alimentação? Filha da Sr.^a MJ- Sabe, Sr.^a Enf.^a, como a minha mãe não se levanta, coloco uma almofada alta. Enf.^a3- Isso pode não ser suficiente. Considera que é possível colocar mais almofadas para que fique pelo menos a 30º, ou seja semi-sentada durante e após a refeição? Filha da Sr.^a MJ- Claro que sim, quando a minha mãe for para casa irei colocar mais almofadas, realmente tenho medo que se engasgue, assim é mais seguro. Enf.^a3- Em relação à sonda PEG sabem como funciona? Filha da Sr.^a MJ- Sabe Sr.^a Enf.^a a minha filha primeiro teve a PEG e só depois colocaram o botão gástrico, infelizmente já sei como é. Enf.^a3- Sim claro, no entanto vou dar-lhe um guião informativo, que explica quais os cuidados que devemos ter com a PEG, relembra os passos da administração da alimentação por sonda, e também alerta para as principais complicações que podem surgir. Para além disso, se verificar, na última folha tem o nosso número de telefone o qual pode sempre contactar de segunda a sexta até às 16h00, para o caso de lhe surgir alguma dúvida. Filha da Sr.^a MJ- Agradeço-lhe Sr.^a Enf.^a, é sempre bom lembrar e ter onde poder ir ver, caso tenha alguma dúvida. Enf.^a3- Quer colocar alguma questão?	
--	--

Filha da Sr.^a MJ- Não Sr.^a Enf.^a, de momento não. Enf.3- Então se não se importar aguarde na sala de espera, pois a Sr.^a MJ vai colocar a PEG. Filha da Sr.^a MJ.- Com certeza, quanto tempo acha que vai demorar? Depois fica cá para amanhã não é? Enf.3- Olhe se tudo correr bem demora cerca de 30 a 45 minutos, depois vem para aqui (recobro) cerca de uma a duas horas e de seguida é transferida para o serviço. Aproveito e gosto sempre de alertar para este facto, por vezes não é possível colocar a sonda PEG, pela razão de o estomago não estar em posição que permita colocar a sonda, não é muito habitual mas por vezes sucede. Filha da Sr.^a MJ- Sim o Dr. já me tinha alertado para esse facto. Entretanto a Sr.^a MJ foi na companhia da Enf.^a para a sala para colocar a sonda PEG, o que não foi possível por não apresentar luminescência. Pondera-se colocação em bloco operatório. A Enf.^a vai até à sala de espera e chama a filha da Sr.^a MJ. Enf.^a3 – Sr.^a A. importa-se de chegar aqui? Filha da Sr.^a MJ- Então Sr.^a Enf.^a já está? Enf.^a3 – Não Sr.^a A, infelizmente não conseguiram colocar a sonda, pela razão que à pouco lhe referi. Filha da Sr.^a MJ- Então e agora? Enf.^a3 – Agora, foi colocada outra sonda nasogástrica e estão a ponderar colocar a sonda PEG ao nível do Bloco operatório, mas se calhar é melhor vir falar com o Dr. para combinarem como fazer isso. Venha comigo. A Enf.^a encaminhou a filha da Sr.^a MJ até ao médico, onde a mesma ficou a falar com o Dr. Filha da Sr.^a MJ- Pronto, Sr.^a Enf.^a já falei com o Dr. está tudo tratado, agora irei ficar á espera que me liguem a dizer o dia em que vem colocar a sonda PEG. Enf.^a3 – Ainda bem que ficou tudo resolvido hoje. Leva o guião e vai lendo-o, se tiver alguma dúvida, quando cá	
--	--

voltar nós esclarecemos. Filha da Sr.^a MJ- Sim Sr.^a Enf.^a, obrigado pela sua disponibilidade. Enf.^a3 – De nada, estamos cá para ajudar. Filha da Sr.^a MJ- Quando acha que posso chamar o transporte? Enf.^a3 – Bem, já passou uma hora, desde que foi sedada, em termos de tensão e pulso está estável, pode chamar já, porque por vezes eles demoram. Enf.^a3 – Aproveito para dizer que embora não tenha sido colocada a sonda PEG, como esteve sob sedação é conveniente para já não alimentar a sua mãe, esperar cerca de uma a duas horas e depois alimentá-la. Podemos combinar assim? Filha da Sr.^a MJ- Concerta Sr.^a Enf.^a, então são 11h30, lá para as duas da tarde já posso dar não é? Enf.^a3– Sim, a essa hora já pode alimentar a sua mãe. Filha da Sr.^a MJ- Vou então chamar o transporte, até já, Sr.^a Enf.^a.	
---	--

ANÁLISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 3 – ENF.^a 3

Quadro 1 – 1^a Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	ADQUIRE CONHECIMENTO ACERCA DO CLIENTE IDOSO	“(…) É a cuidadora da sua mãe?” (NOP3) “A Sr.^a MJ vive consigo?” (NOP3) <i>(a Enf.^a tenta perceber o contexto de cuidados do cliente idoso)</i> “Muito bem, a sua mãe encontra-se dependente desde quando?” (NOP3) “Bom dia Sr.^a MJ? Como tem passado?” (NOP3) <i>(a Enf.^a tenta perceber qual o potencial de desenvolvimento do cliente idoso)</i> “Que doenças têm a sua mãe?” (NOP3) “E alergias têm?” (NOP3) “Que medicamentos toma habitualmente a Sr.^a MJ?” (NOP3) <i>(a Enf.^a procura conhecer o contexto de saúde do cliente idoso)</i> “Têm o apoio de alguma instituição?” (NOP3) <i>(a Enf.^a tenta entender qual a rede de apoio da Sr.^a MJ)</i>

Quadro 2 – 2ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	“Fez bem em parar, porque senão não se poderia colocar hoje a sonda devido ao risco de hemorragia.” (NOP3) “Muito bem, parece-me que faz uma alimentação variada.” (NOP3) “Já percebi que tem experiência em administrar alimentos por sonda.” (NOP3) <i>(a Enf.^a faz reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> “Bem, já passou uma hora, desde que foi sedada, em termos de tensão e pulso está estável, pode chamar já, porque por vezes eles demoram.” (NOP3) <i>(a Enf.^a demonstra estar atenta às necessidades do cuidador, conferindo segurança ao mesmo, pois fornece informação que se encontra a vigiar o cliente idoso, concedendo confiança ao cuidador)</i> “Muito bem, é muito importante a hidratação nas pessoas mais idosas, pois pode prevenir muitas complicações, tais como a obstipação e também algumas infeções respiratórias.” (NOP3) <i>(a Enf.^a previne complicações fornecendo informação de como evitá-las)</i>
	PARTILHA INFORMAÇÃO	“Muito bem, é muito importante a hidratação nas pessoas mais idosas, pode prevenir muitas complicações, tais como a obstipação e também algumas infeções respiratórias.” (NOP3) “ (...) vou dar-lhe um guião informativo, que explica quais os cuidados que devemos ter com a PEG, relembra os passos da administração da alimentação por sonda, e também alerta para as principais complicações que podem surgir.” (NOP3) <i>(a Enf.^a partilha informação com a cuidadora alertando para possíveis complicações)</i>
	DEMONSTRA ATITUDE CENTRADA NO CLIENTE IDOSO E/OU SEU CUIDADOR	“É importante que verifique sempre o conteúdo gástrico antes das refeições, pois a sua mãe pode não estar a tolerar a dieta.” (NOP3) <i>(a Enf.^a alerta para aspetos importantes a avaliar em ambulatório)</i> “Muito bem, é muito importante a hidratação nas pessoas mais idosas, pois pode prevenir muitas complicações tais como a obstipação e também algumas infeções respiratórias” (NOP3) <i>(a Enf.^a demonstra conhecimentos sobre as características únicas dos clientes idosos)</i>

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	PROMOVE AÇÃO CONJUNTA COM O CLIENTE IDOSO OU SEU CUIDADOR	“È importante que verifique sempre o conteúdo gástrico antes das refeições, pois a sua mãe pode não estar a tolerar a dieta.” (NOP3) “ Isso pode não ser suficiente. Considera que é possível colocar mais almofadas para que fique pelo menos a 30º, ou seja semi-sentada durante e após a refeição?” (NOP3) <i>(a Enf.^a informa e esclarece a cuidadora, sobre os cuidados que se devem executar, promovendo uma ação conjunta com a cuidadora)</i> “Aproveito para dizer que embora não tenha sido colocada a sonda PEG, como esteve sob sedação é conveniente para já não alimentar a sua mãe, esperar cerca de uma a duas horas e depois alimentá-la. Podemos combinar assim?” (NOP3) <i>(a Enf.^a promove a partilha de responsabilidade e poder)</i>
	PREVINE COMPLICAÇÕES	“È importante que verifique sempre o conteúdo gástrico antes das refeições pois a sua mãe pode não estar a tolerar a dieta.” (NOP3) “Muito bem, é muito importante a hidratação nas pessoas mais idosas, pois pode prevenir muitas complicações tais como a obstipação e também algumas infeções respiratórias” (NOP3) “Aproveito para dizer que embora não tenha sido colocada a sonda PEG como esteve sob sedação é conveniente para já não alimentar a sua mãe, esperar cerca de uma a duas horas e depois então alimentá-la. Podemos combinar assim?” (NOP3) <i>(a Enf.^a fornece informação que permite prevenir complicações)</i>

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOVE A AUTONOMIA	“Isso pode não ser suficiente. Considera que é possível colocar mais almofadas para que fique pelo menos a 30º, ou seja semi-sentada durante e após a refeição?” (NOP3) <i>(estabelecem-se compromisso em conjunto para atingir objetivos comuns)</i> “ (...) vou dar-lhe um guião informativo, que explica quais os cuidados que devemos ter com a PEG, relembra os passos da administração da alimentação por sonda, e também alerta para as principais complicações que podem surgir.” (NOP3) <i>(a Enf.^a fornece suporte escrito acerca dos cuidados a prestar a clientes com PEG, promovendo a autonomia da cuidadora)</i>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	PARTILHA DE PODER	“Isso pode não ser suficiente. Considera que é possível colocar mais almofadas para que fique pelo menos a 30º, ou seja semi-sentada durante e após a refeição?” (NOP3) “Aproveito para dizer que embora não tenha sido colocada a sonda PEG como esteve sob sedação é conveniente para já não alimentar a sua mãe, esperar cerca de uma a duas horas e depois então alimentá-la. Podemos combinar assim?” (NOP3) <i>(A Enf.ª promove uma ação negociada com a cuidadora para atingir objetivos comuns)</i>
	PERMITIR CONTINUAR O PROJETO DE VIDA	“Sim claro, no entanto vou dar-lhe um guião informativo, que explica quais os cuidados que devemos ter com a PEG, relembra os passos da administração da alimentação por sonda, e também alerta para as principais complicações que podem surgir. Para além disso, se verificar, na última folha tem o nosso número de telefone o qual pode sempre contactar de segunda a sexta até às 16h00, para o caso de lhe surgir alguma dúvida.” (NOP3) Ainda bem que tudo já ficou resolvido hoje pois assim escusa de cá voltar. Agora também leva o livrinho e vai lendo-o e se tiver alguma duvida quando cá voltar nós esclarecermos. (NOP3) <i>(a Enf.ª ao fornecer o folheto, proporciona informação em suporte escrito que se encontra sempre disponível para qualquer duvida que tenha, e também ao fornecer os contactos demonstra disponibilidade para com o cliente idoso e/ou seu cuidador)</i>

Apêndice VIII

NOVO INSTRUMENTO DE REGISTOS DE ENFERMAGEM
(FOLHA DE COLHEITA DE DADOS E FOLHA DE SEGUIMENTO)

Folha de colheita de dados inicial para utentes com alimentação entérica

Vinheta de identificação

Contexto de vida

Nome por que gosta de ser chamado: _____ Estado civil: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Crenças religiosas: _____

N.º telefone: _____ Telemóvel: _____

Como ocupa os seus tempos livres: _____

Hábitos de vida: Fumador Sim: _____ Não: _____ Bebidas alcoólicas Sim: _____ Não: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Tipo de habitação: _____ N.º de divisões: _____

Tipo de acesso Escadas: _____ Elevadores: _____ Térreo: _____ Habitação Própria Sim: _____ Não: _____

Centro de saúde: _____

Médico de família: _____ Enfermeiro de referência: _____

Tem apoio de enfermagem? _____

E outro tipo de apoio? _____

Rede social local: Transportes: _____ Farmácia: _____ Supermercado: _____ Centro de Saúde: _____ Hospital: _____

Encontra-se institucionalizado? Sim: _____ Não: _____ Onde? _____

Morada Instituição: _____ Contacto: _____

Vive com: _____

Quem lhe dá apoio no dia a dia?(Cuidador - Nome, Idade, Profissão, Parentesco): _____

_____ Contacto cuidador: _____

Como faz habitualmente as suas deslocações para consultas/tratamentos: _____

Tem acompanhamento? _____ Por quem? _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Alergias: _____

Avaliação da Autonomia Funcional

Tem alguma actividade física? _____

No seu dia a dia em que actividades necessita de ajuda: _____

Índice de Barthel (Score inicial): _____

Índice de Lawton e Brody (Score inicial): _____

Mini Mental State Examination (Score inicial): _____

Folha de colheita de dados inicial para utentes com alimentação entérica

Gestão terapêutica

Terapêutica Domicílio: _____

Cumpe o plano terapêutico? Sim : ____ Não. Porquê? _____

Conhece os medicamentos que toma? Sim: ____ Não: _____

Tem alguma dúvida acerca dos mesmos? Em qual? _____

Quem gere, prepara e administra a sua medicação? _____

Tem dúvidas acerca da preparação da medicação? Não ____ Sim. Em quais? _____

Colocação Sonda

Motivo de colocação da Sonda: _____

Tipo de Sonda: _____ Calibre: _____

Data de colocação inicial: _____ Nível de travão: _____

Data da substituição: _____

Observações: _____

Conhecimento da Doença

O que sabe sobre a sua doença? _____

O que gostaria de saber? _____

Que alterações trouxe à sua vida? _____

O que sabe sobre a Alimentação Entérica? _____

O que gostaria de saber? _____

Que alterações trouxe à sua vida? _____

Folha de colheita de dados inicial para utentes com alimentação entérica

Considera que a alimentação entérica esta interferir no seu projecto de vida (planos futuro)?

Gestão do regime alimentar

N.º de refeições diárias? _____

Que tipo de alimentação faz (Quantidade e composição)? _____

Alimentos preferidos: _____

Alimentos que não gosta: _____

Quem adquire os alimentos? _____

Quem confecciona as refeições? _____

Tem dificuldades na aquisição dos alimentos? Não: _____ Sim: _____

Faz as refeições em casa? Sim: _____ Não. Onde? _____

Administra/ingere as refeições sozinho? Sim : _____ Não. Quem auxilia? _____

Alterações da mucosa oral: _____ Prótese dentária: _____

Problemas de deglutição: _____ Falta de peças dentárias: _____

Outras: _____

Avaliação Nutricional

Mini Nutricional Assessment Score inicial: _____ Próxima avaliação: _____

Foi informado o utente/cuidador acerca da pontuação? Sim: _____ Não: _____

Gestão de complicações

Apresentação do estoma

Rubor Sim: _____ Não: _____ Tumefação Sim: _____ Não: _____ Exsudado Sim: _____ Não: _____

Dor Sim: _____ Não: _____ Perda de conteúdo alimentar pelo estoma Sim: _____ Não: _____

Apresentação da sonda

Apresenta sinais de deficiente utilização? Não: _____ Sim.Quais? _____

Foi fornecido o folheto informativo com contactos? Sim: _____ Não: _____

Folha de seguimento de utentes com alimentação entérica

Vinheta de identificação

Colocação da sonda

Data da colocação inicial da sonda: _____ Data da última substituição: _____

Tipo de Sonda: _____ Calibre: _____

Data de colocação inicial: _____ Nível de travão: _____

Data da próxima substituição: _____

Observações: _____

Conhecimento da Doença

O que sabe sobre a Alimentação Entérica? _____

Apresenta alguma dúvida quanto à alimentação entérica? _____

Avaliação da Autonomia Funcional

Índice de Barthel (último score): _____ em _____ Score actual: _____

Índice de Lawton e Brody (último score): _____ em _____ Score actual: _____

Mini Mental State Examination (último score): _____ em _____ Score actual: _____

Gestão do regime alimentar

N.º de refeições diárias? _____

Que tipo de alimentação faz (Quantidade e composição)? _____

Quem adquire os alimentos? _____

Quem confeciona as refeições? _____

Tem dificuldades na aquisição dos alimentos? Não _____ Sim _____

Faz as refeições em casa? Sim _____ Não. Onde? _____

Administra/ingere as refeições sozinho? Sim _____ Não: Quem auxilia? _____

Alterações da mucosa oral: _____ Prótese dentária: _____

Problemas de deglutição: _____ Falta de peças dentárias: _____

Outras: _____

Folha de seguimento de utentes com alimentação entérica

Avaliação Nutricional

Mini Nutricional Assessment último score: _____ Em: _____
 Mini Nutricional Assessment score actual: _____ Próxima avaliação: _____
 Foi informado o utente/cuidador acerca da pontuação? Sim: _____ Não: _____

Gestão terapêutica:

Terapêutica Domicílio: _____

Cumpre o plano terapeutico? Sim _____ Não. Porquê? _____
 Conhece os medicamentos que toma? Sim: _____ Não: _____
 Tem alguma dúvida acerca dos mesmos? Em qual? _____

Quem gere, prepara e administra a sua medicação? _____
 Tem duvidas acerca da preparação da medicação? Não: _____ Sim. Em quais? _____

Gestão de complicações

Apresentação do estoma

Rubor Sim: _____ Não: _____ Tumefação Sim: _____ Não: _____ Exsudado Sim: _____ Não: _____
 Dor Sim: _____ Não: _____ Perda de conteúdo alimentar pelo estoma Sim: _____ Não: _____

Apresentação da sonda

Apresenta sinais de deficiente utilização? Não: _____ Sim. Quais? _____

Área de intervenção	Diagnóstico de Enfermagem	Estratégias definidas em parceria para capacitar ou possibilitar o assumir o assegurar o cuidado de si
Conhecimento da doença		
Gestão da medicação		
Gestão regime alimentar		
Gestão complicações		
Outras		

Observações: _____

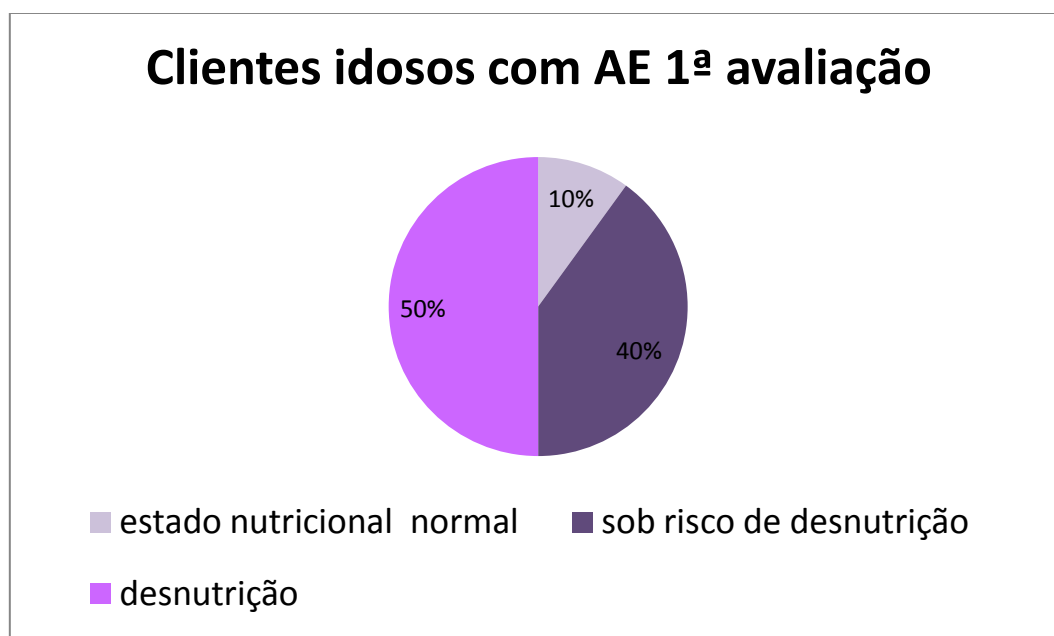
Data: _____

Contactar em: _____ Enfermeiro: _____

Apêndice IX

RESULTADOS DA 1ª AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Gráfico n.º 1- Resultados da 1ª avaliação nutricional dos clientes idosos com AE



Apêndice X

ESTUDO DE CASO

ESTUDO DE CASO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

REVELAR-SE

Na primeira fase do modelo de parceria (GOMES 2009) o enfermeiro procura conhecer o cliente e o seu potencial de desenvolvimento, bem como perceber o acontecimento da patologia e o seu significado no seu percurso de vida, retirando daí contributos para desenvolver um trabalho em parceria com o cliente e/ou cuidadores.

Identificação do cliente idoso

A Sr.^a CS é acompanhada no HPV serviço de gastroenterologia há 4 anos.

Tem 80 anos de idade, biótipo humano branco, nascida em Fratel residente em Lisboa desde os 18 anos de idade.

Frequentou a escola até ao terceiro ano, sabe ler, escrever e executar contas simples, neste momento, encontra-se reformada sendo que anteriormente trabalhou como empregada doméstica.

É Divorciada e tem 2 filhos que lhe dão apoio.

Em termos de crenças religiosas refere ser Testemunha de Jeová.

Contexto de vida do cliente idoso

Vive no Lumiar, com a filha e genro em casa da câmara arrendada.

Residem num terceiro andar com elevador. A casa possui boas condições de salubridade sendo composta por seis divisões, três das quais são quartos e as restantes uma sala, uma casa de banho e a cozinha. A Sr.^a CS refere que quinzenalmente permanece o fim-de-semana na casa do filho, sendo ele quem a acompanha a consultas, tratamentos ou outros assuntos que tenha a tratar.

No agregado familiar a filha e o genro são empregados, não tendo tido filhos.

A Sr.^a CS divide os seus dias entre a casa e o centro de dia do Lumiar. Em casa, faz pequenas tarefas, consegue fazer a sua cama, preparar o pequeno-almoço para filha e genro, lavar as suas peças de roupa íntima, assim como limpar o pó do mobiliário. Necessitando de ajuda para as mais complexas, como elaborar refeições, passar a ferro, lavar vidros ou lavar o chão, sendo estas realizadas pela sua filha, auxiliando-a a Sr.^a CS, dentro das suas capacidades. Desloca-se todos os dias de semana para o centro de dia

do Lumiar, em transporte próprio do centro, onde permanece até cerca das 17h, efetuando lá as refeições do almoço e lanche.

A Sr.^a CS gosta de frequentar o centro de dia, onde participa em inúmeras atividades, entre elas: festas temáticas, ginástica, artesanato, entre outras. Refere igualmente que no centro de dia, auxilia outras residentes que têm mais dificuldades, estabelecendo uma ligação de proximidade com as mesmas, aspeto este que a satisfaz bastante. Como *hobbies* menciona que gosta de fazer crochet, ler e ver televisão.

Nega ter apoio social ou de enfermagem, e que de momento não necessita de qualquer tipo de apoio. Está inscrita no Centro de Saúde do Lumiar, possuindo médico de família. Desconhece existir um enfermeiro de referência.

A situação socioeconómica da Sr.^a CS, não é indicadora de problemas, verbalizando que não é abastada, mas que vai dando para fazer face às suas despesas.

Impacto da doença e o seu significado na sua vida

A Sr.^a CS é seguida no HPV serviço de gastroenterologia há 4 anos, por Acalásia. Tem como Antecedentes Pessoais:

- Acalásia (com múltiplos internamentos);
- Doença de Paget;
- Rinite;
- Hipotireoidismo;
- Síndrome depressivo;
- Colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) em 2011;
- Artroplastia total da anca esquerda à 10 anos;
- Amigdalectomia aos 7 anos.

Medicada com:

- Thyrax® 0,025 mg - 1 comp. em jejum;
- Alprazolam® 0,5 mg – 1 comp. ao pequeno-almoço;
- Sertralina® 50mg – 1 comp. ao pequeno-almoço;
- Pantoprazole® 40 mg – 1 comp. ao jantar;
- Quetiapina® 25mg – 1 comp. ao jantar.

A Sr.^a verbaliza que cumpre o plano terapêutico instituído, referindo que a filha tem um stock de comprimidos em casa, nunca os deixando terminar. São os filhos que se encontram responsáveis pela administração e gestão da sua medicação.

Desde 2011, que é alimentada através de PEG, embora saiba corretamente os passos da administração de alimentação entérica, não é a Sr.^a CS que a administra, pois refere que não consegue administrar. Quem lhe administra a alimentação são os filhos ou as auxiliares do centro de dia que frequenta. Constatou-se que aquando da administração da alimentação pela sonda PEG, a Sr.^a CS encontra-se atenta fazendo reparos quando a mesma não é efetuada de forma correta.

Atualmente a sua alimentação distribui-se em 4 grandes refeições diárias:

- Pequeno-almoço- 400ml cerelac com leite e 100ml de água;
- Almoço- 400ml sopa enriquecida com peixe ou carne, 200ml de fruta passada, 200ml de água;
- Lanche- 2 iogurtes sólidos batidos com fruta e 100ml de água;
- Jantar - 400ml sopa enriquecida com peixe ou carne, 200ml de fruta passada, 200ml de água.

Os filhos referem que tolera bem a quantidade administrada não apresentando estase gástrica, enfartamento ou perda de conteúdo alimentar pelo estoma.

Além do esquema terapêutico existem várias indicações dadas pelos profissionais de saúde no sentido de manter a doença controlada evitando complicações. Entre elas encontram-se:

- Restrição de se alimentar oralmente;
- Avaliar o peso regularmente;
- Atividade física regular.

Neste contexto é possível observar que a Sr.^a SC cumpre a indicação da atividade física regular.

Relativamente à restrição de se alimentar por via oral a Sr.^a SC, por vezes alimenta-se oralmente de pequenas porções de alimentos sólidos que são do seu agrado, sendo que por vezes o faz sem vigilância. Segundo o filho já aconteceu a Sr.^a CS ir comprar alimentos sem dar conhecimento aos filhos, ingerindo-os oralmente em quantidade e consistência não recomendada.

Relativamente ao peso menciona que já algum tempo não o avalia, mas tem a perceção de estar mais magra.

A doença (acalásia) para a Sr.^a CS é responsável por algumas limitações na sua autonomia (na atividade de vida – alimentar-se), assim como na sua vida social pois apreciava o ato de se deslocar a um restaurante com os filhos e amigos e alimentar-se oralmente. Conta com o apoio dos filhos e verbalizando estar dependente da sua ajuda

diariamente. O facto de não ser autónoma na confeção e administração da alimentação entérica, também lhe traz algumas limitações.

Quando questionada sobre as expectativas que possui face ao futuro espera que com a alimentação entérica consiga suprir as suas necessidades alimentares, para que consiga efetuar e manter as suas rotinas diárias que tanto lhe dão prazer.

No que concerne às suas expectativas relativas aos seus familiares, refere que os filhos são o seu grande suporte, “sem eles não sei como seria” Diz ainda que se sente apoiada igualmente no centro de dia onde as “empregadas” são muito amigas dela.

A Sr.^a CS sabe que a sua doença é crónica e que se trata de uma doença incapacitante.

Conhecimentos e recursos do cliente idoso

A Sr.^a CS divide os seus dias entre a casa e o centro de dia do Lumiar, em transporte do mesmo onde permanece até cerca das 17h, efetuando as refeições do almoço e lanche. A sua vida social está intrinsecamente ligada ao centro de dia onde convive com os seus amigos, “Gosto muito de ir para o centro pois lá converso com as minhas amigas” no entanto, também com os seus filhos tem muitas confidências, sendo eles o seu suporte.

No que diz respeito à sua doença sabe no que consiste, referindo sobre a mesma “é o meu esófago que ficou grande e acumula os alimentos, fazendo por vezes com que eu vomitasse, não me deixa comer”, e acerca da sua cronicidade “ já fui operada mas ficou na mesma o médico disse que agora vou ficar sempre assim”. Sabe também corretamente os passos da administração da alimentação entérica, embora não consiga administrá-la ela própria. Em termos da sua terapêutica em ambulatório sabe nomear os medicamentos que lhe são administrados, assim como a sua função e horários, enumerando-os corretamente, no entanto em relação à sua administração esta é efetuada pelos seus filhos.

Cumprir o plano terapêutico instituído, sendo os filhos quem assumiu esse papel, desde que a acalásia se agravou com a consequente introdução da alimentação entérica.

Ao nível das medidas não farmacológicas importantes na gestão da doença, embora manifeste dificuldade em cumprir algumas delas nomeadamente na restrição da alimentação oral “por vezes como um bocadinho de bolo pela boca e sabe-me tão bem” no entanto, tem noção do risco de se alimentar oralmente tentando cumprir essa indicação “Sr.^a enfermeiro no dia de S. Martinho colocaram castanhas cozidas e pão com chouriço na mesa lá no centro, mas até me afastei para não os ver”.

Ao nível de atividade física, aprecia e pratica ginástica no centro de dia às segundas, quartas e sextas “no centro há dois tipos de ginástica um eu não consigo, mas na outra sempre que há eu faço”, adaptando o exercício à sua capacidade física.

ENVOLVER-SE

De acordo com Gomes (2009) esta fase, caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro do cliente, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, retirando contributos dessa relação, que serão utilizados mais tarde na intervenção terapêutica.

A falta de conhecimentos, a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si, são possíveis nesta fase.

Conhecer o cliente idoso/cuidador face à situação de doença

A Sr.^a CS tem o conhecimento de que possui uma doença crónica e que a mesma a irá acompanhar ao longo da sua vida “o médico disse que agora vou ficar sempre assim” associa as limitações que tem, a essa mesma doença “é o meu esófago que ficou grande e acumula os alimentos, fazendo por vezes com que eu vomitasse, não me deixa comer”. Na prevenção de complicações da doença, por vezes mesmo sabendo dos riscos que corre, alimenta-se oralmente de alimentos sólidos em quantidades superiores às recomendadas e de consistência inadequada, fazendo-o por vezes sozinha sem supervisão.

Embora tenha o conhecimento de como se efetua a alimentação entérica e se encontre atenta aquando a sua administração, não consegue administrar alimentos através da PEG. Quando se desloca a um restaurante sente constrangimento na forma de como é alimentada e na incapacidade de se alimentar oralmente, pelo que evita essa atividade que anteriormente tanto prazer lhe conferia.

De referir igualmente que desde a colocação da primeira PEG, a mesma já teve de ser trocada por duas vezes, uma delas por ter obstruído com alimentos sólidos e outra por se ter exteriorizado acidentalmente, não resultando dessa exteriorização qualquer consequência negativa.

Para definir as intervenções de enfermagem individuais e adequadas às necessidades da Sr.^a CS, foi importante realizar a avaliação da sua capacidade funcional e cognitiva.

No que concerne às atividades de vida diária (AVD) foi avaliada com recurso ao Índice de Barthel onde obteve um score de 19 pontos em 20 possíveis, o que revela segundo esse índice um grau de dependência moderada. Apresenta apenas limitação na atividade de se alimentar pois não consegue ser autónoma na administração da alimentação entérica, sendo independente nas restantes AVDs.

Para avaliar a capacidade funcional relativa às Atividades Instrumentais de Vida Diária foi utilizado o Índice de Lawton e Brody conseguindo um score de 19 pontos em 30 possíveis, resultando numa dependência moderada. Torna-se evidente neste índice a dependência severa da Sr.^a CS para fazer compras, preparar a alimentação, e dependência moderada para cuidar da casa, lavar roupa, utilizar transportes, tomar a medicação e uso do dinheiro, sendo independente no uso do telefone.

A avaliação do seu estado cognitivo, pareceu-me pertinente neste contexto, para perceber a dependência em relação aos filhos e de que forma se poderia incentivar a autonomia da Sr.^a CS, assim como a sua capacidade para se efetuar o ensino e trabalhar em parceria. A escala utilizada foi o Mini Mental State Examination (MMSE) resultando num score de 25 que para a população que possui entre 1 e 11 anos de escolaridade indica ausência de défice cognitivo, permitindo assim o trabalho em parceria com a Sr.^a CS.

A aplicação da escala de avaliação nutricional MNA prendeu-se com o facto de a Sr.^a CS referir que, desde que se agravou a acalásia e deixou de se alimentar oralmente, tendo iniciado a alimentação entérica, tem perdido peso. Deste modo após a aplicação do MNA obteve um score de 21,5 em 30 pontos, o que revela um estado de risco de desnutrição. Esta pontuação é o reflexo de um índice de massa corporal baixo, da polimedicação da Sr.^a C.S., da baixa quantidade de líquidos administrada diariamente e do baixo valor das suas medidas antropométricas (perímetro perna e braço).

Pareceu igualmente pertinente avaliar o risco de queda da Sr.^a CS, para isso foi utilizada a escala de Tinetti, onde após a sua aplicação se obteve uma pontuação de 25 pontos que revela um baixo risco de queda, no entanto a Sr.^a CS e o seu cuidador foram informados da pontuação obtida, e em conjunto estabeleceram-se estratégias para prevenir futuras quedas.

Como a Sr.^a CS se encontra a experienciar uma transição na sua vida (Alimentação entérica) e esta poder causar algum desequilíbrio a nível de emoções e experiências, surgiu a percepção da importância de avaliar o grau de depressão da Sr.^a CS, para isso foi utilizada a escala de depressão geriátrica (GDS15), tendo a Sr.^a CS obtido uma

pontuação de 2, o que revela um estado não sugestivo de possuir depressão, o que parece indicar que esta transição se encontra a ser efetuada de uma forma saudável, tendo a Sr.^a CS desenvolvido estratégias para se adaptar às limitações da alimentação entérica, com o auxílio dos seus filhos (cuidadores).

O facto de a Sr.^a CS ter o apoio dos dois filhos, facilita a dinâmica familiar e vida social de ambos, pois alternam periodicamente os cuidados à Sr.^a CS, encontrando-se esta confortável na casa de ambos.

Os filhos demonstram conhecer a técnica da administração de alimentação entérica através da sonda (apenas com pequenas falhas), acerca da patologia da sua mãe e também demonstram conhecer bem a medicação que a Sr.^a CS faz em ambulatório. Pareceu igualmente pertinente aplicar a escala de apgar familiar, para verificar a funcionalidade da família da Sr.^a CS, visto a mesma se encontrar inserida nos cuidados que são prestados à Sr.^a CS. Assim após a aplicação da escala de apgar familiar, obteve-se um resultado de 8, o que revela uma família funcional. Constatou-se igualmente que a dinâmica familiar “absorveu” a patologia da Sr.^a CS e a nova forma de a alimentar, dando-nos indicação mais uma vez que esta transição se encontra a decorrer de uma forma saudável. Os filhos seus cuidadores acompanham atentamente a mãe para todas as consultas, estando informados acerca da sua patologia e de como esta, influencia a vida da Sr.^a CS.

Para concluir, foi igualmente aplicada a escala de sobrecarga do cuidador (escala de Zarit adaptada e validada por Sequeira 2007). Os filhos são o grande apoio da Sr.^a CS, pelo que pareceu importante avaliar a sua sobrecarga, com o intuito de poder desenvolver estratégias em conjunto, que pudessem aliviar essa sobrecarga. Assim o cuidador presente (o filho), na visita da Sr.^a CS obteve uma pontuação de 37, revelando que não apresenta sobrecarga. No entanto deve-se salientar que este cuidador não está com a Sr.^a CS ao longo da semana, estando apenas com a mesma, quinzenalmente e sempre que existe consultas ou tratamentos (penso que seria pertinente avaliar a sobrecarga da outra cuidadora, que diariamente presta cuidados à Sr.^a CS).

CAPACITAR/POSSIBILITAR

Esta fase do modelo de parceria, passa pela construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em consideração a partilha dos significados da experiência na ação; ou então pela ação de assegurar o cuidado que o Outro deveria ter consigo se tivesse capacidade para decidir (Gomes, 2009).

Nesta fase encontra-se incluída a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. A mobilização dos conhecimentos presentes sobre o cliente/cuidador e o seu contexto de vida são importantes para promover o Cuidado de Si ou capacitar o assumir do cuidado do Outro.

Neste enquadramento, foi avaliado o estado geral da Sr.^a CS assim como a apresentação do estoma e da sonda PEG, tendo em conta o enquadramento da sua doença e o historial de exteriorização da PEG. Foram avaliados os sinais vitais, encontrando-se normotensa (126/72 mmHg), normocárdica (70 ppm) e apirética (36,5º) a Sr.^a CS nega qualquer tipo de dor.

Apresenta um bom estado geral, com boa vitalidade, apresenta pele e mucosas coradas, higiene cuidada, não apresenta feridas, no entanto apresenta-se um pouco emagrecida.

Deste modo, foi avaliado o peso tendo-se constatado que o mesmo era inferior ao desejado em relação à sua altura, resultando num índice de massa corporal baixo. Foi igualmente avaliado o perímetro da perna e braço sendo os mesmos inferiores às medidas preconizadas. Estes factos confirmaram-se na aplicação do MNA, resultando num estado sugestivo de risco de desnutrição, como foi referido anteriormente.

Verificou-se também, no seu plano alimentar, um desfasamento em relação à última refeição (jantar) e a primeira da manhã (pequeno-almoço). Confirmou-se com o cuidador, que a Sr.^a CS apresenta boa tolerância às quantidades de alimentos fornecidos não apresentando estase gástrica, enfartamento ou perda de conteúdo alimentar pelo estoma entre essas refeições. Negociou-se com o filho e a Sr.^a CS a adição de pelo menos mais uma refeição antes do deitar, e como foi referido que a Sr.^a CS aprecia assistir televisão até cerca das 23h, não se irá alterar deste modo a sua dinâmica diária. Para além disso negociou-se a marcação de uma consulta com a nutricionista, com o intuito da elaboração de um plano alimentar que se encontre adequado, com a atividade física desenvolvida pela Sr.^a CS.

Foi avaliado igualmente o turgor cutâneo, encontrando-se este diminuído o que evidencia uma insuficiência do aporte hídrico em relação à atividade da Sr.^a CS, foi reforçado junto do filho e da Sr.^a CS a importância de aumentar a ingestão hídrica ao longo do dia, tendo existido o compromisso de aumentar a administração de água em mais cinco seringas ao longo do dia.

Ao nível do estoma, este apresenta um aspeto saudável, não apresentando rubor, tumefação, presença de exsudado e não referindo a Sr.^a CS, dor ao nível do mesmo. A

higiene é cuidada a nível geral e também ao nível do estoma. Foi efetuado um reforço positivo à Sr.^a CS visto ser ela quem presta os cuidados diários ao estoma. Foi igualmente salientada a importância de continuar a executar uma higiene oral frequente, apesar de não se alimentar oralmente, tendo existido o compromisso de o efetuar pelo menos duas vezes por dia.

Durante o espaço de tempo em que me encontrava com a Sr.^a CS pude constatar que aquando da administração de alimentação, o filho não verificou o conteúdo gástrico, pelo que foi efetuado o reforço da importância de se verificar a presença de conteúdo para a prevenção de complicações, demonstrando e fornecendo um folheto informativo acerca da forma correta de administrar a alimentação através da PEG. Também daqui surgiu o compromisso que os cuidadores verificarão, sempre antes da administração de alimentos pela sonda PEG, a existência de conteúdo alimentar.

A educação para a saúde realizada à Sr.^a C.S., foi efetuada em conjunto com o filho, seu cuidador, no sentido de fornecer a este, conhecimentos que lhe possibilitem atuar face à doença da Sr.^a CS, comprometendo-se este a transmitir esses conhecimentos à sua irmã, também cuidadora da Sr.^a CS e que os mesmos sejam posteriormente transmitidos ou reforçados junto dos funcionários do centro de dia que a Sr.^a CS frequenta.

Foi também reforçada a importância da atividade física moderada, para a estimulação da autonomia da Sr.^a CS, assim como para a sua qualidade de vida. Foram ainda elucidados acerca do risco que a Sr.^a CS apresenta para as quedas e de estratégias para reduzir esse risco.

Os filhos são em todos estes contextos um importante apoio da equipa de enfermagem e da Sr.^a CS, cujo desempenho era importante estimular e reforçar.

COMPROMETER-SE

Esta fase traduz-se numa conjugação de esforços conjuntos no sentido de se atingirem os objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e saúde. Destaca-se a importância do acompanhamento do percurso da transição e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real.

Este pressupõe um plano de cuidados para a promoção do cuidado de si ou para assegurar o cuidado do Outro.

Com o presente plano de cuidados propõe-se promover o cuidado de Si na Sr.^a CS, e também assegurar o cuidado do outro, pelos seus cuidadores.

A promoção de uma capacitação da Sr.^a CS e seus cuidadores face ao risco de desnutrição e desidratação, assim como a gestão de complicações derivadas da patologia de base e da administração da alimentação entérica (AE) irá possibilitar uma maior autonomia e capacidade de decisão sobre o seu percurso de vida. Neste estudo de caso os cuidadores também foram alvo do plano de cuidados, pelo apoio que prestam à Sr.^a CS.

Para uma mais fácil leitura, de seguida irá ser esquematizado, em quadro: qual o problema identificado, que resultados são esperados, quais as intervenções de enfermagem que foram efetuadas para atingir esses resultados e quais foram os compromissos estabelecidos em parceria, com a Sr.^a C.S. e seus cuidadores.

Quadro 1- Fase Comprometer-se

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de aspiração de conteúdo alimentar relacionado com patologia de base (acalásia)	Não existir aspiração de conteúdo, com todas as consequências inerentes	✓ Efetuar ensino à Sr.^a CS para o risco de se alimentar oralmente. ✓ Efetuar ensino aos cuidadores para alertarem as funcionárias de centro de dia, para este aspeto. ✓ Alertar para a importância de vigiar a Sr.^a CS quando esta se alimenta oralmente. ✓ Fornecer apenas pequenas quantidades de alimento, de consistência mole e apenas esporadicamente. ✓ Explicar a importância de mastigar bem os alimentos que ingere oralmente.	✓ Não se alimentar oralmente de alimentos sólidos regularmente. ✓ Quando esporadicamente se alimentar oralmente de alimentos sólidos, deve mastigar bem os mesmos e deve fazê-lo em pequenas quantidades, com bastante espaçamento de tempo entre essas ingestões orais. ✓ Nunca se alimentar oralmente sem a vigilância de um dos cuidadores.
Nutrição alterada relacionada com quantidade insuficiente de alimentos administrados em relação a atividade da Sr. ^a CS manifestada por emagrecimento (risco de desnutrição quando aplicado o MNA)	Melhorar a pontuação do MNA para se obter um estado nutricional normal	✓ Providenciar uma consulta de nutrição, para a elaboração de um plano alimentar adequado á atividade física da Sr.^a CS. ✓ Negociar juntamente com os cuidadores a introdução de mais refeições na alimentação da Sr.^a CS. ✓ Alertar a Sr.^a CS e seus cuidadores para o facto das suas necessidades nutricionais serem proporcionais á sua atividade física. ✓ Explicar a importância do reforço hídrico no plano alimentar. ✓ Incentivar à avaliação do peso regularmente. ✓ Instruir os cuidadores e a Sr.^a CS para sinais que evidenciem perda de massa corporal tais como anéis mais largos, prótese dentária não se adaptar bem entre outras. ✓ Marcar reavaliação nutricional (MNA). ✓ Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas.	✓ A adição de mais uma alimentação no plano alimentar da Sr.^a C.S., entre o jantar e o pequeno-almoço. ✓ Avaliar o peso de pelo menos uma vez por mês. ✓ Presença na consulta de nutrição para aconselhamento nutricional. ✓ Presença em Fevereiro na UTG para uma nova reavaliação do estado nutricional da Sr.^a C.S.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco desenvolver complicações relacionado com técnica incorreta de administração de AE evidenciado por má prática do cuidador ao administrar alimentos pela sonda PEG	Efetuar uma técnica correta de administração de AE	✓ Reforçar o ensino acerca da técnica correta de administração da AE, aos cuidadores e à Sr.^a CS. ✓ Alertar para as principais complicações da administração da AE, e de como preveni-las. ✓ Facultar tempo para que a Sr.^a CS e seus cuidadores verbalizem quais as suas dificuldades na administração da AE. ✓ Validar conhecimentos de ambos em relação à administração da AE, dando espaço para que possam praticar em frente ao enfermeiro. ✓ Fornecer apoio escrito (Folheto) acerca da forma correta de administrar a AE, para que se existirem dúvidas no domicílio ou no centro de dia, tenham suporte onde recorrer. ✓ Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas.	✓ Verificarem antecipadamente aquando da administração de alimentos pela sonda PEG, a presença de conteúdo gástrico. ✓ Qualquer dúvida que subsista em relação á administração da AE, entrarem em contacto com a equipa de enfermagem da UTG.
Risco de desidratação relacionado com insuficiente administração de água manifestado por turgor cutâneo diminuído	Hidratação adequada da Sr. ^a C.S.	✓ Reforçar ensino sobre a importância da ingestão hídrica nos idosos para a prevenção de complicações. ✓ Negociar em conjunto com os cuidadores e com a Sr.^a CS a introdução entre as refeições do reforço hídrico, consoante a dinâmica da Sr.^a CS. ✓ Comunicar à Sr.^a CS e seus cuidadores quais os sinais que podem indicar que se encontra desidratada. ✓ Alertar para a importância de verificar as características da urina como fator preditivo de pouca ingestão hídrica (Pouca quantidade e cheiro intenso).	✓ A adição de pelo menos mais cinco seringas de água ao longo do dia ao plano alimentar já existente.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de queda relacionado com diminuição do equilíbrio evidenciado por dificuldade na marcha e pela pontuação obtida no Índice de Tinetti (25 pontos)	Não existir quedas por parte da Sr. ^a C.S.	✓ Reforçar a importância de utilizar a bengala, quando se desloca. ✓ Incentivar os cuidadores e a Sr.^a CS a remover todos os tapetes do domicílio, ou então os que se encontram nos percursos habituais da Sr.^a CS. ✓ Incentivar a Sr.^a CS a frequentar a ginástica no Centro de Dia de forma a conferir-lhe mais força muscular e mantê-la ativa. ✓ Avaliar periodicamente a marcha e o risco de queda da Sr.^a CS. ✓ Estimular junto dos cuidadores a colocação de barras de apoio nas paredes, em especial no quarto e na casa de banho. ✓ Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que a Sr.^a CS possa mobilizar-se em segurança. ✓ Incentivar os cuidadores a supervisionarem e a estimularem a Sr.^a CS a mobilizar-se de uma forma segura. ✓ Incentivar os cuidadores a comunicarem estas medidas aos profissionais do centro de dia que a Sr.^a CS frequenta. ✓ Estimular o uso de calçado e vestuário adequado por parte da Sr.^a CS, para que se desloque confortavelmente e em segurança.	✓ Quando se deslocar a Sr.^a C.S. utilizará sempre a bengala. ✓ Os filhos irão remover todos os tapetes da sala, cozinha, quarto da Sr.^a C.S. e casa de banho. Assim como os objetos que poderão impedir a passagem segura da Sr.^a C.S. nos seus percursos habituais.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Ansiedade relacionada com a introdução da AE evidenciada por recusa em autoadministrar a AE pela sonda	A Sr. ^a C.S. consiga fazer a administração de alimentos pela sonda PEG	✓ Explicar como se procede a técnica de administração de AE. ✓ Adequar os instrumentos de administração de AE à capacidade funcional e cognitiva da Sr.^a CS. ✓ Demonstrar a técnica junto da Sr.^a CS. ✓ Dar tempo e espaço para que a Sr.^a CS possa experimentar essa técnica com supervisão do enfermeiro. ✓ Validar os conhecimentos adquiridos e a sua aplicação por parte da Sr.^a CS. ✓ Reforçar positivamente os progressos efetuados pela Sr.^a CS. ✓	✓ A Sr.^a C.S. administra a última refeição do dia pela sonda PEG com a supervisão da cuidadora.

ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO

Nesta quinta e última fase do modelo de parceria o cliente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão, acerca do que é melhor para ele e lhe traz mais conforto e bem-estar; ou quando a família adquire a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, tendo em conta, as decisões partilhadas com o mesmo (GOMES, 2009). Nesta fase da transição o cliente consegue gerir a sua situação de doença e atuar face à mesma, procurando ajuda quando dela necessita, trabalha em parceria com a equipa de saúde na gestão da sua doença.

Foram identificadas algumas lacunas que em conjunto com a Sr.^a CS/cuidadores, foram negociadas estratégias para se atingirem objetivos comuns, tendo existido partilha de poder nessas decisões. Foi igualmente partilhada informação assim como foram validados os conhecimentos decorrentes da experiência da Sr.^a CS/cuidadores permitindo desta forma que a mesma possa prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

A Sr.^a CS já teve a consulta de nutrição, onde foi elaborado um novo plano alimentar, adequado às suas necessidades energéticas e tendo em conta toda a sua atividade diária. Dessa reunião surgiu o compromisso de dividir em maior número de refeições a quantidade de alimentos que administra pela sonda PEG.

Na reunião de reavaliação da Sr.^a CS verificaram-se progressos em relação aos compromissos assumidos em parceria. Segundo a própria e de acordo com os filhos, a Sr.^a CS só se alimenta de comida oralmente sob a supervisão destes, referindo corretamente, os riscos de se alimentar oralmente sem vigilância. Verificou-se igualmente o aumento da administração de água pela sonda, o que resultou em menos obstipação e na melhoria do seu turgor cutâneo. Atualmente é a Sr.^a CS que administra autonomamente as refeições que efetua em casa, embora no centro de dia ainda sejam as funcionárias. Constatou-se a melhoria do seu score do MNA (EN normal). No entanto, foi reforçada a importância de adquirirem uma balança como forma de controlar o peso, pois apesar do compromisso assumido anteriormente ainda não tiveram a oportunidade de o efetuar. Constata-se que a Sr.^a CS se encontra perfeitamente autónoma na administração da AE, assim como nos cuidados diários que deve prestar ao estoma e sonda, sabendo nomear as complicações mais frequentes, confirmando-se deste modo que a Sr.^a CS procura assumir o cuidado de Si, prosseguindo o seu projeto de vida e saúde o que indica que a transição que está a experienciar se encontra a decorrer de uma forma saudável.

Apêndice XI

GUIÃO INFORMATIVO PARA O DOENTE COM Sonda
PEG

Serviço de Gastreenterologia II

Unidade de Técnicas de Gastreenterologia

Pólo Hospital Pulido Valente

Para mais informações, esclarecimentos,
ou caso surjam complicações, não
hesite em contactar-nos para o número
de telefone:

217548420 (2^a-6^a das 8h às16h).

A equipa de Enfermagem da
Unidade de Técnicas de Gastreenterologia do HPV

2013



GUIÃO INFORMATIVO PARA O DOENTE COM SONDA PEG

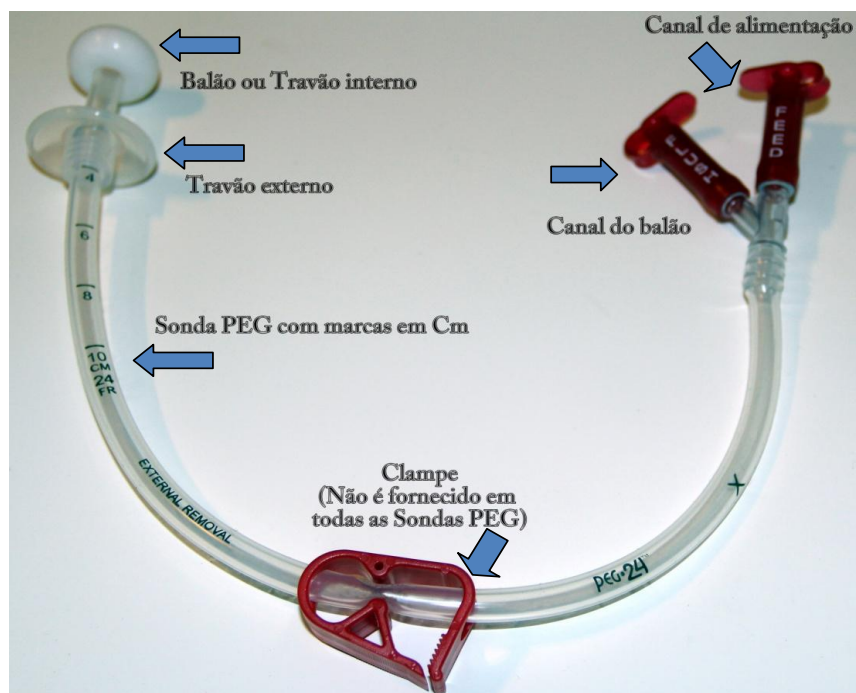
Nome: _____

Data de colocação: _____

Marca junto ao travão externo: _____

A Gastrostomia Endoscópica Percutânea consiste na introdução de uma sonda no estômago através da pele, com a ajuda de um endoscópio, para alimentar o doente durante um período de tempo. Os cuidados com a sonda PEG devem ser seguidos, com rigor, a fim de se evitarem complicações.

SONDA PEG – COMPOSIÇÃO



De acordo com a nossa experiência, por vezes a “tampa” separa-se da sonda PEG pela frequente utilização. Quando esta situação se verifica, deve assegurar a clampagem da sonda (para evitar a entrada de ar do exterior na cavidade gástrica, e/ou saída de conteúdo gástrico pela sonda), com o clampe que é fornecido no dia da colocação da PEG.

Se apresentar **perdas de conteúdo gástrico pelo estoma**: deve contactar o médico/ serviço UTG, pois poderá ser necessário ajustar o travão externo, verificar a integridade do balão interno, ou adequar a quantidade de alimentação administrada, que pode ser excessiva.

INFORMAÇÕES

MÉDICO: _____

ENFERMEIRO: _____

REFERÊNCIA DA PEG: _____

- Se a pele, junto ao local de inserção da sonda, apresentar **sinais inflamatórios (vermelhidão, inchaço, corrimento, sensibilidade anormal)**: manter as medidas de higiene e limpeza, lavando a área com água e sabão neutro, não esquecendo a rotação diária da sonda. No caso de não se observarem melhorias, contactar o médico/serviço UTG.
- Se a **sonda PEG se exteriorizar acidentalmente**: Não entre em pânico. É importante contactar de imediato a UTG, para se recolocar a sonda PEG logo que possível, tendo em conta que o orifício encerra rapidamente (entre as 24-48h).

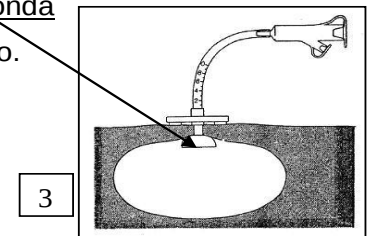
Caso aconteça durante o fim-de-semana, ou a partir das 16h dos dias úteis, dirija-se ao serviço de urgência da sua área de residência.

- Deve ter em atenção que as suas necessidades nutricionais podem alterar-se. Deve estar atento para sinais, tais como:
 - a largura das roupas (mais justas ou largas);
 - a prótese dentária já não se encontrar ajustada;
 - anéis e pulseiras mais largos ou mais justos.

CUIDADOS A TER NA ALIMENTAÇÃO

Antes de iniciar a alimentação deve:

- Lavar as mãos com água e sabão.
- Colocar o doente em posição semi-sentado (30° a 45°), no caso de ser acamado.
- Verificar a existência de conteúdo gástrico, aspirando-o com uma seringa de alimentação e se este for superior a 100cc, voltar a introduzir o mesmo e não alimentar, fazendo uma pausa de 2 a 4 horas.
- Preparar a alimentação (de acordo com plano alimentar) com a máxima higiene, colocando-a num recipiente adequado e limpo para de seguida ser administrada pela sonda.
- A temperatura dos alimentos deve ser morna, e estes devem ser bem triturados, evitando assim a obstrução da sonda.
- Confirmar que o tubo se encontra na posição correta, verificando a marca da sonda junto ao botão/travão externo.

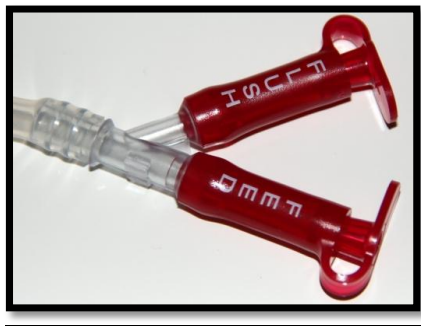


Durante a alimentação deve:

- Administrar lentamente o preparado alimentar confeccionado de acordo com o plano alimentar fornecido.
- Dar a alimentação à temperatura morna/temperatura ambiente.
- Manter a posição de semi-sentado (30 a 45°).
- Se sentir resistência na administração da alimentação, deve:
 - Não exercer demasiada pressão sob a mesma;
 - Verificar se a sonda se encontra na posição correta

Se as medidas anteriores não forem eficazes, a sonda PEG poderá estar obstruída (ver página 9).

- Se surgirem sintomas como: fraqueza, câibras, tonturas, transpiração intensa, ou outras, deve suspender a alimentação e contactar o médico/serviço de UTG.



SINAIS DE ALERTA: O QUE FAZER?

Os cuidados adequados ajudam a diminuir as possíveis complicações. As complicações mais frequentes são as seguintes: náuseas ou vômitos, diarreia, prisão de ventre, obstrução da sonda PEG, sinais inflamatórios da pele.

- Se apresentar **náuseas ou vômitos**: fazer uma pausa na alimentação de uma a duas horas, e retomar a um ritmo lento. Se os sintomas persistirem mais de 48h, deve contactar o médico/serviço da UTG.
- Se apresentar **diarreia**: fazer uma dieta à base de chá preto açucarado, gelatinas, caldos de arroz, batata e cenoura triturados, durante 24 a 48 horas. Se esta persistir deve contactar o médico assistente.
- Se apresentar **prisão de ventre** mais de 5 dias, deve contactar o médico assistente.
- Se a **sonda PEG obstruir**: instilar 60cc de água quente (Cuidado para não queimar o doente). Caso se mantenha a obstrução, pode ainda “mugir” a sonda PEG, tendo o cuidado de não fazer uma pressão excessiva sobre a mesma. Se a situação não se resolver, deve contactar o médico/serviço de UTG.

CUIDADOS À PELE JUNTO AO LOCAL DE INSERÇÃO DA SONDA PEG

1. Observar, diariamente, a pele junto do local de inserção da sonda PEG, despistando sinais inflamatórios (exsudado, rubor, calor, tumefação, sensibilidade anormal). Caso se verifiquem estes sinais, deve contactar o médico/serviço UTG
2. Verificar e anotar a posição da sonda (marca em cm), regularmente.
3. Lavar a pele circundante com água morna e sabão neutro, dando especial atenção ao local de inserção da sonda PEG.
4. Lavar toda a área com água.
5. Secar bem a pele e deixar exposta ao ar.



Após a alimentação deve:

- Lavar a sonda PEG, injetando cerca de 50-100cc de água.
- Se o doente for acamado, deve mantê-lo na posição semi-sentado (30 a 45°) durante um período de 60 minutos.
- Estimular sempre que possível o doente a auto cuidar-se, ensinando-o e incentivando-o a auto alimentar-se.
- Se **autorizado pelo médico** manter a alimentação por via oral (dado que os dispositivos de gastrostomia não constituem qualquer impedimento).



CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- Deve procurar o seu médico assistente para adequar a medicação à administração por sonda.
- Os medicamentos devem ser sempre que possível, administrados sob a forma de suspensão. Caso seja, sob a forma de comprimido, este deve ser esmagado até obter um pó fino e adicionar água. (Não misturar vários medicamentos na mesma seringa, bem como não administrar conjuntamente com a alimentação, para evitar alterações na medicação).
- Instilar cerca de 20cc de água a seguir a cada medicamento e no final da administração dos medicamentos deve lavar-se a sonda com 50 a 100cc de água para evitar obstruções da sonda.

CUIDADOS ORAIS

- É muito importante que mantenha hábitos de higiene oral, tal como o bochechar com água e solução oral antisséptica/elixir (ex.: Tantum Verde) várias vezes ao dia, para prevenir a secura da mucosa oral, o mau hálito e o aparecimento de lesões e/ou infeções.

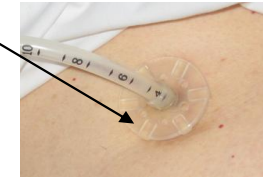


CUIDADOS COM A SONDA PEG:

- Limpar diariamente a parte externa da sonda com água morna e sabão neutro.
- Limpar com algodão/cotonetes os resíduos que se encontram à volta do tubo e no local de saída do mesmo.
- Fechar sempre a “tampa” da sonda quando esta não está a ser utilizada.



- Certificar todos os dias, que o suporte externo não está a pressionar demasiado a pele. Caso isto se verifique, deve contactar o médico/serviço de UTG.



- Injetar 50 a 100cc de Coca-Cola ou água com gás, uma vez por semana, para prevenir a obstrução da sonda.

Apêndice XII

GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (FASE DE
AVALIAÇÃO)

Grelha de observação final dos registos de enfermagem²

Processos Consultados de 21-01-2013 a 01-02-2013

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

INDICADOR: <u>IDENTIDADE DO CLIENTE IDOSO COM AE</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome preferido	10	0	0	0
Idade	10	0	0	0
Estado Civil	10	0	0	0
Habilitações literárias	10	0	0	0
Profissão	10	0	0	0
Crenças religiosas	10	0	0	0

INDICADOR: <u>CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR):</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Com quem habita	10	0	0	0
Condições habitacionais	10	0	0	0
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	10	0	0	0
Situação económica (referencia a dificuldades)	10	0	0	0
Ocupação dos tempos livres/Hobbies/Projeto de vida	10	0	0	0
Fornecimento da alimentação (Quem providencia a compra dos alimentos)	10	0	0	0
Quem cozinha	10	0	0	0

INDICADOR: <u>CONTEXTO DE VIDA (REDE DE APOIO):</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	10	0	0	0
Frequenta Centro de Dia	1	0	0	9
Encontra-se Institucionalizado	10	0	0	0

² Aspectos que os enfermeiros procuram conhecer acerca do cliente idoso com alimentação entérica relativamente ao seu estado nutricional.

INDICADOR: <u>CONTEXTO DA DOENÇA:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Diagnósticos	10	0	0	0
Antecedentes Pessoais	10	0	0	0
Medicação habitual do domicílio	9	0	1	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	10	0	0	0
Impacto da doença na sua vida	10	0	0	0

INDICADOR: <u>PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Alterações da mucosa oral	10	0	0	0
Problemas de deglutição	10	0	0	0
Uso de prótese dentária	10	0	0	0
Falta de peças dentárias	10	0	0	0

	INDICADOR: <u>PROBLEMAS MOTORES</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Sobe/desce escadas e/ou deslocar-se	Sai de casa	5	0	0	5
	Anda sozinho (com ou sem auxiliares de marcha)	0	0	0	10
	Anda sozinho de cadeira de rodas	0	0	0	10
	Não consegue andar	5	0	0	5
Confeção dos alimentos	Consegue cozinhar as refeições	0	0	0	10
	Consegue aquecer as refeições	6	0	0	4
	Não consegue preparar	4	0	0	6

	INDICADOR: <u>GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DO CLIENTE IDOSO PARA A ALIMENTAÇÃO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Alimentar-se	Consegue administrar a alimentação sozinho	2	0	0	8
	Precisa de ajuda para administrar a alimentação	2	0	0	8
	Não consegue alimentar-se sozinho	6	0	0	4

	INDICADOR: <u>CONHECE OS HÁBITOS ALIMENTARES DO CLIENTE IDOSO</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Hábitos Alimentares	Peso	10	0	0	0
	Horário das refeições	10	0	0	0
	Alimentos de que não gosta	10	0	0	0
	Alimentos preferidos	10	0	0	0
	Quantidade/tipo de alimento que ingere	10	0	0	0
	Faz as refeições sozinho	10	0	0	0
	Ingestão hídrica	10	0	0	0
	Faz as refeições em casa	10	0	0	0

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE

INDICADOR: <u>CONHECIMENTO DO CLIENTE IDOSO/CUIDADOR ACERCA DA AE E ESTADO NUTRICIONAL</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Importância que o cliente/cuidador atribui à alimentação	10	0	0	0
O Enf.º procura conhecer o que o cliente idoso/cuidador sabe sobre o seu estado nutricional e procedimento de administração de AE	10	0	0	0
O Enf.º procura conhecer que tipo de ajuda o cliente idoso e cuidador necessitam	10	0	0	0

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR/CAPACITAR

INDICADOR: <u>PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º inclui informação durante a prestação de cuidados (aplicação do MNA)	10	0	0	0
Enf.º partilha informação com o cliente idoso/cuidador acerca do seu EN	10	0	0	0
Enf.º partilha informação, realiza educação terapêutica acerca do regime alimentar e/ou sobre o procedimento de administração de AE	10	0	0	0
Enf.º promove o cuidado de Si, ajudando o cliente idoso/cuidador a construir um plano alimentar e a ser autónomo na administração da AE.	9	0	1	0

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE

INDICADOR: <u>DESENVOLVE COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º desenvolve estratégias/estabelece compromissos com o cliente idoso/cuidador, relativas ao estado nutricional	10	0	0	0
Enf.º valida as estratégias/objetivos relativos ao estado nutricional do cliente idoso	10	0	0	0
Enf.º ajuda a família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar do cliente idoso.	9	0	1	0

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

INDICADOR: <u>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O Enf.º garante que o cliente idoso/cuidador, são detentores de informação que lhes permita tomar decisões relativas à sua dieta alimentar.	10	0	0	0
O Enf.º garante que o cliente idoso é detentor de informação, que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e de saúde.	10	0	0	0
O Enf.º assegura que o cliente idoso/cuidador tem conhecimentos acerca do procedimento de administração de AE	10	0	0	0
O Enf.º assegura-se que o cuidador tem conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar, que lhe permita cuidar do cliente idoso.	7	0	3	0
O Enf.º valida com o cliente idoso e cuidador o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessite, fornecendo contactos	10	0	0	0

Apêndice XIII

ANÁLISE FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

ANÁLISE FINAL DOS REGISTOS

Após a aplicação do projeto na UTG e com a introdução na prática de cuidados do modelo de parceria e da avaliação nutricional, foi importante perceber a aquisição de competências da equipa de enfermagem relativamente ao projeto desenvolvido.

Optou-se por uma amostra de conveniência, tendo-se definido uma amostra representativa da população em estudo (FORTIN, 2000). Foram analisados os registos de enfermagem em 10 processos de clientes idosos com AE, com a grelha utilizada na fase de diagnóstico, o que possibilitou uma análise comparativa relativamente à observação de registos efetuada no início do projeto.

A grelha utilizada compreende as áreas temáticas e categorias criadas segundo o modelo de parceria, de acordo com o seguinte quadro.

Quadro n.º 1 – Itens para análise dos registos de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
Revelar-se	Identidade do cliente idoso com AE Contexto de vida (situação sociofamiliar) Contexto da doença Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação Contexto de vida (Rede de apoio) Problemas motores Grau de (In) dependência do cliente idoso para a alimentação Conhece os hábitos do cliente idoso
Envolver-se	Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN
Possibilitar/Capacitar	Partilha o poder/ construção de uma ação conjunta
Comprometer-se	Desenvolver competências para atingir os objetivos comuns
Assumir o controlo de Si/ Assegurar o cuidado do outro	Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro

Assim na primeira fase do Modelo de Parceria - **REVELAR-SE** relacionava-se com **conhecer a identidade do cliente idoso com AE**, foi possível constatar que os enfermeiros registaram na sua totalidade todos os dados existentes na grelha (10Ur), relativamente à identidade do cliente idoso, constatou-se nesta categoria uma evolução no registo de informação, acerca da identidade do cliente idoso, por parte da equipa de enfermagem (Gráfico 1).

Gráfico. 1– Resultados comparativos relativos à categoria “Identidade do cliente idoso com AE” - fase de avaliação



O conhecimento do **contexto de vida** (situação sociofamiliar e rede de apoio) foi outra dimensão observada, tendo-se verificado que os itens abrangidos na grelha de análise foram registados na sua totalidade (10Ur) também nestas dimensões se verifica uma evolução na informação registada nos processos dos clientes idosos com AE em relação à fase de diagnóstico (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 2 – Resultados comparativos relativos à categoria “Contexto de vida (situação sociofamiliar)” - fase de avaliação

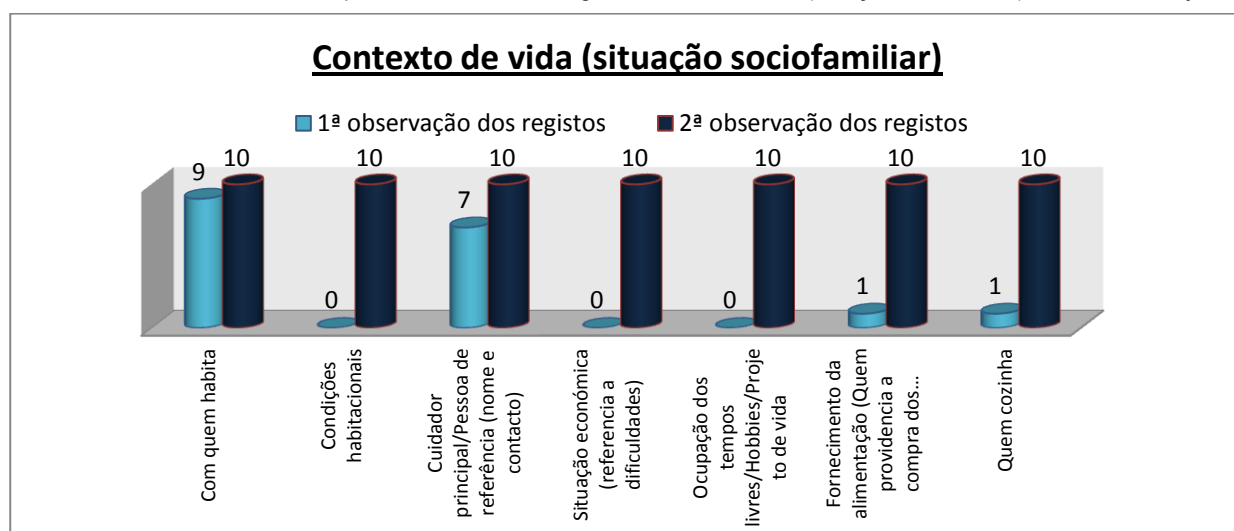
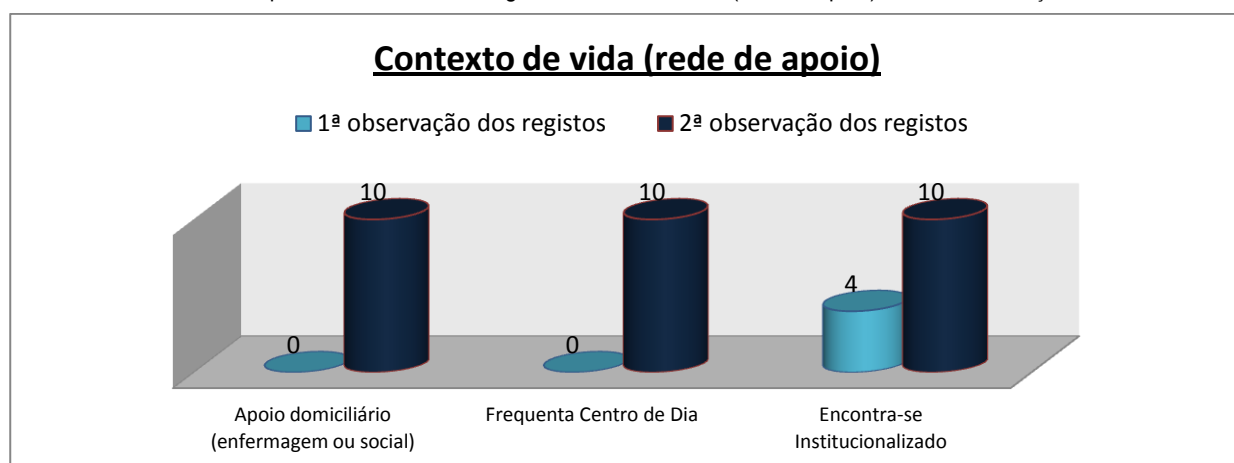
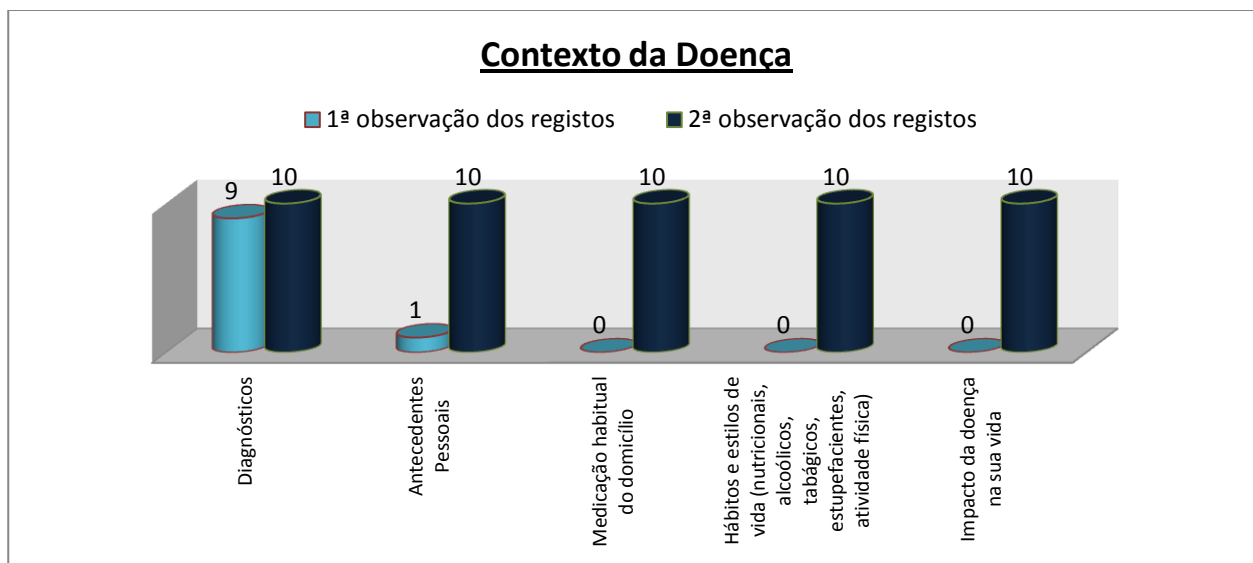


Gráfico 3 – Resultados comparativos relativos à categoria “Contexto de vida (rede de apoio)” - fase de avaliação



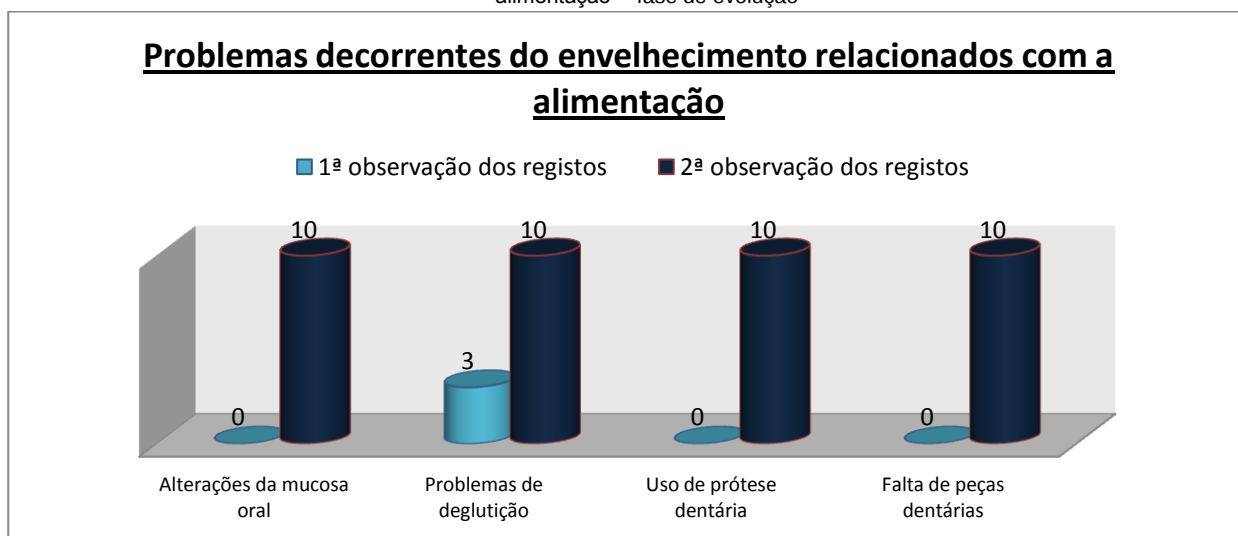
Outra dimensão abordada foi o **Contexto da doença** onde se verificou que os enfermeiros registaram os dados referentes ao contexto de doença dos clientes idosos com AE na quase totalidade, existindo apenas um processo onde se verificou um registo incompleto acerca da medicação domiciliária, constata-se novamente nesta dimensão, que em comparação com a primeira análise existe mais informação registada nos processos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Resultados comparativos relativos à categoria “Contexto da doença” - fase de evolução



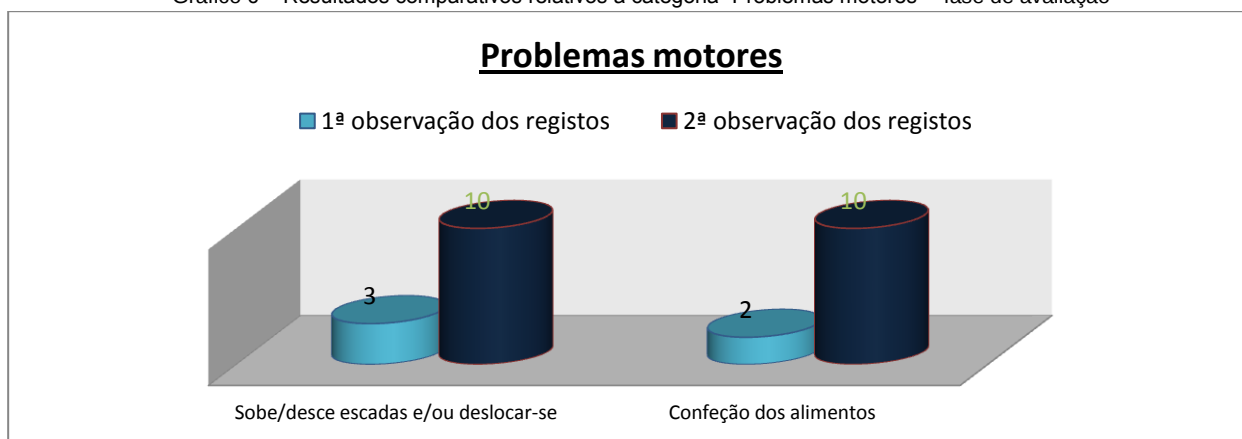
No que concerne ao registo de **problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação**, constatou-se que nos processos se encontravam registados a totalidade dos dados (10Ur) da grelha de análise, contrariamente ao que sucedia na primeira observação (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Resultados comparativos relativos à categoria “Problemas decorrentes do envelhecimento relacionados com a alimentação” - fase de evolução



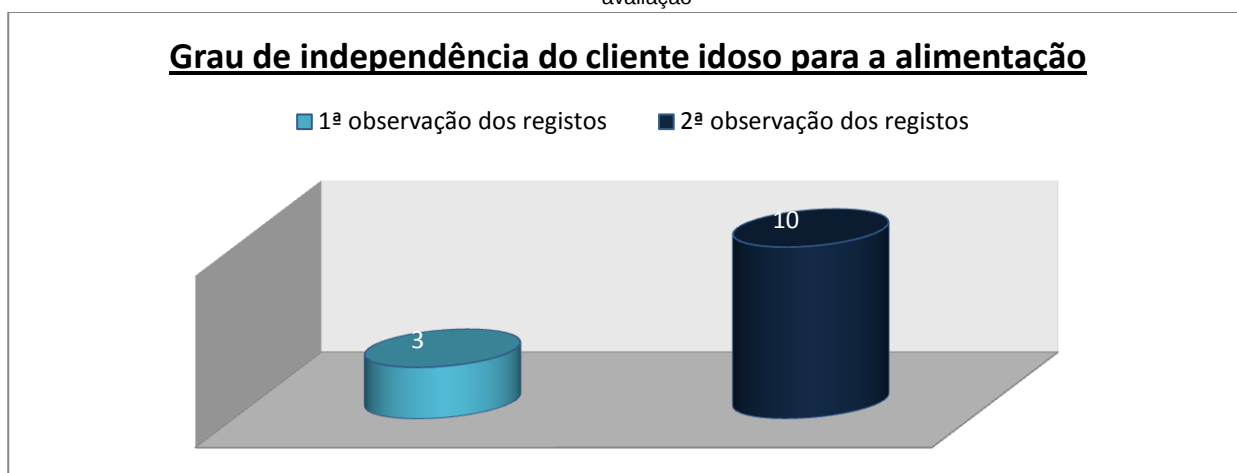
Relativamente ao conhecimento sobre os **problemas motores** do cliente idoso com AE, verificou-se igualmente evolução no registo desta dimensão ao nível dos processos, constatou-se que na totalidade dos processos (10Ur) existiam registos acerca dos problemas motores dos clientes idosos com AE, em relação à primeira observação dos registos (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Resultados comparativos relativos à categoria “Problemas motores” - fase de avaliação



Em relação aos registos do **Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação**, constatou-se a existência da totalidade de registos dos itens, relativamente a esta dimensão, demonstrando uma vez mais uma evolução em termos de informação registada nos processos em comparação com a primeira observação (Gráfico 7).

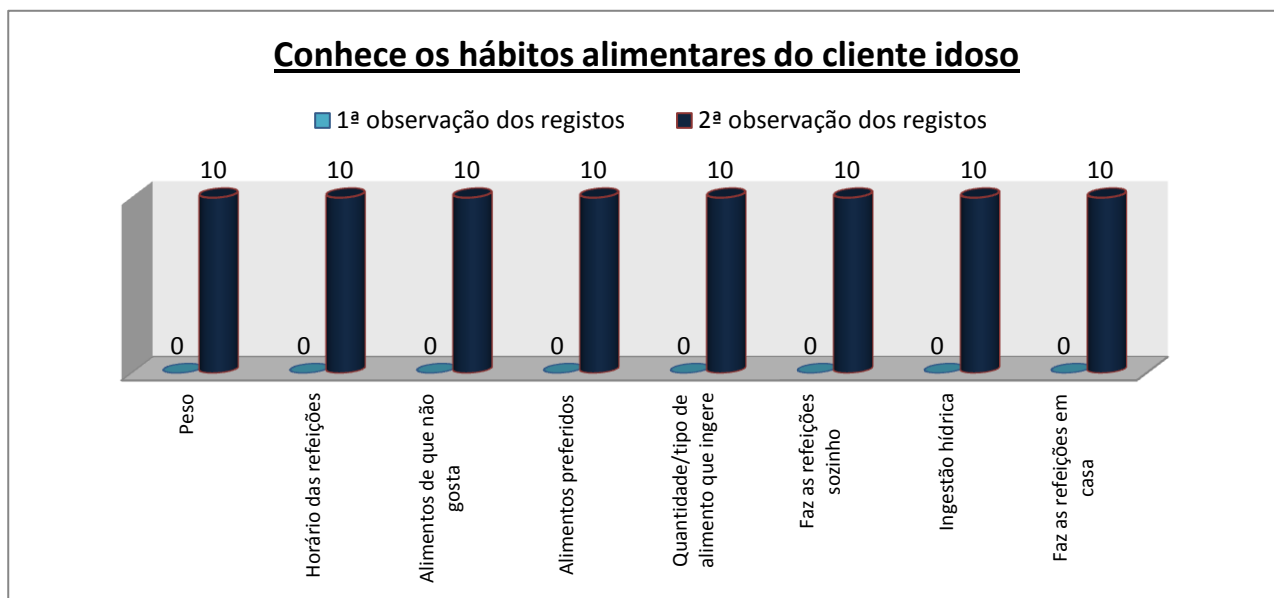
Gráfico 7 – Resultados comparativos relativos à categoria “Grau de (in) dependência do cliente idoso para a alimentação” - fase de avaliação



Para concluir as dimensões derivadas da primeira fase do modelo de parceria (revelar-se), foram igualmente observados os registos relativamente aos **hábitos alimentares do cliente idoso**. Similarmente às anteriores dimensões também aqui os mesmos foram registados na sua totalidade (10Ur), o que evidencia um progresso ao nível de registo de informação, comparativamente à primeira observação dos registos (Gráfico 8).

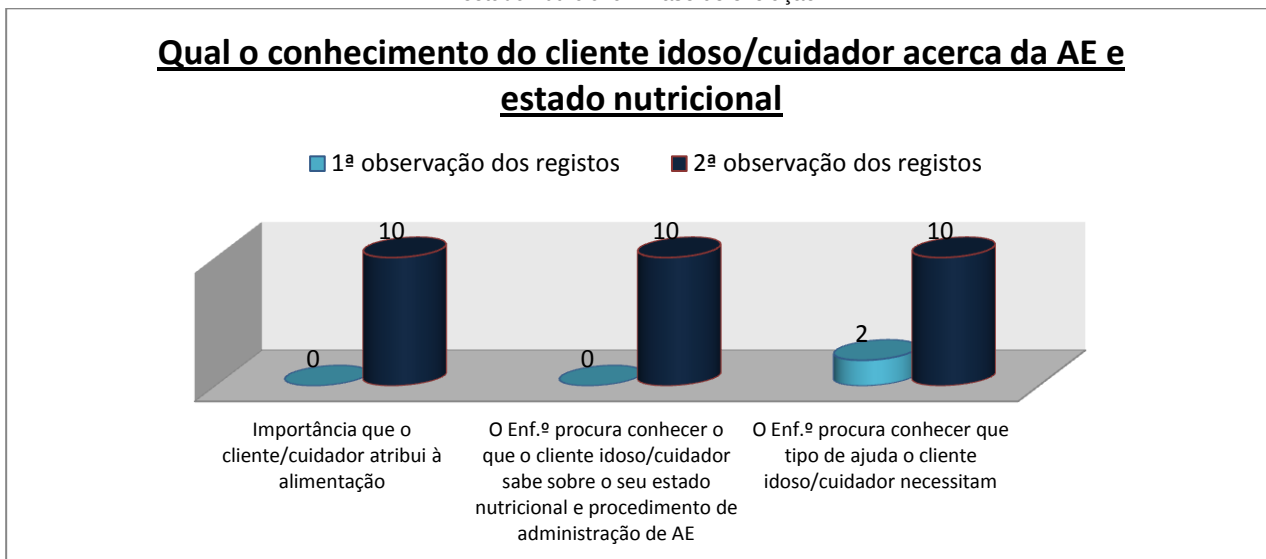
O registo e conhecimento destas dimensões são fundamentais para se delinearem estratégias negociadas em conjunto com o cliente idoso/cuidador, definindo objetivos comuns para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, promovendo o seu projeto de vida e saúde.

Gráfico 8 – Resultados relativos à categoria “Conhece os hábitos alimentares do cliente idoso” - fase de evolução



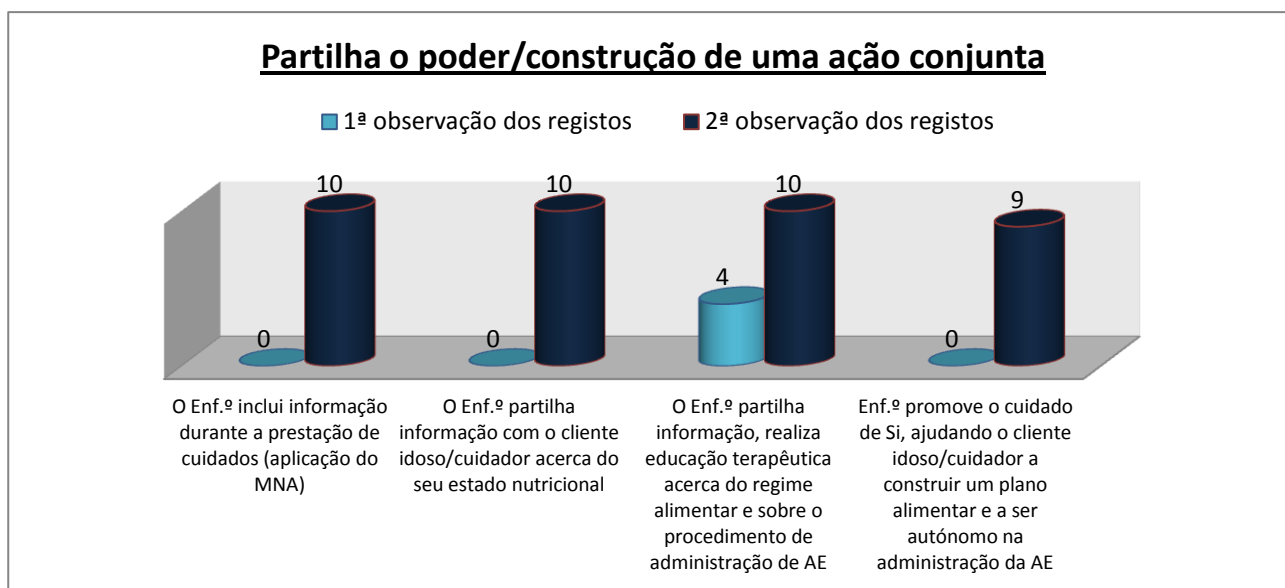
Na segunda fase do modelo de parceria - **ENVOLVER-SE**, procurou verificar-se a existência de informação nos registos em relação ao **conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da AE e EN**. Foi possível constatar que na totalidade dos processos analisados existiam registos relativamente a esta dimensão, demonstrando uma vez mais a preocupação da equipa de enfermagem em registar informação essencial para se poder desenvolver o processo de parceria em conjunto com o cliente idoso/cuidador: Denotou-se um progresso na obtenção e registo de informação acerca dos conhecimentos do cliente idoso/cuidador para conhecer o potencial de desenvolvimento comparativamente à primeira observação dos registos (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Resultados comparativos relativos à categoria “Conhecimento do cliente idoso/cuidador acerca da alimentação entérica e estado nutricional” - fase de evolução



Relativamente à aplicação da grelha de análise dos registos em relação à terceira fase do modelo de parceria- **POSSIBILITAR OU CAPACITAR** - com a dimensão **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, verificou-se um progresso na informação registada acerca desta dimensão ao nível processos de enfermagem, observando-se que em apenas um processo existia registo incompleto acerca de o enfermeiro promover o cuidado de Si, ou ter ajudado o cliente idoso/cuidador a construir um plano alimentar e a ser autónomo na administração de AE. Denota-se também nesta dimensão uma evolução em termos de registos em relação à primeira observação conforme se constata no seguinte gráfico (Gráfico 10). Nesta fase o enfermeiro deve promover um processo informado e negociado, onde se reflita a partilha de responsabilidade e poder, na qual mobiliza o conhecimento que possui da pessoa adquirido nas fases anteriores de forma a transformar as suas capacidades potenciais em reais, para que o cliente idoso possa prosseguir o seu projeto de vida, assumindo o cuidado de Si.

Gráfico 10 – Resultados relativos à categoria “Partilha poder/construção de uma ação conjunta” - fase de avaliação



No que diz respeito à 4ª fase do modelo de parceria - **COMPROMETER-SE**, na dimensão **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, constatou-se a existência na totalidade dos processos observados (10Ur), de informação registada em relação a esta dimensão, verificando-se novamente um progresso em relação à primeira observação dos registos como se pode constatar no gráfico seguinte (Gráfico 11).

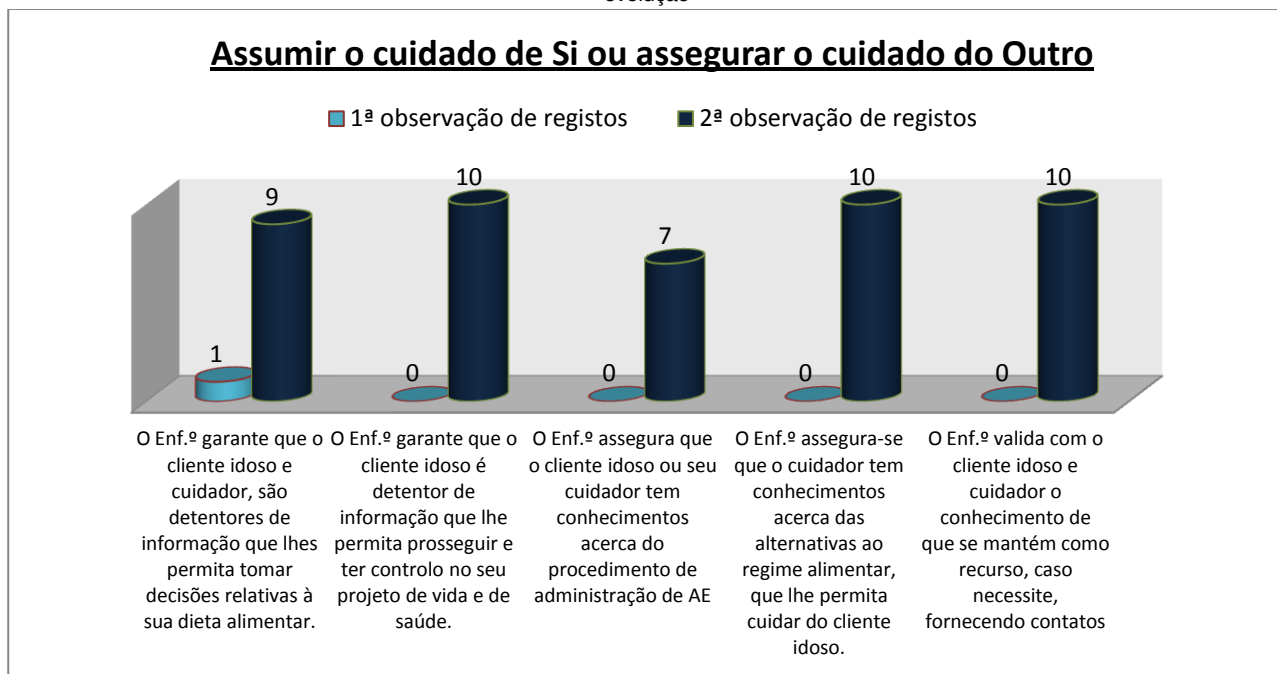
Gráfico 11 – Resultados comparativos relativos à categoria “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns” - fase de avaliação



Por fim, relativamente à 5ª fase do modelo de parceria- **ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO**, constatou-se a quase totalidade do registo de informação acerca das dimensões estudadas, com a exceção para o registo de informação acerca do enfermeiro assegurar-se que o cuidador tinha conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar, que lhe permitisse cuidar do cliente idoso, embora estivesse subentendido nos registos não aparecia explicitamente nos mesmos

quais foram essas alternativas, pelo que se considerou como informação incompleta (3Ur). No entanto consegue-se igualmente nesta fase, verificar uma evolução na informação registada (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Resultados relativos à categoria “Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro” - fase de evolução



Reflexão

Após a aplicação da grelha de análise aos registos de enfermagem dos clientes idosos com AE na fase de avaliação, pôde constatar-se um progresso ao nível do registo de informação, acerca do trabalho em parceria e da avaliação nutricional. Verificou-se uma evolução ao nível de registos nos processos de enfermagem em todas as dimensões do modelo de parceria observadas. Subjacente a este facto penso que esteja, por um lado a introdução de um novo instrumento de registos, que tendo por base as fases do modelo de parceria, facilita a recolha de informação acerca do cliente idoso em todas as suas dimensões, contemplando informação sobre as estratégias definidas em conjunto para a promoção do projeto de vida e saúde. Por outro lado, a formação efetuada ao longo do estágio, quer a nível formal com a sessão de formação e reunião acerca do modelo de parceria, quer a nível informal durante a prestação de cuidados, possibilitou uma reflexão acerca do processo de parceria. A importância de conhecer o cliente idoso e de se registar esse conhecimento é essencial para o posterior delineamento de estratégias em conjunto, definindo objetivos comuns, para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, para que o cliente idoso possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

Constatou-se o envolvimento da equipa de enfermagem na procura de adquirir conhecimento acerca de toda a singularidade do cliente idoso com AE, possibilitando o envolvimento com o mesmo, definindo percursos em conjunto, revertendo-se numa melhoria dos registos de enfermagem, promovendo a continuidade de cuidados, permitindo que este possa continuar o seu projeto de vida e saúde.

Apêndice XIV

ESTRUTURA DO GUIÃO DAS ENTREVISTAS

ESTRUTURA DO GUIÃO DA ENTREVISTA

Segundo Quivy “(...) a entrevista é a técnica adequada quando se pretende compreender o sentido que os actores dão às suas práticas (...) aos seus acontecimentos (...) ao seu sistema de valores, às suas referências normativas (...) às leituras que fazem das suas próprias experiências.” (QUIVY 1998, p. 193).

Recorreu-se à entrevista semi-estruturada, na qual o entrevistador elabora perguntas principais, podendo incluir novas questões e alterar a sua sequência, permitindo que o entrevistado fale livremente, intercedendo apenas no sentido de encaminhar a entrevista, obtendo uma maior quantidade de informação. Esta permite ainda ao entrevistador adaptar o instrumento ao nível da compreensão do entrevistado (FORTIN, 2000).

As entrevistas foram denominadas com letras de A a D e as questões identificadas com a letra correspondente ao bloco em que se insere.

Para o tratamento dos dados optou-se pela análise de conteúdo (BARDIN, 2009). De acordo com Bardin, a codificação estabelece uma representação do conteúdo do texto, segundo a autora “a organização da codificação compreende três escolhas:

- O Recorte: escolha das unidades;
- A Enumeração: escolha das regras de contagem;
- A Classificação e agregação: escolha das categorias.” (BARDIN 2009, p.129).

A escolha das unidades de registo e de contexto deve ir ao encontro dos objetivos em análise e são compreendidas como “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (BARDIN, 2009, p. 130).

Segundo Bardin, a análise das entrevistas é principalmente temática, deste modo recorreu-se ao modelo de Parceria (GOMES, 2009) e respetivas fases constituintes. Deste modo, após a recolha dos dados procedeu-se ao agrupamento das unidades de registo definindo as categorias e as áreas temáticas tendo em conta o modelo de parceria de Gomes (2009).

Os dados foram codificados, correspondendo uma letra a cada entrevista (A a D), uma segunda letra respeitante ao bloco da questão (C) em análise e um nº respeitante à questão (1 a 5).

Para a realização das entrevistas foi elaborada um guião da entrevista estruturado em três blocos:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES FORMULADAS	OBSERVAÇÕES
<u>Bloco A</u> Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado para o tema em estudo	- Legitimar a entrevista - Motivar a participação do entrevistado, para o tema em estudo.	• Descrever sucintamente os objetivos do estudo e linhas orientadoras do mesmo. • Requerer permissão para realizar a entrevista. • Solicitar autorização para a gravação áudio integral da entrevista. • Assegurar a confidencialidade das informações obtidas entrevista.	• Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20 minutos). • Esclarecer todas as questões efetuadas pelo entrevistado.
<u>Bloco B</u> Aquisição de dados sociodemográficos da amostra.	- Caracterizar a amostra em estudo	Idade Sexo Escolaridade Estado civil Com quem reside Cuidador principal	
<u>Bloco C</u> Abordar o tema da entrevista com o cliente/cuidador sobre a alimentação entérica.	Promover a reflexão dos clientes face aos conhecimentos que possuem sobre a alimentação entérica, gestão que realizam da mesma, recursos que mobilizam, expectativas que possuem. Obter feedback sobre o projeto	1. Qual o seu conhecimento acerca da administração da AE 2. Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados? 3. Participou e recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir? 4. Recebeu informação de como se articular com os serviços de saúde caso necessite? 5. Qual a sua opinião sobre o projeto de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE?	Utilização de questões orientadoras

Para facilitar a condução da entrevista foram elaboradas algumas questões orientadoras.

1) Qual o seu conhecimento acerca da administração da alimentação entérica?

Questões orientadoras:

- ⇒ Que informação lhe foi dada acerca da dos cuidados em relação à AE?
- ⇒ Teve oportunidade de experimentar a técnica com os enfermeiros?
- ⇒ A informação que lhe foi fornecida ajudou-o no regresso a casa?
- ⇒ Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?

2) Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?

Questões orientadoras:

- ⇒ Sentiu que participou e decidiu o que queria para os seus cuidados?

3) Participou e recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir?

Questões orientadoras:

- ⇒ Participou na construção do plano alimentar?
- ⇒ Foi-lhe perguntado quais seus hábitos/gostos para a elaboração do plano alimentar?
- ⇒ Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que deve administrar ao longo do dia?
- ⇒ Sabe dizer quais os benefícios de seguir a dieta recomendada?
- ⇒ Sabe dizer quais os sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?
- ⇒ Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?
- ⇒ O plano está de acordo com as suas possibilidades materiais e financeiras?

4) Recebeu informação de como se articular com os serviços de saúde caso necessite?

Questões orientadoras:

- ⇒ Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas ao nível da administração de AE?

5) Qual a sua opinião sobre o projeto de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE?

Apêndice XV

GUIÃO DAS ENTREVISTAS

ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

1. Que informação lhe foi dada acerca dos cuidados em relação à AE?
 - a- Teve oportunidade de experimentar a técnica com os enfermeiros?
2. A informação que lhe foi fornecida ajudou-o no regresso a casa?
3. Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?
4. Sentiu que participou e decidiu o que queria para os seus cuidados?
5. Participou na construção do plano alimentar?
 - a. Foi-lhe perguntado quais os seus hábitos/gostos para a elaboração do plano alimentar?
 - b. Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que deve administrar ao longo do dia?
 - c. Sabe dizer quais os benefícios de seguir a dieta recomendada?
 - d. Sabe dizer quais os sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?
 - e. Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?
 - f. O plano está de acordo com as suas possibilidades materiais e financeiras?
6. Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?
7. Qual a sua opinião sobre o projeto de prevenção da desnutrição do cliente idoso com AE?

Apêndice XVI

TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA EFETUADA A UM
CLIENTE IDOSO COM AE/CUIDADOR

ENTREVISTA A- Sr. A

Enf.º- Bom dia Sr. A. e Sr.^a S. como vos tinha falado na primeira vez que nos encontrámos, seria importante contar com o vosso testemunho acerca do projeto de prevenção da desnutrição, hoje gostaria de vos fazer umas perguntas acerca do mesmo, pode ser?

Sr. A.- Claro que sim, estamos ao seu dispor.

Enf.º- Então a primeira pergunta é: Sentiu que participou e decidiu o que queria para os seus cuidados?

Sr. A.- Eu acho que sim.

Enf.º- Em que medida?

Sr. A.- Eu para mim, acho que em todos os aspetos. Pude escolher os alimentos que mais gostava, escolher a hora das refeições, puseram-me à vontade. Não tenho espécie alguma de razão de queixa.

Enf.º- E acha que esse ensino foi adaptado à sua vida, ao seu dia-a-dia?

Sr. A.- Eu acho que sim. Teve em atenção o dia-a-dia, que se ia passando, acho que era isso. Por outras palavras acho que o ensino foi de encontro a que a alimentação por sonda se adaptasse às minhas rotinas, tendo sempre o cuidado de perguntar o que eu queria.

Enf.º- Que informação lhe foi dada acerca dos cuidados em relação à alimentação entérica?

Sr.º A.- Foi-me explicado como ocorreu o meu problema na corda vocal derivado da trombose, de alimentos que não podia comer pela boca, pois poderia morrer e fazer-me mal, isto foi indicação dos médicos e enfermeiros senão por minha parte era tudo a *feito*.

Enf.º- E em termos da técnica em si da alimentação o que lhe foi explicado?

Sr.º A.- Pronto isso o que me foi explicado é que derivado a minha doença eu não poderia comer pela boca os alimentos, não posso comer aquilo que anteriormente comia pela boca, ou melhor posso mas tem de ser tudo passado e dado depois com seringa.

Enf.º- O que é que lhe foi explicado quando iniciou a alimentação por sonda?

Sr.º A.- A minha sobrinha praticamente já me deixava tudo pronto, eu praticamente aquecia no microndas, mexia um pouco e depois metia na sonda, depois tirava (o que diz o papel) para ver que a coisa não estava cheia, se tivesse bom o que geralmente acontecia, e ia administrando lentamente devagarinho, dava uma duas bombas (seringas)

e depois mais duas bombas de água pois aqui explicaram-me que era muito importante dar muita água.

Cuidadora do Sr. A.- Oh tio, penso que o Sr. Enfermeiro tá a perguntar é o que lhe foi explicado quando lhe colocaram a sonda, e nessa altura o que nos explicaram foi como administrar os alimentos e os comprimidos pela sonda e os cuidados a ter do orifício da sonda não foi tio?

Sr. A.- Foi sim S. até nos deram um papel a explicar tudo o que nos tinham dito.

Enf.º - Teve oportunidade de experimentar a técnica com os enfermeiros, ou seja a dar os alimentos pela sonda?

Sr. A.- Sim, o enfermeiro disse agora você vai-se habituando a dar os alimentos pela sonda, foi ele que me ensinou a dar os alimentos com a bomba pela sonda. Até lhe digo uma coisa senhor enfermeiro, aprendi com os enfermeiros lá de cima do serviço de medicina e depois convosco cá em baixo, tanto uns como os outros são impecáveis. Só as bombas é que poderiam ser de uma forma mais fácil aquilo com o tempo custa.

Enf.º - Sabe porque é Sr. A. é com o calor dos alimentos a borracha dilata e torna mais difícil administrar.

Cuidadora do Sr. A.- Torna-se complicado, tínhamos de trocar de seringas frequentemente. Às vezes tinha que encostar ao peito e fazer força porque não conseguia de outra maneira.

Enf.º - Tenham em atenção que há várias marcas de seringas, umas são melhores que outras, é questão de se ir experimentando.

Sr. A.- Temos de ver isso S.

Enf.º - Agora relembro, que outras informações lhe foram dadas acerca da alimentação por sonda?

Cuidadora do Sr. A.- Disseram que tinha de ser em líquidos, não podia ser nada inteiro, tudo passado, tinha que lavar a sonda, sempre com água, dar água com gás ou coca-cola uma vez por semana para não entupir.

Sr. A.- Para além disso era limpar sempre muito bem aqui o buraquinho do tubo com os pensos (compressa), andar com ele um bocadinho à volta para aquilo não estar sempre no mesmo sítio, isso ainda hoje faço tudo como combinei consigo. E sempre que limpo tenho o cuidado de secar tudo bem como me explicaram cá.

Enf.º - Passamos à próxima?

Sr. A.- Vamos a isso.

Enf.º - Participou na construção do plano alimentar?

Sr. A.- A Dr.^a nutricionista foi lá ter comigo e esteve a perguntar o que eu gostava, mas aqui há uma curiosidade, quer se goste ou não como não tenho o paladar, não tem nada a gente come tudo mesmo que não se gostasse. Só sentimos se tiver muito quente. Para além disso deu-me informação daquilo que eu poderia comer. Ela até me falou do aspeto de introduzir o azeite na preparação dos alimentos.

Enf.º- Então foi-lhe perguntado quais seus os hábitos/gostos para a elaboração do plano alimentar?

Sr. A.- Sim, lembro-me que perguntou ela e depois vocês também perguntaram.

Enf.º- Muito bem, vamos passar à próxima pergunta. Sabe o número de refeições e quantidade de alimentos que deve administrar ao longo do dia?

Sr. A.- Sim, isso eu sei. Olhávamos para o papel e seguia o que lá estava escrito, depois também com a vossa ajuda aprendi que se podiam ir fazendo pequenos ajustes para não ser sempre a mesma coisa, mas respeitando o que estava no papel.

Enf.º- Sabe dizer quais os benefícios de seguir a dieta recomendada?

Sr. A.- Os benefícios que tem é em questões de saúde. Se seguir a dieta consigo prevenir problemas para a minha saúde, ou seja não ficar pior do que estou.

Enf.º- Sabe dizer quais os sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?

Sr. A.- Eu acho que quando a alimentação não esta certa, se começa a emagrecer porque não se tem alimentos adequados. Olhe por exemplo as calças já dançavam, tive de fazer mais furos no cinto, até nas cuecas notei que ficaram mais largas. O cinto quando o comecei a apertar e pedi ao teu marido para fazer mais uns furos disse para mim: *Ó pá isto tá a ficar mau.*

Cuidadora do Sr. A.- Eu nem lhe conseguia segurar a calças sem cinto porque caíam logo.

Sr. A.- mas agora neste momento, está a ser ao contrário, com esta recuperação, foi nove kilos que me disse não foi? Realmente até como pode ver já ganhei uns furos no cinto.

Enf.º- Vamos passar à próxima. Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?

Sr. A.- Foi o que eu disse à bocado qualquer comer me servia, não fazia questão de ser este ou aquele. No entanto o plano foi feito a pensar em mim, fiquei contente da alimentação ser mais grossinha, tipo de papa, pois quando tinha a sonda não se conseguia, porque não passava. Já conseguia ter o óleo vegetal que era mais uma gordura, o leite gordo, a farinha maizena, que dava mais consistência à alimentação. Foi a

partir daí que eu recuperei. Em cerca de quinze dias consegui começar a recuperar o peso que tinha perdido. Sabe Sr.º Enfermeiro Francisco as doenças é como a condução, ao início nós somos uns charutos a conduzir mas com o tempo vamos ficando mais preparados e conduzimos melhor. Nas doenças é a mesma coisa, à medida que as vamos conhecendo e nos vão informando o que podemos e não podemos, também vamos ficando mais preparados para viver com elas.

Enf.º- Tem razão Sr. A.. Vamos à próxima. O plano está de acordo com as suas possibilidades materiais e financeiras?

Cuidadora do Sr. A.- Estava. O plano estava, não era nada que não se conseguisse comprar, se fosse uma situação de alimentos caros, mas não, era económico.

Sr. A.- Estava, não somos ricos mas dá perfeitamente para cumprir, até porque foi feito connosco e se não pudéssemos dizíamos logo.

Enf.º- Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?

Sr. A.- Sei, recorro aqui mesmo.

Cuidadora do Sr. A.- Sabemos, aqui a vocês.

Sr. A.- É.

Enf.º- A informação que lhe foi fornecida ajudou-o no regresso a casa?

Sr. A.- Ajudou bastante, foi uma liberdade estar ao pé dos familiares e eu já poder fazer as coisas individualmente sem estar a precisar dos outros, enquanto se não me tivesse sido explicado com o se fazia estava dependente dos meus familiares. Ajudou-me a ser mais independente.

Enf.º- Que outro tipo de informação gostaria de ter recebido?

Sr. A.- Penso que não, a nível de informação não. Só tenho a perguntar é porque é que não colocaram logo o tubo de início, é que depois de colocarem o tubo e eu me ter começado a alimentar melhor até fiquei mais feliz.

Enf.º- Sabe Sr. A., não é hábito começar logo pela sonda PEG que é o que tem na barriga, porque é um procedimento mais invasivo, embora não sinta nada é mais doloroso efetuar um furo na barriga para colocar a sonda do que introduzir uma sonda pelo nariz que já é um orifício que já existe. É por isso que se opta pela sonda no nariz primeiro, até porque muitas vezes a pessoa recupera a deglutição e assim evita-se colocar a sonda PEG.

Enf.º- E a nível de cuidados sente que faltou alguma informação?

Sr. A.- Não, não. A preparação que vocês efetuaram e só o facto de estarem connosco a explicar, foi formidável.

Cuidadora do Sr. A.- Não em casa correu tudo bem, até parecia que já tinha aquilo à algum tempo. Com a vossa ajuda tudo correu bem. Até o livrinho nos ajudou, ainda ontem o meu tio o estava a ler.

Enf.º- Não resisto a perguntar o que acharam deste projeto e deste acompanhamento ao nível da alimentação por sonda?

Cuidadora do Sr. A.- Eu penso que foi muito útil. Devem manter este projeto para ajudar mais pessoas que tenham estes casos. A qualidade de vida é outra. Com este projeto quando cheguei a casa parecia que eu já trabalhava com aquilo fazia anos, já tinha muita prática, mas não ensinaram-me aqui e eu cheguei a casa e simplesmente não tive dificuldade nenhuma. Até pelo contrário só saber que já introduzia mais alimentação e era mais consistente, só isto me fazia mais feliz pois sabia que iria ter outro resultado que não tinha tido até aqui. Portanto acho que este projeto foi maravilhoso, ajudou em todos os aspetos.

Sr. A.- Eu acho que é muito bom este projeto, até pelo que já falámos. É outra qualidade de vida. Foi uma liberdade grande que eu ganhei. Foi uma sorte ter dado com pessoas bastante competentes e me terem ajudado e terem apostado em mim. Só tenho que vos agradecer.

Cuidadora do Sr. A.- Sim, só temos que vos agradecer.

Enf.º- Quem agradece também somos nós pois juntos formámos uma equipa.

Sr. A.- É verdade fomos uma equipa, Sr. enfermeiro.

Enf.º- Bem vou dar por finda a entrevista, obrigado pela vossa colaboração, foi muito importante o vosso testemunho.

Sr. A.- Nós é que agradecemos, tudo o que fez por nós.

Apêndice XVII

GRELHA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DAS ENTREVISTAS

Quadro n.º 1- Área temática - Conhecimento acerca do processo de saúde

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTO ACERCA DO SEU PROCESSO DE SAÚDE	Demonstra conhecimento sobre o processo de saúde	"Foi me explicado como ocorreu o meu problema na corda vocal derivado da trombose, de alimentos que não podia comer pela boca" (AC1)
		"Disseram-me que me iam pôr o tubinho, explicaram-me que tinha um esófago grande e que os alimentos não desciam" (BC1)
		"(...)começaram por explicar que a minha mãe derivado ao AVC não conseguia engolir(...)" (CC1)
		"(...)o C. ficou sem conseguir engolir devido ao AVC" (DC1)
	Demonstra conhecimento acerca da administração da alimentação entérica	"(...)não posso comer aquilo que anteriormente comia pela boca, ou melhor posso mas tem de ser tudo passado e dado depois com seringa." (AC1)
		"(...)depois tirava (o que diz o papel) para ver que a coisa não estava cheia, se tivesse bom o que geralmente acontecia, e ia administrando lentamente devagarinho, dava uma duas bombas (seringas) e depois mais duas bombas de água pois aqui explicaram-me que era muito importante dar muita água." (AC1)
		"(...)limpar sempre muito bem aqui o buraquinho do tubo com os pensos (compressa), andar com ele um bocadinho à volta para aquilo não estar sempre no mesmo sítio(...). E sempre que limpo tenho o cuidado de secar tudo bem como me explicaram cá." (AC1)
		"(...) quantidade de alimentos, a importância de lavar bem depois a sonda, a forma de dar alimentos, os tempos para dar os alimentos...e também em relação ao tratamento da própria sonda, da própria PEG, das limpezas que deveriam ser feitas e está a vista a pele está sequinha, e também falaram de alguns problemas que podem surgir" (BC1)
		"Eu como me lembrei do que aqui me tinham dito, disse-lhe coloca um pouco de coca-cola que isso fica desentupido e assim aconteceu." (BC1)
		"Duas vezes por dia lavo com água e sabonete suave depois passo soro fisiológico e de seguida seco muito bem." (CC1)
		"(...)explicaram-me que a comida tinha de ser toda passada, a forma como havia de administrá-la, a importância de no fim da refeição lavar com água, e também como havia de limpar o orifício da PEG, e como havia de pôr. (DC1)
		"Tem tolerado nunca me referiu enfartamento nem teve vômitos, nem teve saída de liquido pelo estoma." (DC1)

Quadro n.º 1- Área temática - Conhecimento acerca do processo de saúde (cont.)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO DE SAÚDE	A informação recebida é adequada	"Ajudou bastante, foi uma liberdade estar ao pé dos familiares e eu já poder fazer as coisas individualmente sem estar a precisar dos outros, enquanto se não me tivesse sido explicado com o se fazia estava dependente dos meus familiares. Ajudou-me a ser mais independente." (AC1)
		"Foi sim S. até nos deram um papel a explicar tudo o que nos tinham dito." (AC1)
		"Até lhe digo uma coisa senhor enfermeiro, aprendi com os enfermeiros lá de cima do serviço de medicina e depois convosco cá em baixo, tanto uns como os outros são impecáveis." (AC1)
		"Para além disso deu-me informação daquilo que eu poderia comer." (AC1)
		"Quando colocaram a sonda, foi-nos fornecida informação, houve inclusivamente formação da família e também das funcionárias do centro de dia, além de fornecer um folheto informativo, foram dadas instruções sobre a alimentação por sonda, cuidados a ter com o orifício, acho que ficamos perfeitamente todos esclarecidos, tanto os familiares como as funcionárias." (BC1)
		"Sim, sim. A informação que nos deram foi bastante completa e permitiu que a alimentação entérica fosse introduzida de uma forma simples na nossa vida." (BC1)
		"(...)temos recebido todo o tipo de informação, não temos tido razão de queixa, nem dúvidas." (BC1)
		"A informação que nos deram foi bastante completa e permitiu que a alimentação entérica fosse introduzida de uma forma simples na nossa vida." (BC1)
		"Porque foi-nos explicado tudo, começaram por explicar que a minha mãe derivado ao AVC não conseguia engolir e depois desde a maneira de dar a alimentação por sonda, os cuidados a ter com a pele, etc, percebi tudo muito bem e tiveram em conta as nossas capacidades e de acordo com a nossa vida e opinião." (CC1)
		"Inclusive na nossa reunião por acaso foi fantástico explicou muito bem, a minha irmã gostou muito, achou que realmente não se encontra hoje disso." (CC1)
		"Ai sim, sim sem dúvidas. Esta totalmente diferente a minha mae, para melhor e sem as vossas explicações se calhar não conseguíamos tratar tão bem dela." (CC1)
		"Fazia-me uma confusão, mas realmente depois da vossa explicação fiquei prática." (CC1)
		"Para além disso, eu também via como as enfermeiras faziam e depois quando cheguei a casa deu bom resultado." (DC1)
		"O próprio livrinho que aqui deram foi uma ajuda." (DC1)

Quadro n.º 2- Área temática -Participação nos cuidados

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Sentiu que decidiu o que queria para os seus cuidados	"Eu acho que sim. Teve em atenção o dia-a-dia, que se ia passando, acho que era isso. Por outras palavras acho que o ensino foi de encontro a que a alimentação por sonda se adaptasse às minhas rotinas, tendo sempre o cuidado de perguntar o que eu queria" (AC2)
		"No entanto o plano foi feito a pensar em mim, fiquei contente da alimentação ser mais grossinha(...)" (AC2)
		"Olhávamos para o papel e seguia o que lá estava escrito, depois também com a vossa ajuda aprendi que se podiam ir fazendo pequenos ajustes para não ser sempre a mesma coisa(...)" (AC2)
		"Sim, sim. Foi sempre falado e chegado a acordo sobre o que iríamos fazer e sobre como se iria proceder ao nível dos tratamentos." (BC2)
		"Sim, Sim." (CC2)
		"(...)percebi tudo muito bem e tiveram em conta as nossas capacidades e de acordo com a nossa vida e opinião." (CC2)
		"Penso que sim, Sr. Enfermeiro. A nossa opinião foi tida em conta, nos tratamentos que o C. fez." (DC2)

Quadro n.º 3- Área temática -Conhecimentos e participação no regime dietético

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTOS E PARTICIPAÇÃO NO REGIME DIETÉTICO	Demonstra conhecimento sobre o regime dietético	"Sim, isso eu sei. Olhávamos para o papel e seguia o que lá estava escrito, depois também com a vossa ajuda aprendi que se podiam ir fazendo pequenos ajustes para não ser sempre a mesma coisa, mas respeitando o que estava no papel." (AC3)
		"No entanto o plano foi feito a pensar em mim, fiquei contente da alimentação ser mais grossinha, tipo de papa, pois quando tinha a sonda não se conseguia, porque não passava. Já conseguia ter o óleo vegetal que era mais uma gordura, o leite gordo, a farinha maizena, que dava mais consistência à alimentação." (AC3)
		"(...)são seis refeições com os alimentos que lhe disse à pouco." (BC3)
		"Sei que em termos de seringa é entre duas a três de alimentos e depois uma ou duas de água, e são seis a sete refeições consoante tenha comida no estomago ou não." (CC3)
		"A nutricionista esteve a falar connosco e disse que ele estava realmente magrinho e aconselhou a colocar mais batata e arroz" (DC3)
		"Sim, em princípio penso que sim(...) embora no plano ao almoço e jantar não estivessem escritas oito seringas eu dou-lhe, porque parecia que ele com as que lá vinham ficava com fome. No total dou-lhe cerca de cinco a seis refeições por dia." (DC3)
	Demonstra conhecimentos sobre riscos/benefícios do regime dietético para a saúde	"Os benefícios que tem é em questões de saúde. Se seguir a dieta consigo prevenir problemas para a minha saúde, ou seja não ficar pior do que estou." (AC3)
		"Eu acho que quando a alimentação não esta certa, se começa a emagrecer porque não se tem alimentos adequados. Olhe por exemplo as calças já dançavam, tive de fazer mais furos no cinto(...)" (AC3)
		"As roupas mais largas, os anéis mais largos, mais fraca.Com ela vê-se logo, quando não estar a comer o suficiente ou os alimentos mais ricos, também percebe porque sente que está a emagrecer. " (BC3)
		"Os benefícios serão todos, aumento de peso, sentir-se bem(...)" (BC3)
		"(...)assim consigo ir fazendo a minha vidinha sem sobressaltos." (BC3)
		"Os benefícios maiores são ao nível da saúde, pois fica mais saudável, e assim também consegue ter mais energia." (CC3)
		"Ela começa a ter mais fome e com o tempo fica mais fraca e magra, isso aconteceu antes de ir ter consigo, ela emagreceu as roupas até estavam mais largas." (CC3)
		"Em primeiro lugar não engorda não é? Em segundo pode ficar triste. A pele pode ficar baça. Para além disso a roupa fica mais larga, até tive de mandar apertar uns pares de calças." (DC3)
		"a nível de nutrição do C., até de funcionamento de intestinos, e sobretudo a nível de saúde." (DC3)

Quadro n.º 3- Área temática -Conhecimentos e participação no regime dietético (Cont.)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTOS E PARTICIPAÇÃO NO REGIME DIETÉTICO	Participou na construção da dieta	"A Drª nutricionista foi lá ter comigo e esteve a perguntar o que eu gostava(...) para além disso deu-me informação daquilo que eu poderia comer." (AC3)
		"No entanto o plano foi feito a pensar em mim." (AC3)
		"(...)perguntaram á minha irmã e mãe o que ela gostava mais e tiveram em conta os hábitos dela, lá em casa valorizamos imenso os gostos da minha mãe." (BC3)
		"Sim, sim! O mesmo, foi feito comigo e a minha mãe, tendo sido aferidas todas as refeições, inclusive até houve alteração do número de refeições e da sua constituição." (BC3)
		"Sim, sim, sem dúvida, foi digamos assim uma negociação" (CC3)
		"Foi, foi. Ela também gosta de tudo mas a Dr.ª perguntou isso tudo e depois fez o plano a partir daí." (CC3)
		"Sim chegámos a um acordo sobre como iria ser a alimentação do C.." (DC3)
		"(...) ela perguntou o que punha na sopa, a carne e o peixe que quase sempre era ou pescada ou salmão e de carne era borrego, frango. E ela disse: a D. G. deve colocar também carne vermelha e desde então tenho colocado." (DC3)

Quadro n.º 4- Área temática -Articulação com os serviços de saúde

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	Assumem o controlo do cuidado Si	"Sei, recorro aqui mesmo" (AC4)
		"Sim sabemos, recorremos aqui ao vosso serviço e obtemos toda a ajuda sem problemas." (BC4)
		"Tenho o seu número de telefone é para aí que ligo se tiver dúvidas." (CC4)
		"Sim, sim, sim e qualquer dúvida que eu tinha realmente sabia a quem recorrer. Sentia-me mais segura porque podia ligar para aqui que as pessoas davam-me uma resposta, não é. " (DC4)
		"Neste caso, venho aqui, ou telefono ou pergunto por si." (DC4)

Quadro n.º 5- Área temática -Valorização do projeto de prevenção de desnutrição do cliente idoso com AE

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
VALORIZAÇÃO DO PROJETO DE PREVENÇÃO DE DESNUTRIÇÃO DO CLIENTE IDOSO COM ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	Opinião sobre o projeto	"Eu acho que é muito bom este projeto, até pelo que já falámos. É outra qualidade de vida. Foi uma liberdade grande que eu ganhei. Foi uma sorte ter dado com pessoas bastante competentes e me terem ajudado e terem apostado em mim. Só tenho que vos agradecer." (AC5)
		"Eu penso que foi muito útil. Devem manter este projeto para ajudar mais pessoas que tenham estes casos. A qualidade de vida é outra. Com este projeto quando cheguei a casa parecia que eu já trabalhava com aquilo fazia anos, já tinha muita prática, mas não ensinaram-me aqui e eu cheguei a casa e simplesmente não tive dificuldade nenhuma." (AC5)
		"Eu acho bem. Para já sentimos mais segurança, e no caso da minha mãe fica mais esclarecida também, mais sossegada em relação a tudo isto. Para além disso dá importância à parte da nutrição que penso que anteriormente se desvalorizasse muito." (BC5)
		"Considero que foi muito importante para nos preparar, de forma a trazer para casa os nossos familiares e trata-los bem, é fundamental que continue, até pelo apoio que nos prestam." (CC5)
		"Acho que foi óptimo, é interessante, e deve ir para a frente. Deu-nos muita segurança. Há muitas pessoas que não têm conhecimentos como eu não tinha, e com este projeto ficam capazes de tratar melhor os seus familiares." (DC5)