

Millenium, 2(ed espec. nº5), 305-316.

pt

OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA/FAMILIAR CUIDADOR PARA PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO APÓS GASTRECTOMIA

CARE IN PARTNERSHIP WITH THE ELDERLY / FAMILY CAREER FOR PREVENTING MALNUTRITION AFTER GASTRECTOMY

ATENCIÓN EN ASOCIACIÓN CON LA CARRERA DE PERSONAS MAYORES PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN DESPUÉS DE LA GASTRECTOMÍA

Lúcia Jerónimo¹
Idalina Gomes²

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Lúcia Jerónimo - lucyml85@gmail.com | Idalina Gomes - idgomes@esel.pt



Autor Correspondente

Lúcia Jerónimo

Rua de Timor, nº 4, 2º esq
1685-488 Caneças - Portugal
lucyml85@gmail.com

RECEBIDO: 02 de fevereiro de 2020

ACEITE: 22 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: No processo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a gastrectomia, a intervenção em parceria, tendo por base um plano personalizado é crucial para evitar complicações, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa e a preparação do seu regresso a casa para prevenir reinternamentos.

Objetivos: Prevenir a desnutrição no idoso submetido a gastrectomia e preparar o seu regresso a casa.

Métodos: Projeto de intervenção através da metodologia de projecto, realizado num Hospital Central em Lisboa. Envolveu 8 idosos submetidos a gastrectomia, cuidadores familiares e 39 enfermeiros. Os dados foram colhidos por análise documental, observação de práticas e entrevistas, e foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo.

Resultados: Foram introduzidas novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes: registo pormenorizado e individualizado das informações colhidas em avaliação inicial, avaliação do estado de desnutrição, pesagem inicial e final e articulação com outros profissionais da equipa multiprofissional.

A avaliação nutricional (com escala MNA) dos idosos revelou que cinco apresentavam risco de desnutrição e um encontrava-se já em estado de desnutrição. A avaliação de peso ponderal passou a realizar-se no 1º dia de internamento e no fim do internamento, revelando uma variação negativa de 1,81Kg.

Conclusões: A intervenção em parceria permitiu um cuidado centrado no idoso. Houve uma reestruturação dos cuidados que permitiu ao enfermeiro conhecer melhor o idoso e detetar casos de desnutrição e preparar o processo de transição para casa.

Palavras-chave: idoso/cuidador familiar; intervenções de enfermagem; parceria; desnutrição; regresso a casa

ABSTRACT

Introduction: In the process of nursing care for the elderly undergoing gastrectomy, the intervention in partnership, based on a personalized plan is crucial to avoid complications, namely in preventing malnutrition in the elderly and the preparation of their return home to prevent readmissions.

Objectives: Prevent malnutrition in the elderly undergoing gastrectomy and prepare for their return home.

Methods: Intervention project using the project methodology, carried out in a Central Hospital in Lisbon. It involved 8 elderly people who underwent gastrectomy, family caregivers and 39 nurses. Data were collected through document analysis, observation of practices and interviews, and were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: New practices were introduced in the nursing team, ensured to all clients: detailed and individualized record of the information collected in the initial assessment, assessment of the malnutrition status, initial and final weighing and articulation with other professionals of the multiprofessional team.

The nutritional assessment (with MNA scale) of the elderly revealed that five were at risk of malnutrition and one was already in a state of malnutrition. The weight assessment started to be carried out on the 1st day of hospitalization and at the end of hospitalization, revealing a negative variation of 1.81 kg.

Conclusions: The partnership intervention allowed care centered on the elderly. There was a restructuring of care that allowed nurses to get to know the elderly better and to detect cases of malnutrition and prepare the transition process for home.

Keywords: elderly/family caregiver; nursing interventions; partnership; malnutrition; return home

RESUMEN

Introducción: En el proceso de cuidados de enfermería para los ancianos sometidos a gastrectomía, la intervención en asociación, basada en un plan personalizado es crucial para evitar complicaciones, a saber, en la prevención de la desnutrición de los ancianos y la preparación de su regreso a casa para prevenir rehospitalizaciones.

Objetivos: Prevenir la desnutrición en los ancianos que se someten a gastrectomía y prepararse para su regreso a casa.

Métodos: Proyecto de intervención a través de la metodología del proyecto, llevado a cabo en un Hospital Central de Lisboa. En él participaron 8 personas mayores sometidas a gastrectomía, cuidadores familiares y 39 enfermeras. Los datos fueron recogidos por análisis documental, observación de prácticas y entrevistas y fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y análisis de contenido.

Resultados: Se introdujeron nuevas prácticas en el equipo de enfermería, aseguradas a todos los clientes: registro detallado e individualizado de la información recopilada en la evaluación inicial, evaluación del estado de desnutrición, pesaje inicial y final y articulación con otros profesionales del equipo multiprofesional.

La evaluación nutricional (con escala MNA) de los ancianos reveló que cinco estaban en riesgo de desnutrición y uno ya estaba en estado de desnutrición. La evaluación del peso comenzó a realizarse el primer día de hospitalización y al final de la hospitalización, revelando una variación negativa de 1.81 kg.

Conclusiones: La intervención de la asociación permitió una atención centrada en los ancianos. Hubo una reestructuración de la atención que permitió a las enfermeras conocer mejor a los ancianos y detectar casos de desnutrición y preparar el proceso de transición para el hogar.

Palabras Clave: ancianos/cuidadores familiares; intervenciones de enfermería; asociación; desnutrición; volver a casa

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um triunfo das sociedades atuais (Singh, 2012) e é também uma realidade em Portugal, onde se caminha para um aumento da representatividade dos idosos na população. É um fenómeno social e actual que caracteriza os países industrializados e, em particular, a Europa. A melhoria das condições de vida em grande parte dos países desenvolvidos contribuiu para o aumento da esperança média de vida ao nascer (Galiot, Torrado & Cambrodon, 2015), pelo que se antevê uma sociedade futura cada vez mais envelhecida (Paúl & Ribeiro, 2012). O envelhecimento populacional é uma realidade de amplitude mundial que tem ocorrido nas últimas décadas. É uma tendência crescente que se verifica mais nos países desenvolvidos, mas que também se começa a verificar nos países menos desenvolvidos (National Institute of Aging, 2015).

Em Portugal, segundo dados estatísticos, em 2013 o índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2014). O acréscimo mais acentuado da população idosa resulta do aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2011). O acréscimo da população idosa, sendo uma conquista do mundo atual trouxe também um aumento das doenças crónicas com acréscimo de vulnerabilidade das pessoas idosas. Os especialistas na área dos idosos, reconhecem que estes constituem um dos grupos populacionais mais vulneráveis no desenvolvimento de problemas nutricionais (Galiot, Torrado & Cambrodon, 2015). O estado nutricional pode estar comprometido devido ao próprio processo de envelhecimento que acarretam 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 (Ahmed & Haboubi, 2010).

Assim a desnutrição, apesar dos avanços significativos da medicina continua a ser um problema de saúde pública com uma alta prevalência nos idosos dos países desenvolvidos. Uma identificação precoce e adequada dos problemas nutricionais pode ajudar a reverter a desnutrição e a impedir as consequências associadas ao estado nutricional deficiente (Guyonnet & Rolland, 2015).

O estado nutricional é, por isso, um fator que está agora bem estabelecido como um importante indicador de prognóstico em pessoas idosas. A perda de peso em pessoas com mais de 60 anos de idade aumenta o risco de morte e a literatura descreve seis principais causas para este problema: a sarcopenia, a anorexia, a má absorção, o hipermetabolismo, a caquexia e a desidratação (Morley, 2011).

Nos países da União Europeia cerca de 20 milhões de idosos são afetados pela doença relacionada com a desnutrição, custando aos governos da UE até 120 mil milhões de euros anualmente (Freijer et al., 2013). Este é um importante problema de saúde pública, pelo que se torna necessário realizar uma avaliação do estado nutricional nos idosos e desenvolver intervenções na área da prevenção de problemas associados à desnutrição nesta fase da vida de forma rotineira.

A desnutrição no 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 estado nutricional, desenvolvendo-se estratégias para colmatar as necessidades nutricionais do idoso. O carcinoma gástrico é o quinto mais frequente em Portugal, apresentando uma incidência de 6,1% e um índice de mortalidade de 9,5% (Globocan, 2012).

Importa também referir que a incidência da desnutrição em idosos hospitalizados é alta (Dent, Chapman, Piantadosi & Visvanathan, 2014), sendo por isso necessária a triagem nutricional, como método recomendado para a detecção de indivíduos com desnutrição proteico-energética ou em risco de desnutrição, seguida de intervenções apropriadas (Tsai, Ho & Chang, 2008). Em contexto de internamento de cirurgia, algumas vezes estas situações de desnutrição, estão relacionadas com a necessidade de gastrectomia como tratamento de situações de carcinomas gástricos. O carcinoma gástrico é o quinto mais frequente em Portugal, apresentando uma incidência de 6,1% e um índice de mortalidade de 9,5% (Globocan, 2012). Assim nos doentes internados para gastrectomia é mandatária e uma avaliação do seu estado nutricional.

Têm vindo a ser desenvolvidos vários instrumentos e métodos de triagem nutricional que estão hoje na vanguarda da identificação de pacientes com desnutrição. Idealmente, os pacientes identificados são encaminhados para uma avaliação nutricional completa, que inclui a confirmação do diagnóstico e identificação dos défices nutricionais específicos (Dent, Chapman, Piantadosi & Visvanathan, 2014). Ao longo dos últimos 20 anos houve avanços importantes na capacidade de diagnosticar a desnutrição e proceder ao seu rastreio, explorando o uso de vários instrumentos desenvolvidos para esse efeito, como é exemplo o Mini Nutritional Assessment (MNA[®]) (Morley, 2011).

Para o rastreio do estado nutricional em idosos, o MNA[®] é um dos instrumentos mais reconhecido e utilizado internacionalmente. Desde a sua primeira publicação em 1996, o MNA[®] foi traduzido em mais de vinte línguas, incluindo a língua portuguesa, e foi validado com alta sensibilidade, especificidade e confiabilidade. É o método de maior facilidade na aplicação e economicamente mais viável para identificar idosos desnutridos ou em risco de desnutrição (Torres et al., 2014). Deste modo é fundamental proporcionar cursos de formação, neste âmbito, para profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas), para que estes possam estar preparados para implementar a avaliação e educação nutricional da população geriátrica, desenvolver ferramentas e orientações para os profissionais de saúde e cuidadores e, ainda, identificar e reduzir fatores de risco clínicos, funcionais, sociais ou económicos para a desnutrição (Donini et al., 2013).

Pelo exposto, considerou-se pertinente desenvolver o presente projeto de intervenção que teve como objetivos prevenir a desnutrição na pessoa idosa submetida a gastrectomia em contexto hospitalar e preparar o seu regresso a casa.

Assim, com recurso ao instrumento de avaliação nutricional MNA foi realizada a realização de uma apreciação do estado nutricional de cada idoso proposto para gastrectomia total no dia da sua admissão, e durante o internamento, após o procedimento cirúrgico, para rastreio do estado de desnutrição e risco de desnutrição, num período temporal de dois meses. Concomitantemente desenvolveram-se estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família na preparação do seu regresso a casa, estabelecendo uma relação de parceria, que permitisse identificar as suas reais necessidades para uma transição segura no regresso à casa. A continuidade dos cuidados durante o internamento e após a alta hospitalar é crucial para o sucesso de todo o procedimento. Neste processo de transição, foi nossa preocupação construir uma ação conjunta com o cliente, que possibilitasse o adquirir conhecimentos sobre o seu processo de saúde, para a promoção do Cuidado de Si.

O regresso a casa da pessoa idosa constitui uma situação de vulnerabilidade e fragilidade. Considerando a situação de gastrectomia na pessoa idosa, que pode conduzir a situações de mal-absorção e possível alteração do estado nutricional, a pessoa idosa terá de desenvolver conhecimentos e capacidades para se adaptar à sua nova condição, gerir a situação de doença e alcançar o sucesso nessa transição (Meleis, 2010). Para esta autora, regresso a casa é uma transição geradora de desequilíbrio para a pessoa idosa e constitui, conjuntamente com o processo de alta, uma parte vulnerável do internamento, onde as intervenções de enfermagem são desenvolvidas para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar. O planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia deverá, por isso, exigir atenção, precisão e rigor, para garantir a continuidade dos cuidados (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004; Gonçalves, 2008).

A prática de cuidar exige que se conheçam as necessidades individuais dos idosos/famílias, que se compreenda o seu processo de doença, exigindo-se mais esforços na capacitação das pessoas idosas e família na adaptação à nova situação para que possam prosseguir com o seu projeto de vida e saúde (Rydeman, Törnkvist, Agreus e Dahlberg, 2012).

Neste sentido, importa envolver o idoso o que só é possível numa intervenção em parceria, pelo que é fundamental entender a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado para promover o Cuidado de Si (Gomes, 2009). Nesta intervenção em parceria é valorizado o cuidado centrado no idoso, em que as intervenções são definidas com o cliente, permitindo-lhe um maior controlo sobre o seu projeto de saúde e prosseguir na sua trajetória de vida.

No contexto da preparação do regresso a casa da pessoa idosa, torna-se, também, fulcral considerar a família como parceiro e alvo de cuidados. A inclusão dos familiares é considerada benéfica na transição para casa para que possam ser preparados e capacitados para assumir os cuidados (Shyu, Chen, Chen, Wang e Shao, 2008). Atendendo ao inerente papel ativo que é exigido à família nos cuidados ao idoso, torna-se fundamental que durante o processo de hospitalização as intervenções desenvolvidas sejam direcionadas para ambos.

Da revisão integrativa da literatura realizada, verifica-se que os idosos beneficiam com intervenções enquadradas em planos de alta ou programas direcionados para a transição do hospital para o domicílio (Laugaland, Aase e Barach, 2012). Verifica-se, também, que práticas inadequadas no planeamento da alta do idoso estão relacionadas com intercorrências e risco elevado de readmissão (Bauer, Fitzgerald, Haesler e Manfrin, 2009).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PARCERIA DE CUIDADOS COM O IDOSO SUJEITO A GASTRECTOMIA E FAMILIAR CUIDADOR

Cuidar em parceria com a pessoa idosa implica a partilha de poder na relação de cuidados, promover e desenvolver a autonomia da pessoa idosa/cuidador e proporcionar conforto e bem-estar aos intervenientes, pela integração e participação nos cuidados da pessoa idosa (Gomes, 2009). Trata-se de um cuidado centrado na singularidade da pessoa, que lhe permite que esta tenha controlo sobre o seu próprio projecto de vida e de saúde ou que permita à pessoa que prossiga com a sua trajetória de vida. Para a autora, a existência de uma verdadeira relação de parceria implica uma interação genuína entre os parceiros, onde a tomada de decisões e ações em conjunto resultem em ganhos para ambos.

A proporção de clientes idosos acima de 70 anos com este diagnóstico de carcinoma gástrico tem aumentado em todo o mundo (Costa et al, 2004), sendo a gastrectomia o tratamento cirúrgico adotado. Considerando a vulnerabilidade da pessoa idosa hospitalizada, a gastrectomia aumenta o risco de desnutrição e complicações. Importa uma readaptação com aquisição de novos

conhecimentos e habilidades relativas ao plano alimentar, medicamentoso e despiste de potenciais complicações no sentido de prevenir a desnutrição (Smeltzer e Bare, 2010).

Segundo Freitas et al (2011) a desnutrição é definida como uma condição clínica em que ocorre um desequilíbrio entre a ingestão e a necessidade nutricional, resultando na perda exagerada de nutrientes e trata-se de uma condição frequente na população idosa, na qual 30 a 40% das pessoas acima de 75 anos apresentam perda ponderal de aproximadamente 10%.

A desnutrição é um problema preocupante e frequentemente observado na população idosa, já que vários fatores, como alterações fisiológicas, patologias associadas, ou uso de múltiplos medicamentos, acabam por interferir no apetite, no consumo de alimentos e na absorção dos nutrientes, aumentando o risco de desnutrição (Paúl e Ribeiro, 2012). A desnutrição está associada a maior taxa de mortalidade entre os idosos, e acresce um aumento da taxa de morbilidade, internamentos hospitalares prolongados e elevados custos para o idoso e para a sociedade, constituindo-se como um desafio o reconhecimento precoce desse risco e a implementação de estratégias para o combater (Amaral et al., 2007). A avaliação nutricional é o primeiro passo para prevenir e corrigir os desvios nutricionais. A elevada prevalência de desnutrição entre doentes idosos na ocasião da admissão hospitalar, bem como a tendência de agravamento do estado nutricional durante a hospitalização vieram reforçar a importância da avaliação do estado nutricional neste grupo populacional (Agarwal, Miller, Yaxley e Isenring, 2013; Guyonnet e Rolland, 2015).

Nesse sentido, e por forma a prevenir estados de desnutrição nos idosos submetidos a gastrectomia deverão ser desenvolvidas intervenções de enfermagem adequadas direcionadas para a avaliação nutricional, educação e acompanhamento. Segundo Paúl e Ribeiro (2012) é fundamental a identificação dos determinantes do estado nutricional: fisiológicos (idade, saúde oral, acuidade sensorial, inatividade/imobilidade, perda de massa muscular, densidade óssea, diminuição do pH gástrico, diminuição da função imunitária); psicológicos (alterações do estado emocional, solidão, desmotivação, imagem corporal, depressão); socioeconómicos (baixos rendimentos, baixo nível de escolaridade, pobreza, acesso limitado a cuidados médicos e suporte comunitário, falta de conhecimentos em termos alimentares/nutricionais e sua aplicação prática, crenças e mitos, institucionalização, elevados gastos em saúde); *ambientais* (dificuldades de acesso e aquisição aos alimentos, preparação de alimentos, falta de apoio de serviços comunitários, falta de meios e condições para confeção de refeições, ou habitação inadequada).

Após a identificação de sinais sugestivos de desnutrição acima referidos é necessário proceder a uma avaliação nutricional, tendo como principais objetivos a adequação de um plano alimentar às reais necessidades da pessoa idosa. É recomendado o recurso a instrumentos simples, específicos, sensíveis e pouco dispendiosos, e que garantam dados concretos dos idosos (Ferry et al., 2004). A avaliação do estado nutricional pode ser feita a quatro níveis: avaliação clínica e funcional, avaliação da ingestão alimentar, avaliação antropométrica/composição corporal e avaliação analítica (Potter e Perry, 2006; Paúl e Ribeiro, 2012). Além destes indicadores, têm sido desenvolvidos vários métodos de avaliação do estado nutricional. Segundo Loureiro (2008) considerando as inúmeras alterações associadas ao envelhecimento que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados, a avaliação nutricional do idoso consiste numa tarefa difícil e complexa.

Neste estudo adotou-se para avaliação nutricional dos idosos submetidos a gastrectomia a MiniNutritional Assessment – MNA (Figura 1). Trata-se de um questionário que permite detetar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos. A informação é obtida através do questionário direto ao idoso/cuidador familiar, e pode ser aplicada por médicos, nutricionistas/dietistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Revela-se um instrumento válido para triagem e avaliação que pode identificar idosos malnutridos ou em risco de má nutrição, sendo o instrumento de avaliação nutricional mais adequado para a população geriátrica (Kondrup et al., 2003; Loureiro, 2008; Freitas et al 2011). Este está validado para a população idosa portuguesa, em contexto hospitalar e domiciliar por Loureiro (2008).

Considerando que a gastrectomia está associada à síndrome de mal absorção, e que isso pode conduzir a risco acrescido de alterações do estado nutricional, neste processo de saúde-doença, espera-se da intervenção de enfermagem na avaliação e sinalização de casos de idosos com desnutrição ou risco de desnutrição para definição de intervenções direcionadas. Por outro lado, o enfermeiro é um agente facilitador do processo de transição que o idoso submetido a gastrectomia experiencia. Num quadro de fragilidade e vulnerabilidade da pessoa idosa, o enfermeiro procura, através das cinco fases do Modelo de Intervenção em Parceria com a Pessoa Idosa (revelar-se, envolver-se, capacitar/possibilitar, comprometer-se, assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro estabelecer uma relação negociada com o cliente, tendo em vista a definição de objetivos comuns e definição de estratégias conjuntas para que o equilíbrio seja alcançado (Gomes, 2009).

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora 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 grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente 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? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) Pontuação da triagem Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos de 17 a 23,5 pontos menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição <input type="checkbox"/> desnutrido
References 1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:456-465. 2. Rubenstein LZ, Hawker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Geront</i> . 2001; 56A: M396-377 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:466-487. © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners. © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009. Para maiores informações: www.mna-elderly.com	

Figura 1 - Escala de Mini Avaliação Nutricional – MNA.

É valorizado um cuidado mais centrado no idoso/cuidador familiar, em que as intervenções são definidas com os clientes, permitindo-lhes um maior controlo sobre o seu projeto de saúde, prosseguindo a sua trajetória de vida. O cuidado de Si, conceito central no modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2009) reforça o papel do enfermeiro na promoção do cuidado do da pessoa idosa ou do cuidador familiar para os capacitar para gerir a situação de cuidados.

Num serviço de cirurgia de um Hospital Central em Lisboa (SCHCL) constatou-se, após a observação e análise das práticas de enfermagem, a necessidade de desenvolver a continuidade de intervenções direcionadas para a prevenção da desnutrição da pessoa idosa submetida a gastrectomia, através da articulação com outros profissionais e reestruturação da preparação do regresso a casa, com o envolvimento do cliente idoso como parceiro nos cuidados.

Assim, este projeto teve como objetivo prevenir a desnutrição na pessoa idosa submetida a gastrectomia e, simultaneamente, preparar o seu regresso a casa.

2. MÉTODOS

Foi adotada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal se centra na resolução de problemas e no desenvolvimento de capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Freitas, 2010). Para o autor, esta metodologia é constituída por cinco fases: diagnóstico; planificação das atividades; execução das atividades; avaliação do trabalho; e divulgação dos resultados.

2.1 Participantes

Este estudo realizou-se num Hospital Central em Lisboa.

Envolveu 8 idosos submetidos a gastrectomia, seus cuidadores familiares e 39 enfermeiros da equipa de enfermagem.

2.2 Procedimentos

O projeto decorreu em quatro fases distintas: diagnóstico de situação, planificação, execução e fase de avaliação. Os dados para o diagnóstico da situação e avaliação foram colhidos por análise documental, através de indicadores definidos à priori, observação de práticas e entrevistas. A análise dos dados foi efetuada através de estatística descritiva e análise de conteúdo.

Na primeira fase realizou-se um diagnóstico da situação, para identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem no âmbito da prevenção da desnutrição, ao nível do Conhecer/Envolver-se com a pessoa idosa e seu cuidador familiar. Procurou-se aprofundar o conhecimento da pessoa idosa (Indicadores: identidade da pessoa idosa, seu contexto de vida, contexto de doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades da pessoa idosa, avaliação do estado nutricional), o que possibilitou ao enfermeiro estruturar intervenções educativas e cuidados personalizados ao cliente/família, sendo facilitadores do domínio do processo de saúde no regresso a casa.

Na segunda fase - fase de planificação – foi definido um plano de cuidados individual, que integrou a avaliação do estado nutricional, bem como pesagens no início e término do internamento. O plano atendeu às preferências do idoso e integrou os cuidados específicos associados à gastrectomia: realizar refeições frequentes e em pequenas quantidades; alimentar-se numa posição confortável; permanecer sentado após as refeições cerca de 30 minutos, mastigar bem os alimentos; manter as fibras na alimentação; beber líquidos entre as refeições e em pequenas quantidades (fases Conhecer e Envolver-se do processo de parceria).

Na terceira fase – fase de execução – foi colocado em prática o plano alimentar individualizado (articulado entre enfermeira, idoso e nutricionista), e iniciou-se a partilha de conhecimento relativos ao processo de saúde-doença que permitam ao idoso o autocuidado (intervenção relacionada com as fases Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro). O principal objectivo desta fase foi a aquisição de conhecimentos por parte da pessoa idosa submetida a gastrectomia e seu familiar cuidador que lhes assegurassem o cuidado de Si. Os conhecimentos adquiridos pelo cliente de enfermagem foram validados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas à pessoa idosa/cuidador.

Na última fase – fase da avaliação – efetuou-se uma avaliação global do impacto deste trabalho nos cuidados, através da análise de registos de enfermagem, das entrevistas aos clientes idosos e seus cuidadores familiares, através dos dados antropométricos (reavaliação do peso), e análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros (Indicador: Assumir ou assegurar o Cuidado do Si).

3. RESULTADOS

Na primeira fase de diagnóstico inicial, constatou-se que a preparação do regresso a casa não se baseava em nenhum procedimento estruturado. A análise de registos mostrou que os principais dados que os enfermeiros não registavam eram o contexto de vida da pessoa idosa (80%), (cf. Figura 2); avaliação nutricional (100%), (cf. Figura 3); hábitos/atividades da pessoa idosa alimentação (79%), (cf. Figura 4). As entrevistas realizadas aos enfermeiros revelaram que 50% dos enfermeiros efetuavam as intervenções relacionadas educação para saúde no dia da alta.

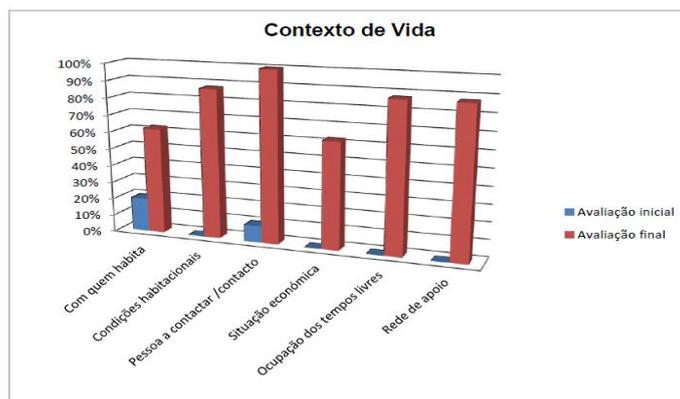


Figura 2 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Contexto de Vida).

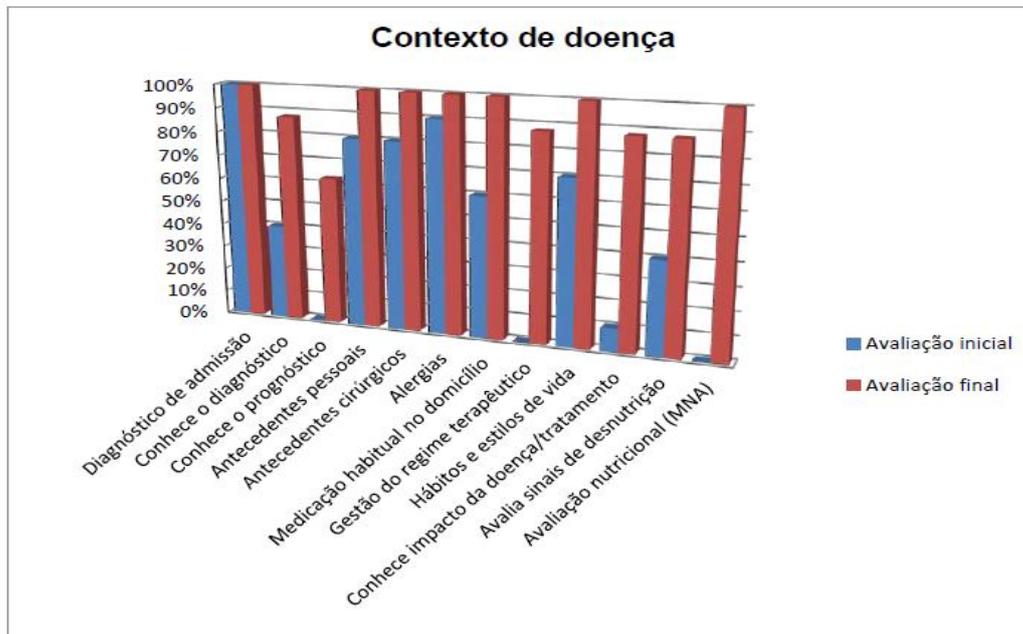


Figura 3 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Contexto de doença).



Figura 4 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa – Alimentação).

Estes dados levaram a um trabalho conjunto de reflexão e formação junto da equipa de enfermagem e iniciou-se a implementação de intervenções para aprofundar o conhecimento da pessoa idosa gastrectomizada/cuidador familiar no sentido de se avaliar as suas potencialidades e necessidades na transição dos cuidados do hospital para casa e aquisição de conhecimentos relativamente ao plano alimentar. Acordou-se com a equipa incidir na colheita de dados tendo em conta os indicadores da parceria para melhor conhecer a pessoa idosa (identidade da pessoa idosa, contexto de vida/doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades, MiniNutritional Assessment (MNA) para avaliação nutricional. Foi implementada a avaliação nutricional da pessoa idosa com recurso a MNA.

Os dados passaram a ser colhidos e registados na avaliação inicial. A nova análise dos registos de enfermagem à luz do modelo da Parceria permitiu perceber as mudanças ocorridas relativamente ao que passou a ser registado no processo clínico, dando visibilidade à capacitação, promoção da autonomia e ao assumir o cuidado de si. Foram analisados 8 processos clínicos, tendo-se

verificado uma variação positiva no número de registos no processo clínico, comparativamente à avaliação inicial. A Figura 5 reflete essa variação.

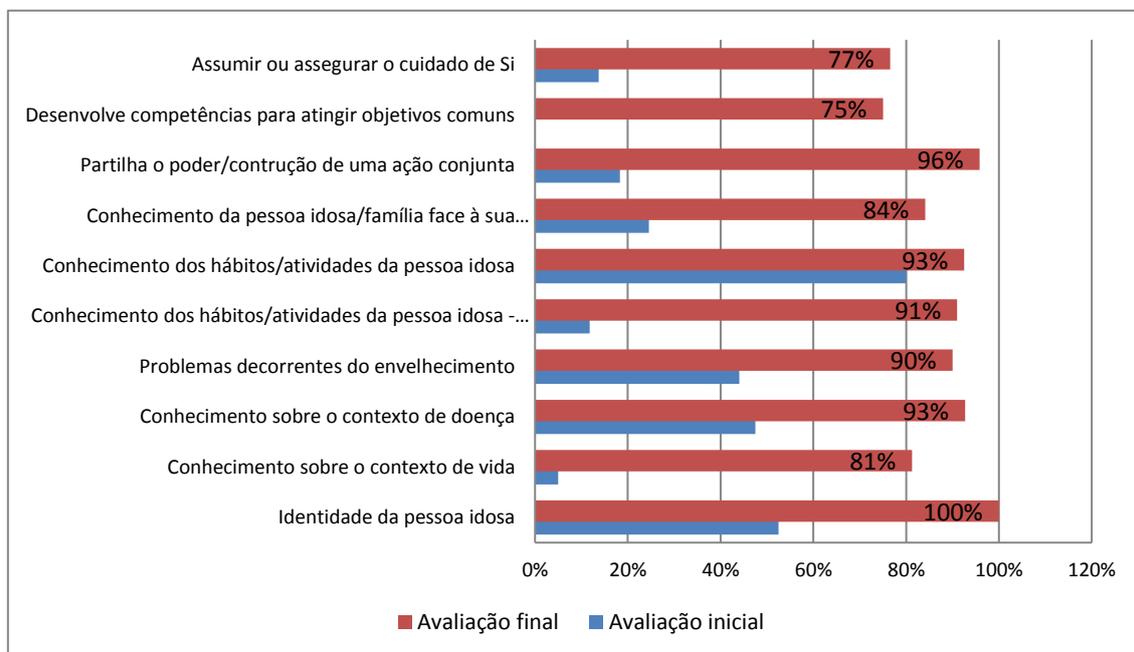


Figura 5 - Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem.

Na fase capacitar verificou-se que o cuidador familiar e o idoso gastrectomizado adquiriram conhecimento sobre os cuidados alimentares necessários após a gastrectomia. Salienta-se a introdução de novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes – avaliação nutricional através do MiniNutritional Assessment, detetando-se 5 pessoas idosas em risco de desnutrição. Estes clientes foram sinalizados e foi desenvolvido e implementado um plano alimentar personalizado, em colaboração com a nutricionista e equipa de enfermagem. Um dos idosos estava desnutrido e dois deles apresentavam estado nutricional normal (cf. Figura 6).

A educação estruturada, inclusão do cuidador familiar nos cuidados, a articulação com a rede de cuidados domiciliários e registos de enfermagem individualizados, favoreceram a continuidade de intervenções preventivas da desnutrição ao longo deste processo.

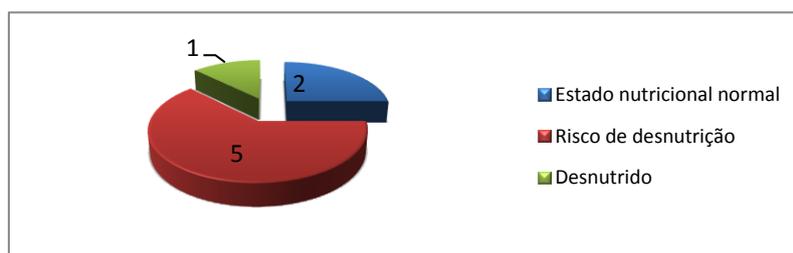


Figura 6 - Resultados da avaliação nutricional

A articulação com a nutricionista concretizou-se em todos os casos, tendo sido iniciada precocemente na situação do cliente em desnutrição. A sua intervenção justifica-se em termos de fracionamento das refeições e adequação dos alimentos às necessidades energéticas da pessoa idosa.

A intervenção nutricional, responsabilidade da equipa de saúde, permitiu que os clientes e familiares fossem orientados regularmente por uma equipa multiprofissional qualificada na avaliação do estado nutricional do cliente, inclusive dos seus hábitos e preferências alimentares, visando a melhoria do estado nutricional e prevenção do risco de desnutrição.

Da monitorização de peso corporal ao longo do internamento, verificou-se que apesar das medidas instituídas, todos apresentaram perda de peso, sendo a média 1,81kg (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Registo da pesagem inicial e final das pessoas idosas incluídas no projeto.

	A	B	C	D	E	F	G	H
Peso à entrada	65	83	68	72	63	65	58	74
Peso à saída	63	80	67	72	61	62,5	55	73

Os resultados das entrevistas às pessoas idosas e familiares cuidadores evidenciaram que, aquando da alta, todos os clientes tinham informação sobre os cuidados, sete clientes referiram decidir sobre os seus cuidados (7) e seis sentiram-se incluídos (6). O conhecimento sobre a alimentação foi o mais apontado como facilitador do regresso a casa (8). A pessoa idosa/familiar cuidador apresentou domínio do conhecimento sobre sinais e sintomas associados à cirurgia (8), e mostrou conhecimento sobre o risco/benefício do regime alimentar para a sua saúde (8); o plano alimentar foi construído com base nas preferências alimentares do cliente (8); todos os clientes e cuidadores familiares demonstraram conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade (8), sendo que sete dos clientes anteciparam necessidades de articulação com os recursos da comunidade (7).

4. DISCUSSÃO

A realização deste estudo no âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família permitiu uma compreensão global da pessoa idosa/família e possibilitou um processo de cuidados centrados no cliente, através da identificação atempada de necessidades.

Em termos de resultados, verificou-se que os enfermeiros passaram a realizar registos de enfermagem mais individualizados, o que se pode dever à sensibilização e compreensão da importância que estes assumem na continuidade dos cuidados. Ao conhecer melhor a pessoa idosa, conseguiu-se também, através da avaliação do estado nutricional, identificar situações de risco nutricional, como foi o caso de cinco idosos que se encontravam em risco de desnutrição, e um que, no primeiro dia de internamento, já se encontrava no estado de desnutrição. Nestes casos, os idosos foram sinalizados e iniciou-se a articulação com a equipa multidisciplinar – Cirurgião, Nutricionista e Dietista. Foi considerado prioritário aplicar a escala de avaliação nutricional a todos os idosos internados no serviço, dada a importância que a alteração nutricional pode acarretar no processo de saúde-doença de cada pessoa.

Foi observado, em todos os idosos incluídos no estudo, uma perda ponderal de 1,81kg, o que vem acentuar a necessidade de vigilância frequente do peso de cada idoso. Além do processo de doença que cada idoso vive, estão também associadas alterações do seu padrão alimentar relacionadas com o procedimento cirúrgico e consequente processo de recuperação. O processo de digestão e absorção de alimentos está também alterado após uma cirurgia de gastrectomia, seja ela parcial ou total, e a ingestão de alimentos é realizada também de uma forma faseada. Como tal, a aplicação da escala de avaliação nutricional (MNA), a pesagem inicial e a pesagem final de cada idoso passou a integrar as intervenções de enfermagem.

Mais do que uma tarefa, os registos traduziram a personalização das necessidades identificadas e das intervenções realizadas. A preparação da alta passou a realizar-se desde o início do internamento, e a entrega da carta de alta de enfermagem a todos os idosos permitiu a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Os resultados das entrevistas realizadas mostraram que, no dia da alta, a pessoa idosa detinha conhecimento sobre os cuidados necessários. A implementação de um plano de alta em parceria com a pessoa idosa/família para a preparação do regresso a casa foi facilitador de uma transição saudável para a pessoa idosa. Por outro lado, os resultados atingidos corroboram os dados evidenciados na revisão integrativa da literatura: o planeamento do regresso a casa deve ser um processo contínuo, holístico e centrado no cliente, que deve envolver o cliente, a família, a equipa de saúde e as organizações.

Verificou-se, através da análise dos registos, que a equipa passou a registar mais informação sobre a pessoa idosa, possibilitando cuidados personalizados e de maior qualidade; preparar o regresso a casa passou a ser uma preocupação que acompanhou todo o internamento, e não só o dia da alta. As reuniões de equipa e discussão de casos, ainda que informais, foram um dispositivo de formação contínua, representando um espaço de partilha para os profissionais, estimulando à reflexão e aprendizagem, contribuindo para processos de mudança. Foram introduzidos na equipa hábitos de uma prática reflexiva complementada por um pensamento crítico, os quais contribuíram para a aquisição de aprendizagens e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

De um modo geral, todas as atividades realizadas permitiram sensibilizar a equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, para otimização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, na preparação do regresso a casa. Destaca-se a articulação da equipa multiprofissional e a gestão dos recursos existentes e necessários em cada situação e em cada contexto, que contribuíram para a qualidade dos cuidados.

Ao estimular a participação ativa dos idosos ao longo do internamento, promoveu-se, através da parceria, o desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitiram aos idosos regressar a casa com confiança, segurança e conhecimentos necessários e essenciais a cada situação.

CONCLUSÕES

Num período em que se assiste a um envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, importa uma intervenção personalizada à população idosa. A prevenção da desnutrição da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua preparação do regresso a casa surge como uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família é determinante o conhecimento da pessoa idosa e sua avaliação do estado nutricional para que se possam sinalizar casos de risco. Intervir em parceria com o cliente e sua família promove a sua capacitação na aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades relativas ao plano alimentar, medicamentoso e identificação de potenciais complicações, nomeadamente a diminuição do risco de desnutrição. Promover o Cuidado de Si, permitido à pessoa idosa o domínio nos seus cuidados, favorecendo uma transição saudável entre os contextos, aquando da alta hospitalar.

A relação de parceria promoveu o desenvolvimento de conhecimentos e competências com vista à capacitação da pessoa idosa e família para o regresso a casa e prevenção da desnutrição, sendo que se promoveu uma participação ativa dos idosos no seu processo saúde-doença.

Salienta-se a introdução de novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes – avaliação nutricional com escala própria - MNA, pesagem inicial e final, educação estruturada com respectivo registo e a articulação frequente com a rede de cuidados domiciliários, aspectos cruciais para a manutenção dos cuidados aos idosos.

Sugere-se a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória para a pessoa idosa proposta para gastrectomia, a criação de uma consulta telefónica de enfermagem sediada no SCHCL para seguimento pós-operatório, o seguimento domiciliário destes idosos, como aspeto facilitador do processo de transição do hospital para casa e a reavaliação nutricional periódica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipa de enfermagem envolvida, bem como aos idosos e seus familiares sem os quais este estudo não teria sido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwa, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). *Malnutrition in the elderly: A narrative review*. *Maturitas*, 76(4), 296–302. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.013>
- Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207-216. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711440>
- Amaral, T., & et al. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, 26(6), 778-784.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009, Setembro). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539-2546. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x.
- Costa, P., & et al (2004). Cancro Gástrico em idosos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(3), 211-217.
- Dent, E., Chapman, I. M., Piantadosi, C., & Visvanathan, R. (2014). Performance of nutritional screening tools in predicting poor six-month outcome in hospitalized older patients. *Asia Pac J Clin Nutr*, 23(3), 394-399. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25164449>.
- Donini, L. M., & et al (2013). Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *J Nutr Health Aging*, 17(1), 9-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2329371>.
- Freijer, K., & et al (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr*, 32(1), 136-141. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789931>.
- Galiot, Hernandez, A., Torrado Pontes, Y., & Cambrodon Goni, I. (2015). Risk of malnutrition in a population over 75 years non-institutionalized with functional autonomy. *Nutr Hosp.*, 32(3), 1184-1192. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/263319837>. DOI: 10.3305/nh.2015.32.39176.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva das Etapas. *Percursos*, Setúbal, 15, 1-37. Acedido em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html.
- GLOBOCAN (2012). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. *International Agency for Research on Cancer*. World Health Organization. Acedido em: <http://globocan.iarc.fr/>.

- Gomes, I. (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, I. (2013). *Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio*. In Fern Guyonnet, S., & Rolland, Y. (2015). *Screening for Malnutrition in Older People*. *Clin Geriatr Med*, 31(3,)429–437.
- Freitas, E. & et al (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- INE (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2014). Dia Mundial da População. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012, Janeiro). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Reading Mass*, 41(1), 2915-2924. DOI: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Morley, J. E. (2011). Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini Nutritional Assessment. *J Nutr Health Aging*, 15(2), 87-90. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365159>.
- National Institute of Aging, N.I. (2015). *Humanity's Ageing*. Pag 4.5. Acedido a 10/03/2020. Acedido em http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa/Porto: Lidel.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2010). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (12ª edição). EUA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singh, Z. (2012). Aging: the triumph of humanity-are we prepared to face the challenge? *Indian J Public Health*, 56, 189-195. Acedido em <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23229210>.
- Tsai, A.C., HO, C. S., & Chang, M. C. (2008). Assessing the prevalence of malnutrition with the MiniNutritional Assessment (MNA) in a nationally representative sample of elderly Taiwanese. *J Nutr Health Aging*, 12(4), 239-243. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373032>.
- Torres, M. J., & et al (2014). Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas. *PloS One*, 9(8), e105137. Acedido em <http://www.journals.plos.org/plosone7article?id=10.1371/journal.pone.0105137>.
- WHO (Producer). 2010. *Global Health and Ageing*. Acedido em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.