

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Rosana Oliveira de Oliveira

**ANÁLISE DAS ROTINAS UTILIZADAS NA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE
PACIENTES COM DIETA ENTERAL DOMICILIAR ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DO HOSPITAL NOSSA
SENHORA CONCEIÇÃO.**

Porto Alegre - RS
1. Semestre
2010

Rosana Oliveira de Oliveira

ANÁLISE DAS ROTINAS UTILIZADAS NA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DIETA ENTERAL DOMICILIAR ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DO HOSPITAL NOSSA SENHORA CONCEIÇÃO.

Trabalho de Conclusão do
Curso de Especialização
em Práticas Pedagógicas
em Educação em Serviços
de Saúde da Faculdade
Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:
Prof.^a Margarita Silva Diercks

Porto Alegre
2010

Dedico este trabalho especialmente para os pacientes que eu atendo tanto no ambulatório quanto na internação e que tem ensinado tudo de importante que eu sei e que a graduação não foi capaz de me mostrar. Com eles eu aprendi que às vezes o meu saber não é o suficiente. Que nem sempre é em busca disso que eles vem, mas sim de alguém que consiga traduzir as suas dificuldades para uma linguagem técnica que possa ser entendida também por outros profissionais.

Aos cuidadores que me mostraram que suas queixas servem como sinal de alerta para que nossas ações não sejam apenas criadas, mas também avaliadas e modificadas sempre que necessário para ajudá-los na volta ao lar.

Ontem e amanhã

Hoje vou apagar do meu calendário dois dias:

Ontem e amanhã!

Ontem foi para aprender!

Amanhã será uma conseqüência do que posso fazer hoje...

Hoje enfrentarei a vida com a convicção de que este dia nunca mais retornará.

Hoje é a última oportunidade que tenho de viver intensamente...

Hoje terei coragem para não deixar passar as oportunidades que se apresentam, que são as minhas chances de triunfar!

Hoje vencerei cada obstáculo que surgir no meu caminho!

Resistirei ao pessimismo e conquistarei o mundo com um sorriso...

Com uma atitude positiva...

Esperando sempre o melhor!

Hoje usarei o tempo para ser feliz!

Se você carimbar em si mesmo a idéia de que as coisas são difíceis, provavelmente elas serão.

Quando se repete continuamente 'eu não posso' ou 'eu não vou conseguir', as chances de que isso realmente aconteça são bem grandes. portanto, para permanecer longe da influência dos comentários e visões pessimistas dos outros, ative o seu potencial otimista.

Uma pequena chama em uma sala escura é muito mais forte do que toda a escuridão.

(Autor desconhecido).

LISTA DE SIGLAS

TNEP-Terapia Nutricional Enteral e Parenteral

HNSC-Hospital Nossa Senhora da Conceição

ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitaria

GEP-Gastrostomia Endoscópica Percutânea

JEP- Jejunostomia Endoscópica Percutânea

SUMÁRIO

Introdução.....	07
a. Justificativa.....	11
b. Objetivos.....	13
2. Metodologia e Estudo.....	14
3. Referencial Teórico.....	15
4. Resultados e Discussão.....	20
5. Conclusão.....	26
6. Considerações Finais.....	27
7. Anexo	28
Anexo A	28
Anexo B.....	32
Anexo C.....	33
Anexo D	34
8. Bibliografia.....	36

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Terapia Nutricional do Hospital Nossa Senhora da Conceição foi criado em Dezembro de 1989 com o intuito de realizar procedimentos terapêuticos para manutenção e / ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição enteral ou parenteral¹. Seguindo as recomendações da ANVISA (1) estas atividades são realizadas por uma equipe multiprofissional integrada por médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN.

Um grande número de pacientes internados nesta instituição, com os mais variados tipos de doenças, agudas ou crônicas (neoplasias, seqüelas de AVC, Alzheimer e outras) necessitam ser alimentados parcialmente ou totalmente por via enteral.

Os cuidados com este tipo de paciente muitas vezes são feitos não somente durante a internação, mas também são necessários após a alta hospitalar. A administração inadequada da dieta enteral pode comprometer a recuperação deste paciente. Para que este processo ocorra de forma adequada fora do meio hospitalar é necessário que o familiar e / ou cuidador deste paciente se sinta tranqüilo em relação a este procedimento difícil e complexo.

Nossa instituição possui um serviço de atendimento ambulatorial desde 1994, que oferece suporte aos familiares de pacientes que necessitam receber alimentação por via enteral fora do meio hospitalar.

De forma geral, quem frequenta e participa das consultas deste ambulatório são os cuidadores dos pacientes que recebem alimentação por via enteral. O paciente raramente participa deste momento já que o mesmo encontra-se ou muito debilitado

¹ Nutrição Enteral^x: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas
Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

fisicamente (como o caso dos pacientes oncológicos e idosos) ou até com falência das suas habilidades cognitivo-afetivas (como por exemplo, os pacientes com Doença de Alzheimer ou com seqüelas graves de AVC).

No ano de 2009 o ambulatório de Terapia Nutricional atendeu cerca de 1673 familiares e/ou cuidadores de pacientes que necessitavam terapia nutricional. Os cuidadores de pacientes que necessitam de terapia nutricional enteral domiciliar vem encaminhados das mais diversas áreas de internação adulto, ambulatório da oncologia clínica e cirúrgica. Esta vinda pode ocorrer na véspera da alta hospitalar, sendo que muitas vezes ocorre na hora da alta ou mesmo após ela. Em menor número também recebemos familiares de pacientes encaminhados pelas unidades básicas de saúde.

O cuidador que frequenta nosso ambulatório é aquele denominado pela literatura de cuidador informal, (2,13), ou seja, aquele que normalmente é um familiar ou uma pessoa próxima da família, que não recebe remuneração para exercer suas atividades.

A consulta ambulatorial dura em torno de 15 min. e durante este tempo são demonstradas as formas de administração da dieta enteral, (Anexo A), os cuidados com lavagem dos frascos e utensílios (anexo B) e o preparo das dietas (anexo C), administração de medicamentos (Anexo A) conforme protocolo do Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (TNEP). Todos estes anexos são fornecidos ao cuidador /a para uso no domicílio.

O ambulatório fornece de forma gratuita um KIT contendo quatro frascos descartáveis, equipo e seringa, para que a administração inicial da dieta seja realizada.

Temos observado que diante de uma orientação tão complexa, onde muitos do cuidadores nunca sequer ouviram falar em termos como sonda nasoenteral, jejunostomia, alimentação enteral, equipo e muitos outros, nossas orientações não tem sido suficientes para que os cuidados domiciliares sejam realizados de forma adequada. A maioria das vezes , durante a conversa ambulatorial, observamos um silêncio inquietante por parte do cuidador. Atribuímos este silêncio ao grande número de informações fornecidas, à complexidade das mesmas, à linguagem utilizada pelos profissionais e ao exíguo tempo da consulta entre outros fatores.

Após esta primeira consulta o cuidador tem seu retorno agendado. Este retorno ocorre entre 10 e 20 dias, no máximo 30, dependendo do tipo de patologia a ser assistida. Em consequência da dificuldade do cuidado da administração da alimentação via enteral, vários problemas são verificados no retorno. Na nossa prática observamos relatos de diarreia e complicações mecânicas como: obstrução de sondas por medicação, ou obstrução por dietas (por um preparo inadequado) e retirada não intencional da sonda. Estes problemas também são citados pela bibliografia consultada (3, 4 ,5). Todos esses relatos bem como as reavaliações são registrados na carteira de saúde fornecida pelo hospital, que fica com o cuidador e / ou paciente. Esta carteira permite que a mesma também possa ser consultada por outros profissionais durante as consultas com outras especialidades.

Uma questão bastante comum que observamos é o baixo poder aquisitivo dos pacientes e seus familiares. O uso de dieta enteral por um período prolongado, torna-se oneroso para a família, tendo em vista que muitos desses familiares precisam parar de trabalhar para assumir os cuidados e dificilmente eles conseguem o fornecimento da dieta via Secretaria de Saúde do município (devido a problemas de preenchimento incorreto de formulários ou falta de documentos , e em alguns casos, falta da própria dieta na Secretaria Municipal de Saúde o que dificulta o acesso a este (6,7,8)

A Resolução nº 143/2003 - CIB / RS da Secretaria Municipal de Saúde do Município (6). dispõe de como facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos dispensados em caráter especial e excepcional, através da agilização dos procedimentos de solicitação, avaliação e dispensação dos mesmos. As dietas enterais, fazem parte desta lista de medicações. (6,7,8,)

Felizmente não observamos relatos relacionados à contaminação da dieta, provavelmente por que a mesma é preparada para ser utilizada por um dia somente. Acreditamos que a orientação de higiene de frascos, equipos e seringas, que fornecemos contribui para que isso não aconteça. (9)

Todos estes problemas observados contribuem para a piora do estado nutricional do paciente, mesmo com todas as orientações fornecidas ao cuidador e / ou familiar, bem como presumidamente, os esforços realizados no domicílio pelos cuidadores.

Todos estes fatos motivaram o nosso estudo que tem como objetivo analisar as ações realizadas pela Equipe de Terapia Nutricional deste hospital no preparo dos cuidadores para o retorno domiciliar.

Através de revisão bibliográfica este estudo pretende propor ações e alternativas que melhorem as atividades praticadas pelos cuidadores no que diz respeito à administração e preparo de dietas enterais no domicílio, e de um modo mais abrangente atendam as reais necessidades dos cuidadores.

Esperamos, num momento posterior a este estudo, não apenas aprimorar o material escrito fornecido, mas também mediar, de uma melhor forma, o aprendizado desses familiares tornando o cuidado mais tranquilo, permitindo que todas essas mudanças causem menos ansiedade ao cuidador. É sabido que esses cuidados exigem etapas técnicas a serem cumpridas, mas todas as orientações devem ser conversadas numa linguagem mais próxima da realidade do cuidador e/ ou familiar, e principalmente, levando em conta os recursos que ele possui, para assim qualificar e facilitar o processo educativo.

Justificativa

No Rio Grande do Sul, muitos hospitais possuem serviços de atendimento ambulatorial às pacientes que necessitam receber alimentação enteral. Apesar do número alto de atendimentos e da adesão ao tratamento ambulatorial, nossas ações educacionais, não contemplam todos os níveis de atendimento: internação, ambulatório e domicílio de uma forma mais integrada. Não temos um plano de ação que consiga acompanhar o quanto estas orientações aos familiares estão sendo efetivas e suficientes. O atendimento ambulatorial prestado ainda é insuficiente para diagnosticar falhas nas orientações recebidas, e propor medidas para melhorá-las.

O Grupo Hospitalar Conceição vem incentivando os profissionais de saúde a avaliarem e aprimorarem as práticas pedagógicas. Esta avaliação é necessária para identificar e reduzir a ocorrência de problemas domiciliares relativos à administração e preparo de dietas enterais.

O papel dos profissionais das equipes de saúde é fundamental para servir de apoio aos familiares que precisam estender os cuidados extras hospitalares.

Como já foi colocando anteriormente neste texto muitos pacientes necessitam continuar recebendo alimentação enteral, para tratar os mais variados tipos de patologias crônicas ou agudas, após a alta hospitalar. Os cuidados para uma terapia enteral de qualidade exigem do cuidador o domínio de técnicas complexas, assim como uma seqüência de rotinas de cuidado muito distantes do cotidiano de um cidadão comum. Estes cuidados sobre a administração de alimentação enteral serão parte integrante da assistência domiciliar do paciente, indispensável à recuperação do estado de saúde do mesmo.

O familiar e / ou cuidador tem a responsabilidade de assistir este paciente fora do meio hospitalar. Esta responsabilidade deve ser compartilhada pelo profissional de saúde que deve se colocar também no papel de educador em saúde. Neste sentido este profissional não vai apenas informar, mas também ouvir as necessidades desses cuidadores, e a partir delas, rever suas práticas.

Conhecer as dificuldades que estes familiares e / ou cuidadores tem quando estão sozinhos em casa com o paciente, possibilita que os problemas possam ser minimizados visando à segurança das práticas executadas pelos cuidadores, evitando reinternações e contribuindo para o bem estar do paciente.

Justifica-se então a execução do presente estudo, tornando este processo de “de volta para casa” um momento menos angustiante para os cuidadores, como também de diminuir as complicações domiciliares na realização destes procedimentos complexos.

a. Objetivos

O presente estudo objetiva identificar e analisar as ações realizadas pela Equipe de Terapia Nutricional deste hospital na assistência aos cuidadores para o retorno domiciliar.

Objetivos específicos

1. Identificar se as ações realizadas pela equipe de Terapia Nutricional do HNSC estão relacionadas com a bibliografia existente;
2. Identificar quais ações sugeridas pela bibliografia estão sendo realizadas pela equipe de Terapia Nutricional Enteral deste hospital;
3. Comparar ações realizadas pela equipe de Terapia Nutricional, com ações sugeridas pela bibliografia;
4. Propor ações que comecem durante a internação e facilitem a volta ao domicílio, diante de uma situação tão complexa.
5. Produzir, como resultado deste estudo, informações científicas que possam ser utilizadas tanto para a divulgação do tema como para a apresentação do trabalho desenvolvido no GHC e em congressos e eventos da área.

METODOLOGIA DE ESTUDO

Trata-se de uma de análise documental das ações desenvolvidas pelo TNEP no que diz respeito ao atendimento de cuidadores de pacientes que recebem nutrição enteral domiciliar.

Num primeiro momento fizemos uma lista das rotinas desenvolvidas pelo TNEP. Esta lista de rotinas está descrita no protocolo do serviço.(25) Num segundo momento analisamos os documentos: Materiais escritos fornecidos no ambulatório para os familiares e / ou cuidadores (Anexo A, B, C), Atribuições dos Profissionais Técnicos do TNEP que constam no Protocolo do Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, e Ficha de Avaliação e acompanhamento dos pacientes do TNEP(Anexo D).

Finalmente de posse destas informações identificamos e analisamos se estas ações estão relacionadas com a bibliografia existente.

O resultado deste estudo servirá de base para elaboração de propostas para estabelecer um melhor entendimento dos cuidadores em relação a essas atividades tão complexas executadas no domicílio.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Waitzberg, (10) durante os últimos 50 anos, vários foram os progressos relativos ao uso de nutrição enteral. Historicamente, as fases de desenvolvimento da nutrição enteral vêm desde 1.500 A.C. sendo que em 1910 têm-se experiências com alimentação oro duodenal e oro jejunal; em 1939 técnicas de alimentação por sonda enteral; 1949 surgimento de nutrientes quimicamente definidos. Um marco de progresso foi atingido em 1959, quando Barron & Falls descreveram dez anos de experiência em várias centenas de pacientes alimentados por uma sonda de polietileno de pequeno diâmetro (2,5mm) com um balão cheio de mercúrio preso a sua extremidade. À partir de 1970, surgiram formulações de nutrientes para doenças específicas. Um grande avanço na terapia enteral foi acompanhado em 1980, quando Ponsky (10) descreveu pela primeira vez a técnica de utilizar a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) para alimentação. Em 1989 outra técnica desafiadora foi a utilização de jejunostomia endoscópica percutânea (JEP) para pacientes que tinham risco de aspiração aumentado, ou que foram submetidos à gastrectomia.

O Serviço de Suporte Nutricional do HNSC foi criado em 1989. A idéia surgiu logo após a farmacêutica passar uma temporada de estudos no Chile e voltou trazendo novidades sobre as experiências que estavam sendo feitas lá. Inicialmente foram convidados três médicos que trabalhavam com terapia intensiva, uma nutricionista e uma enfermeira para fazerem parte da equipe. A proposta era criar uma equipe que prestasse assistência acompanhando pacientes internados, que recebiam nutrição parenteral e enteral. Em 1991, ainda sem uma área própria para o preparo de nutrição enteral, viu-se a necessidade de prestar também um atendimento ambulatorial a estes pacientes, já que muitos necessitavam receber nutrição enteral após a alta hospitalar. O serviço passou então a disponibilizar alguns horários de atendimento ao familiar, agora já tendo alguns profissionais com dedicação exclusiva à equipe (nutricionista, farmacêutico e enfermeira). Os demais profissionais, agora dois médicos, dedicavam parte de sua carga horária ao atendimento à pacientes em terapia nutricional.

Em Julho de 2000 entra em vigor a Resolução nº63 da ANVISA (1) que regulamenta os requisitos mínimos exigidos para a prática de terapia de nutrição enteral e o serviço passa a receber uma nova nomenclatura, TNEP- Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Esta regulamentação trouxe a publico definições, indicações, atribuições de cada um dos

profissionais da equipe, exigências de infra-estrutura física, controle de qualidade de gêneros e equipamentos, obrigatoriedade de registros, bem como obrigatoriedade de treinamento de todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com a aplicação do procedimento, por meio de educação continuada, devidamente registrados.

A partir daí diversas alterações foram feitas para que o serviço pudesse se adequar às exigências da legislação vigente e prestar um atendimento melhor aos usuários.

Atualmente, a alimentação enteral está sendo prescrita tanto em hospitais, quanto em domicílios numa frequência sem precedentes. O recente aumento em seu uso durante as duas últimas décadas, se deve, em parte, aos resultados de múltiplos ensaios controlados, identificando os tipos de pacientes passíveis de receber os maiores benefícios por essa técnica de alimentação (10).

Observamos segundo a nossa prática que a maior parte dos pacientes que utilizam alimentação enteral no meio extra hospitalar são aqueles acometidos por Neoplasias, seqüelas de AVC, Idosos, portadores de Alzheimer .

A via enteral é um método ótimo para a alimentação de muitos pacientes desnutridos. Está indicada para pacientes com trato gastrointestinal intacto, em que a nutrição oral não é possível devido a alterações estruturais ou funcionais do trato gastrointestinal superior ou quando a ingestão oral é insuficiente por razões diversas, mas que não requer hospitalização.

A sonda nasoenteral é o dispositivo mais utilizado em TNE. Trata-se de uma sonda de material biocompatível como poliuretano ou silicone, de calibre entre oito e 12 French, macio e flexível (11, 12)

Apesar de ser um recurso largamente utilizado para nutrir os pacientes, segundo vários autores, muitas dificuldades podem ser esperadas decorrentes da administração de dietas enterais. Dentre elas, as mais citadas pela bibliografia são:

a) Complicações Gastrointestinais da Nutrição Enteral:

Diarréia ocupa posição de destaque e seu % varia de 12 à 25 % em pacientes internados. Considera-se diarréia a mudança na frequência, consistência e quantidade de fezes com evacuações por três ou mais vezes ao dia de dejeções líquidas ou maiores ou iguais a 500 ml de fezes por dois dias consecutivos. É fundamental buscar as causas para fazer a intervenção.

b) Complicações mecânicas relacionadas à sonda:

b.1)Obstrução da sonda- Obstrução é uma complicação que ocorre com frequência e pode variar de acordo com o tipo de sonda empregada e com o posicionamento da mesma. Ocorre de 6 a 10% (3, 5)

b.2)Retirada não intencional da sonda- Muitas vezes ocorre segundo o relato dos familiares quando o paciente esta dormindo ou até mesmo tosse, estimulando a saída acidental.

c) Contaminação Bacteriana:

Apesar da bibliografia consultada referir que ocorrem de 30 a 90% de contaminação em sistemas de alimentação enteral, normalmente por falta de atenção dos manipuladores para com as técnicas de higiene adequadas ou a falta de habilidade para desinfetar equipamentos de preparo, (4, 9 , 11) . No nosso serviço não tem-se observado a ocorrência disso isso. Sobotka (13) recomenda que a dieta deva ser preparada com a máxima condição higiênica e imediatamente estocada sob refrigeração após sua preparação (máx 7°C)

Ao mesmo tempo em que o número de internações de pacientes vem crescendo, a quantidade de leitos hospitalares não acompanha o crescimento na mesma proporção, e somente o uso de alimentação por sonda nasoenteral não justifica a permanência no hospital. Sendo assim, após a fase aguda da doença o paciente é encaminhado para casa. Não se pode esquecer que este é um tratamento muito complexo e requer um a atenção especial no que diz respeito ao treinamento de cuidadores domiciliares de pacientes com nutrição enteral.

Atualmente, o sistema de saúde visa a desospitalização, mas para tal, é preciso criar estratégias adequadas para contemplar o atendimento das necessidades de quem é cuidado e seu cuidador. (14)

Existe uma tendência de transferir para a família a responsabilidade com os cuidados do paciente, eximindo o profissional dos cuidados domiciliares. (15)

Frente a essa demanda, estudos apontam que a solução não é apenas liberar os leitos hospitalares, mas criar mecanismos de apoio aos cuidadores.

A partir daí surge um personagem fundamental: o cuidador. O cuidador informal, (15) é aquele que apesar de exercer esta função não se configura profissão. Quanto ao cuidador informal ou familiar, diz-se ainda tratar de alguém da família ou afim, sem formação na área da saúde, que está cuidando de um ente familiar.(2) A bibliografia aponta que das preocupações que os cuidadores tem , sobressai o afastamento do trabalho, sobretudo por acarretar prejuízo

financeiro até mesmo para aquisição de remédios e alimentos.(14) Torna-se importante conhecer e investigar as dificuldades vivenciadas no cuidado no âmbito domiciliar, bem como desenvolver, implementar e avaliar programas de educação .(14)

Preparar o familiar é uma estratégia de educação em saúde que visa à manutenção ou a melhora do estado de saúde do doente, oportunizando-lhe condições para deixá-lo com a máxima autonomia possível. Por meio da educação, ajuda-se o indivíduo, e a família, a cooperar em sua terapia e aprender a resolver problemas, à medida que ele se defronta com novas situações, podendo isso impedir recorrentes hospitalizações que, com freqüência ocorrem quando desconhece a importância do cuidado.

Segundo a literatura é importante conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde e a educação em saúde está muito ligada à capacidade de aprendizagem das pessoas. (16)

Tarefas complexas como preparar e administrar dietas enterais são atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada e sem o suporte das instituições de saúde. A alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impactos sobre a qualidade de vida do cuidador. É de se esperar que a qualidade de vida do cuidador familiar principal seja afetada negativamente por tais circunstâncias. (16, 24, 26)

É ele quem realiza as ações de cuidado, mantendo maior contato com os profissionais de saúde. Um estudo revela que 80% dos cuidadores afirmam não ter recebido nenhuma orientação para realizar o cuidado domiciliar (17). Ele assume a responsabilidade de cuidar e vai adquirindo gradativamente as habilidades e a experiência que o capacitam para a realização das tarefas. (17,23)

O despreparo técnico decorrente da falta de informação pode ser causa de sobrecargas pessoais. Por isso pensamos que através das nossas orientações, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado. (14)

Entende-se educação em saúde como um processo orientado e planejado para a utilização de estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, pressupondo ações partilhadas e não diretivas, possibilitando a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e suporte social. Esse cenário favorece a apropriação por parte das pessoas de novas formas de estar e pensar em saúde.(18)

A equipe deve assumir a responsabilidade de ser uma aliada do cuidador no aprendizado das atividades de cuidado a ser realizada no domicílio, quando, além de fornecer informações e conhecimento técnico, ela também é portadora de esperança e alento para o enfrentamento da situação de enfermidade na família. (17)

O método de ensinar cuidar proporciona uma valorização do sujeito cuidador, em relação as suas dúvidas, sobre a doença e o cuidado, deixa-o motivado a participar de discussões favorecendo o seu aprendizado através da problematização. (14)

De acordo com estudos recentes várias ações devem ser consideradas para que se tenha sucesso no desfecho. As orientações por escrito devem ser claras, numa linguagem mais próxima da realidade do cuidador. Essas ações devem ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde, de forma não isolada, através de processos educativos que estejam presentes não somente no momento da alta.

Outro aspecto importante que a bibliografia aponta é a necessidade formar grupos de apoio aos cuidadores. A participação no grupo colabora para que a doença seja aceita mais facilmente, pois os outros membros compartilham da mesma problemática, significa construir espaços para o diálogo, a exposição das dificuldades, o esclarecimento de dúvidas e a prática do acolhimento. (19) O objetivo final é colaborar para o sucesso do tratamento e a reintegração do paciente a sua rotina de vida.

Para que a implementação seja satisfatória, é necessário que o profissional estabeleça uma rede com a família, criando-se uma relação de confiança, proporcionando um vínculo que permitirá sua intervenção sobre as formas de agir e de pensar, oferecendo suporte aos cuidadores para que o cuidado aconteça de forma tranqüila e com menor desgaste de ambos (20, 21)

Através dessas ações, o processo de educação em saúde acontece de forma mais efetiva e participativa. (2)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foi difícil encontrar o referencial teórico que fosse de encontro aos nossos questionamentos na área de nutrição. Não existem relatos específicos na bibliografia sobre o cuidado domiciliar de terapia enteral e os problemas enfrentados pelos cuidadores.

Após decidiu-se buscar estas informações na área de enfermagem e realmente foi lá que encontramos inúmeros estudos referentes aos cuidadores e suas dificuldades. Estes estudos foram considerados válidos para nossa pesquisa, tendo em vista que somos uma equipe multiprofissional que trabalha com Terapia Nutricional Enteral. Achamos que isso deve-se à enfermagem por ser ela historicamente, a área que tem mais contato com os pacientes e seus cuidadores.

A primeira coisa foi identificar o tipo de cuidador que atendemos, como já foi salientado neste texto é o cuidador denominado de informal.

O segundo momento deste estudo foi identificar as ações recomendadas pela bibliografia em comparação com as realizadas atualmente pelo Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

O terceiro momento foi analisar as fichas de acompanhamento dos pacientes em terapia nutricional enteral e materiais escritos fornecidos no ambulatório aos familiares/ e ou cuidadores (Anexos A, B, C, E).

O quadro logo abaixo resume estes aspectos.

Quadro1. Relação das ações Recomendadas pela bibliografia em comparação com a análise documental das rotinas realizadas pelo TNEP.

Ações recomendadas pela Bibliografia	Identificação e análise documental das rotinas realizadas pelo TNEP
Avaliação Nutricional do paciente em prontuário eletrônico	***
Avaliação clínica e laboratorial em prontuário eletrônico	***
Determinação das necessidades energéticas	***
Atendimento ambulatorial para familiares e pacientes	**
Acompanhamento domiciliar dos pacientes em Terapia Nutricional Enteral	*
Estudo do nível sócio econômico dos pacientes	*
Elaboração de Cartilhas	*
Formação de Grupos de cuidadores de pacientes com alimentação enteral domiciliar	*
Acompanhamento ambulatorial	**
Fornecimento de material por escrito	**
Programa de educação permanente	*
Análise do custo mensal das dietas artesanais	*
Registro em prontuário dos atendimentos ambulatoriais	*

Legenda: *** Realizada plenamente conforme recomendação ** Realizada, mas necessita mudanças

* Não realizada.

Através de uma análise documental dos materiais escritos fornecidos no ambulatório, das fichas de acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral atendidos, atribuições dos profissionais técnicos do TNEP encontradas no protocolo do serviço e rotinas do serviço destacamos as seguintes ações desenvolvidas pela equipe, que vão desde a internação até a alta hospitalar:

1. Avaliação Nutricional do paciente no prontuário eletrônico
2. Avaliação clínica e laboratorial no prontuário eletrônico
3. Determinação das necessidades energéticas (Anexo E)
4. Atendimento ambulatorial diário com duração em torno de 15 min. por consulta.
5. Avaliação nutricional a cada 10 dias, 20 ou 30 dias dependendo da patologia.
6. A cada entrega das sondas nasoenterais nas unidades, é entregue também um informativo avisando que os familiares deverão comparecer ao ambulatório de terapia nutricional para serem orientados quanto aos cuidados referentes à administração e preparo da nutrição enteral.
7. Fornecimento de material por escrito das orientações dadas. (Anexo A, B, C)

8. Fornecimento de um Kit contendo dois frascos, um equipo e um seringa para que a dieta seja administrada no primeiro momento.
9. Demonstração no ambulatório da lavagem dos frascos pela nutricionista e administração das dietas pela enfermeira.
10. Fornecimento de carteira do hospital, onde o atendimento fica registrado.
11. Fornecimento de sonda nasoenteral para que seja feita a troca pela enfermeira do posto de saúde no domicílio.

A partir da análise documental dos materiais escritos fornecidos no ambulatório, das fichas de acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral atendidos, atribuições dos profissionais técnicos do TNEP encontradas no protocolo do serviço e rotinas do serviço podemos fazer os seguintes comentários quanto:

1. Avaliação Nutricional do paciente em prontuário eletrônico

Segundo a bibliografia (1) toda a terapia nutricional deve ser precedida de avaliação nutricional, para que possa-se determinar o estado nutricional em que o paciente encontra-se no início da terapia. Esta ação é desenvolvida pelos membros da equipe assim que são acionados pelo médico assistente. Durante a internação isto é facilmente realizado, mas existe muita dificuldade em fazer isto no âmbito domiciliar.

2. Avaliação clínica e laboratorial em prontuário eletrônico

A recomendação (1) é que esta avaliação preceda a avaliação nutricional. Estes dados servem para auxiliar no diagnóstico, bem como para acompanhamento das alterações metabólicas dos pacientes em terapia nutricional. Esta avaliação é feita pela equipe de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e estes dados estão disponíveis no prontuário eletrônico. Da mesma forma que a anterior, durante a internação fica mais fácil realizá-la. Depois da alta hospitalar, fica difícil deslocar o paciente até o hospital para coletar exames, muitas vezes impossibilitando o acompanhamento e posterior alteração da dieta, se necessário.

3. Determinação das necessidades energéticas

Segundo as nossas rotinas do serviço de nutrição enteral a determinação energética é realizada pela nutricionista. Esta avaliação indica as necessidades energéticas individualmente para cada paciente e elabora a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.

4. Atendimento ambulatorial diário com duração em torno de 15 min. por consulta.

A bibliografia (1,23) refere a necessidade de acompanhamento ambulatorial e domiciliar por profissionais envolvidos com a Terapia Nutricional no que diz respeito ao tempo ideal de duração deste atendimento. Não achamos estudos relevantes mas a bibliografia é bem clara quando afirma que as informações devem ser dadas com qualidade e de forma a tranquilizar os cuidadores para que estes sejam capazes de realizar suas tarefas. Desta forma, entendemos que 15 min. não são suficientes para abordar um assunto tão complexo.

5. Avaliação nutricional a cada 10 dias, 20 ou 30 dias dependendo da patologia.

A bibliografia (1) referenda que, para que o tratamento nutricional seja efetivo é necessária que o paciente seja reavaliado, de acordo com sua patologia. Porém outros estudos (17, 20, 21, 26) revelam que uma das maiores queixas que os cuidadores têm é a dificuldade de sair de casa e não ter com quem deixar o paciente. Seria necessário criar redes de atendimento que englobem todos os níveis de saúde: primário, secundário e terciário. Mesmo sendo este um tratamento complexo, as unidades básicas de saúde poderiam ter grupos de atendimentos a estes cuidadores próximos de suas residências.

6. A cada entrega das sondas nasonerais nas unidades, é entregue também um informativo avisando que os familiares deverão comparecer ao ambulatório de terapia nutricional para serem orientados quanto aos cuidados referentes à administração e preparo da nutrição enteral.

Como a enfermagem é a área que tem maior contato com os cuidadores e presta um atendimento hospitalar 24h por dia, facilita o contato com os cuidadores, mesmo que seja só no horário de visita. Neste informativo constam os locais e horários de atendimento. Esta ação foi idealizada para que os familiares fossem encaminhados, com calma antes da alta hospitalar, para receber a primeira parte das orientações e retornar no momento da alta para receber o restante.

7. Fornecimento de material por escrito das orientações dadas. (anexo A,B,C)

Esta ação vem de encontro à bibliografia consultada, (18), porém, as informações devem ser escritas de forma que facilite o entendimento do cuidador. Termos técnicos devem ser evitados e existem vários estudos evidenciando o sucesso do uso de cartilhas ilustradas, que facilitam o entendimento do leitor. Os estudos apontam que é necessário saber qual o nível de escolaridade do cuidador para que as orientações venham de encontro às necessidades deles. Nós dispomos de material por escrito para fornecer aos cuidadores, como pôde ser visto nos anexos, porém após este estudo constatamos que este material é muito extenso, contém muitas informações e se utilizam de linguagem técnica de uso corriqueiro pelos profissionais de saúde mas desconhecida para a maioria dos cuidadores. Outro aspecto a ser destacado é que o material educativo não fala das possíveis dificuldades, mas se limita a “determinar” rotinas a serem cumpridas. Destacamos também que o material utilizado não tem uma diagramação que chame atenção do leitor.

8. Fornecimento de um Kit contendo dois frascos, um equipo e um seringa para que a dieta possa ser administrada no primeiro momento.

Todo familiar que consulta, recebe este Kit. No momento da entrega é realizada a demonstração da utilização e cuidados de higiene com este material pela enfermeira e pela nutricionista. Juntamente com estes frascos é fornecido uma lista de sugestões de endereços para aquisições posteriores. Algumas vezes também ofertamos este Kit na reconsulta para os pacientes que tem maiores dificuldades econômicas.

9. Demonstração no ambulatório da lavagem dos frascos pela nutricionista e administração das dietas pela enfermeira.

Estas duas técnicas; lavagem dos frascos e administração de dietas; é demonstrada pela enfermeira e pela nutricionista durante a consulta ambulatorial. Nota-se que a assimilação por parte dos cuidadores torna-se mais fácil.

10. Fornecimento de carteira do hospital, onde o atendimento fica registrado.

Todo o atendimento fica registrado na carteira fornecida pelo hospital, já que no ambulatório não existe um sistema informatizado de registro de consultas. O cuidador é orientado a trazer a carteira, sempre que retornar para atendimento. O problema que ocorre é que, muitas vezes o cuidador esquece-se de trazer a carteira na reconsulta, não sendo possível a continuidade do acompanhamento. Entendemos que esta responsabilidade não deveria ficar nas mãos do cuidador.

11. Fornecimento de sonda nasoenteral para troca

Mediante solicitação da enfermeira do posto de saúde é fornecida uma sonda nasoenteral para que seja feita a troca (conforme recomendação do fabricante, esta deve ser substituída a cada quatro meses) no domicílio, evitando assim a necessidade de deslocamento do paciente até o hospital. Na maioria das vezes os pacientes são acamados ou muitas vezes estão debilitados sem condições físicas para deslocarem-se

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, podemos concluir que, mesmo o Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do HNSC desenvolvendo um grande número de ações para preparar este período de transição do hospital para o domicílio estas ações não são suficientes. O paciente é cercado de atenção durante a internação, muitas vezes o seu quadro de má nutrição é revertido, mas não há uma continuidade deste tratamento no âmbito domiciliar. Das ações recomendadas por estudos mais recentes num total de 13, conforme podemos identificar no Quadro 1, 23,07 % são realizadas plenamente conforme recomendação (avaliação Nutricional do paciente, avaliação clínica e laboratorial e determinação das necessidades energéticas) 23,07 % são realizadas, mas necessitam ser reavaliadas (atendimento ambulatorial para familiares e pacientes, acompanhamento ambulatorial e fornecimento de material por escrito) porque não são feitas de maneira que satisfaçam as reais necessidades dos cuidadores, prestando um atendimento incompleto e 53,8 % não são realizadas (Programa de educação permanente, análise do custo mensal das dietas artesanais, registro em prontuário eletrônico dos atendimentos ambulatoriais, acompanhamento no domicílio dos pacientes em Terapia Nutricional Enteral, estudo do nível sócio econômico dos pacientes, elaboração de cartilhas, formação de Grupos de cuidadores de pacientes com alimentação enteral domiciliar). Consideramos este percentual de ações que necessitam ser reavaliadas e ações que não são realizadas muito alto para este tipo de atendimento que é de alta complexidade. É necessário que a equipe reveja estas ações e crie outras que venham de encontro as reais necessidades destes cuidadores. A formação de grupos é uma ação recomendada na maior parte da bibliografia utilizada, pois afirma que é importante que os cuidadores troquem experiências entre si e vejam que outras pessoas podem ter as mesmas dificuldades, ou seja, que não são os únicos a ter problemas. Esta união permite tornar o cuidado domiciliar menos penoso, tendo em vista que o cuidador não vive mais sua vida, mas sim a do paciente. A elaboração de cartilhas é outra ação que pode ensinar sobre a doença e os cuidados de uma maneira mais acolhedora do que simplesmente o fornecimento de polígrafo. É fundamental que os cuidadores participem da elaboração das orientações. O saber não pode ser unilateral. É preciso criar um elo com o cuidador, criando confiança entre profissional e cuidador para o bem estar do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo serve de alerta para esta e tantas outras equipes que prestam atendimento a pacientes que necessitam Terapia Nutricional Enteral. Este estudo teve a intenção de buscar ações que qualifiquem este tipo de atendimento que é muito complexo. É dever de a equipe fazer tudo o que estiver o seu alcance para garantir a qualidade de atendimento tanto no meio hospitalar, quanto fora dele.

É importante lembrar que em alguns casos, a nutrição enteral é a única maneira de alimentar o paciente. Sendo assim, a terapia nutricional não termina quando o paciente vai pra casa, ela apenas troca de lugar.

7. ANEXOS

ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES COM DIETA POR SONDA NASOENTERAL ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES COM DIETA POR SONDA NASOENTERAL ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

Cuidados para higiene e conforto.

- 1 - Dar banho no paciente todos os dias, mesmo no inverno. Secar bem todas as dobras, recomendamos a utilização de luvas tipo “faxina” encontradas nos supermercados para dar banho no paciente, as mesmas após o uso devem ser lavadas com água e sabão e eventualmente entalcadas para ficarem macias e aumentar a durabilidade;
- 2 - Para lavar a cabeça dos pacientes acamados abrir um saco de lixo embaixo da cabeça, cortar uma das pontas do saco e deixar escoar em um balde ou bacia em nível mais baixo esfregar bem o couro cabeludo e enxaguar bem;
- 3 - Fazer massagens nas costas (EM MOVIMENTOS CIRCULARES) e nas pernas após o banho NÃO FAZER MASSAGEM NAS PERNAS COM VARIZES);
- 4 - Trocar a posição do paciente na cama seguidamente (de 2/2 horas, lado direito, lado esquerdo e de barriga para cima). Sentar o paciente fora do leito pelo menos uma vez ao dia, no mínimo durante uma hora. Em caso do paciente estar sobre colchão piramidal, a cada 3 dias virar o colchão (colocar a cabeceira para os pés) a fim de “soltar”as pontas de espumas. Fazer rolos de panos do tamanho da nádega do paciente, cotovelos e calcanhares com restos de espumas ou roupa velha picada para prevenir formação de feridas nessas áreas (escaras);
- 5 - Não utilizar talcos de nenhuma marca;
- 6 - Manter unhas curtas e limpas;
- 7 - Fazer a barba sempre que necessário, pacientes que utilizam bigode no período de uso da sonda raspar para não ocorrer acúmulo de micróbios;
- 8 - Fazer a limpeza da boca três (3) vezes ao dia, observando alterações. Enrolar uma gaze ou pano branco limpo na escova de dentes, espátula e limpar as gengivas, céu da boca e língua (se tiver prótese dentária, retirar e escovar). Cuidar para não empapar muito a fim de não deixar o paciente se engasgar. Pode ser utilizado para limpeza cepacol, gotas de limão ou vinagre na água. Passar óleo de cozinha, creme, baton hidratante ou manteiga de cacau, margarina, manteiga ou azeite para lubrificar os lábios.
- 9 - Limpar as narinas do paciente diariamente com cotonete, chumaço de pano ou algodão embebido em água. Passar um pouco de óleo de cozinha ou creme na narina que está a sonda para evitar feridas;
- 10 - Trocar o local de fixação da sonda . Retirar o esparadrapo pelo menos uma vez por semana. Remover resíduos de cola com álcool , após a remoção da cola lavar com água e sabão / sabonete neutro, na sonda também pode ser removido os resíduos de cola de esparadrapo com o mesmo produto e lavar após. Fixar a sonda alternadamente no nariz , bochechas e testa, a sonda não deve ser puxada, somente movimentada ao redor do rosto;

11 - A cada evacuação ou urina trocar o paciente não deixá-lo urinado ou sujo de fezes . Caso o paciente apresentar assaduras, após o banho ou limpeza, fazer uma água (fria) de aveia, coar e passar o líquido de aveia na assadura, deixando secar bem, se o paciente masculino apresentar perda de urina (não tem controle na bexiga) utilizar preservativos (camisinhas de vênus, condon) em extensão no frasco.

Antes lavar os preservativos com água e sabão para retirar a lubrificação, cortar a parte inferior e enrolar em um equipo para colocar em frasco, prender com um pedaço de esparadrapo ao redor do pênis (não muito apertado). Remover o preservativo diariamente para higienização e colocar um novo;

12 - Trocar as roupas de cama todos os dias, usar um lençol dobrado com um saco plástico aberto para não sujar frequentemente o lençol de baixo, pode ser colocado também um lençol com um saco plástico como uma fralda;

13 - Proporcionar ambiente agradável (música, sol fraco, TV). Trocar o paciente de local seguidamente. O paciente pode tomar sol até às 10 horas da manhã ou após às 15 horas, se no quarto entrar sol pode se deixar o paciente sem roupa e em casos de escaras retirar o curativo, limpar e expor a ferida ao sol.

OBSERVAÇÃO: A sonda plástica deve ser usada no máximo por 15 dias, se o paciente necessitar permanecer mais tempo com sonda para alimentação, a sonda nasoenteral é a indicada (sonda mais mole, causa menos traumatismo no trajeto até o estômago) sua troca de 3 a 4 meses; a contar do dia de colocação.

Em caso da sonda entupir, paciente arrancar ou estiver enrolada na boca não administrar dieta pela sonda e puxar lentamente a sonda pelo nariz. Remover a cola do esparadrapo da sonda com álcool, e lavar a sonda com água , sabão neutro e água quente, injetando com a seringa, após enxaguar bem com água quente e deixar escorrer (**NÃO UTILIZAR SABÃO LIQUIDO OU EM PÓ**).

Caso ocorrer algum problema fora do horário ou nos finais de semana, o paciente deverá ser trazido à emergência, onde passarão uma sonda mais grossa que só poderá permanecer por 15 dias no máximo, após esse período trazer o paciente ao ambulatório nos dias e horários disponíveis .

LAVAR AS MÃOS ANTES E APÓS OS PROCEDIMENTOS.

USAR LUVAS OU SACOS PLÁSTICOS NAS MÃOS EM TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE IMPLIQUEM CONTATO COM OS LÍQUIDOS DO CORPO (sangue, fezes, urina e secreções).

MANTER O BIDE E A MESINHA DE CABECEIRA DO PACIENTE LIMPA E ORGANIZADA (retirar restos de alimentos, acondicionar os alimentos em potes ou sacos plásticos fechados).-

COLABORAR NA MANUTENÇÃO DA LIMPEZA DO QUARTO E DO BANHEIRO ENQUANTO O PACIENTE ESTIVER INTERNADO (puxar descarga do vaso sanitário, lixo dentro da lixeira, não deixar roupas atiradas no chão e deixar a pia em ordem).

NÃO TRAZER NENHUMA ALIMENTAÇÃO PARA O PACIENTE SEM AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO.

NÃO LEVAR COMPRESSAS (TOALHAS BRANCAS) PARA CASA E NENHUM OUTRO MATERIAL DO HOSPITAL. (exceto os frascos de dietas e equipos que estão sendo utilizados PELO PACIENTE para alimentação).

COMO ALIMENTAR O PACIENTE COM SONDA NASOENTERAL

1 - Sente o paciente, se não for possível levante a cabeceira com travesseiros ou cobertores dobrados atrás das costas do paciente ou embaixo do colchão;

2 - Verificar se a sonda não está enrolada na boca. Caso esteja não administrar a dieta, EM CASO DE DÚVIDA DA POSIÇÃO DA SONDA colocar o ouvido na boca do estômago do paciente ou com um estetoscópio e injetar rapidamente uma seringa de 20cm de ar e se for possível escutar “uns roncões” a sonda está no lugar e pode ser administrada a dieta com segurança;

3 - Sacudir o frasco da dieta antes de administrar para misturar os componentes, se mesmo assim no final ficar resíduos colocar um pouco de água e administrar, pendure o frasco em local mais alto;

4 - Deixe correr a dieta até encher todo o equipo, o ar do equipo não tem risco de vida para o paciente mas, receber várias vezes o ar ao dia deixa o paciente com o abdômen distendido (barriga inchada) e com muitos gases. Feche o equipo;

5 - Retire a tampinha da sonda e do equipo e prenda os dois (ponta do equipo mais sonda):

6 - Abra o equipo e deixe gotejar lentamente (60 a 80 gotas por minutos)COMO UMA TORNEIRA ESTRAGADA PINGANDO.

Se apresentar diarreia diminua ainda mais o gotejo, não é problema “emendar” um horário da dieta até o outro (receber a dieta de forma contínua).

7 - Após terminar a alimentação, retirar o equipo e com uma seringa, administrar 20 ml de água fervida para limpar a sonda ; ou lavar a sonda com 20 ml de água fervida filtrada ou água mineral sem gás.

8 - Cuidar a sonda para não ficar com restos de alimentos dentro; se a mesma estiver obstruída tentar desentupir com 100ml de água;

9 - Quando terminar a dieta pela sonda, o paciente deve permanecer nesta posição (sentado) por mais ou menos meia hora (30 minutos) ;

10 - Não esquecer de oferecer água fervida, filtrada ou chás sem açúcar entre as refeições ou quando o paciente apresentar febre, suores frequentes, diarreia ou quando os dias forem muito quentes (para que o paciente permaneça hidratado) . Lábios ressequidos , rachados e pele seca são normalmente indicativos de falta de líquidos no organismo. " NÃO ESQUEÇA QUE O PACIENTE TEM O MESMO CALOR, FRIO E SEDE QUE VOCÊ. TRATE DE ACORDO ".

Quando o doente apresentar problemas de rins (insuficiência renal) administrar apenas a quantidade de líquido permitida.

11 - Caso o paciente apresentar vômitos colocá-lo imediatamente do lado direito e abrir a sonda num pote.

A dieta do próximo horário não deve ser dada e a dieta do horário seguinte administrar somente a metade do volume LENTAMENTE (para o paciente não ficar muito tempo em jejum).

12 - Os frascos e equipos das dietas administradas ao paciente no quarto podem ser levados para casa.

13 - Estar com a sonda não impede de iniciar dieta via oral (pela boca), elevar bem a cabeceira do paciente e iniciar com uma colher pequena (chá) de água, se o paciente não se engasgar ou ficar roxo pode-se aumentando a oferta de comida progressivamente. Quando a aceitação da dieta for suficiente passar no serviço de ambulatório para avaliação, anotando num papel toda quantidade de comida que o paciente comeu em 24 horas.

COMO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR SONDA

1 - As medicações devem ser administradas fora do horário das refeições (UMA HORA ANTES OU UMA HORA DEPOIS);

2 - Fale com o médico do paciente sobre a possibilidade de passar os remédios para a forma de líquido (entope menos a sonda);

3 - A lavagem da sonda enteral com 20 ml de água fervida , filtrada ou água mineral sem gás, chá de camomila ou erva doce sem açúcar ANTES E DEPOIS da administração de medicamentos, limpa a sonda dos resíduos dos alimentos e dos medicamentos, facilitando a entrada dos medicamentos e permitindo verificar se a sonda está ocluída (entupida);

4 - Manter todos os cuidados de higiene para dar os medicamentos (lavar as mãos e utensílios que serão utilizados na diluição do medicamento).

5 - Os comprimidos devem ser colocados em uma xícara com 2 colheres de sopa de água (20 ml), após esmagar o comprimido imerso em água com uma colher de café. Aspirar com uma seringa (20 ml) a solução e administrar através da sonda.

6-Lavar a sonda com 20 ml de água fervida, filtrada ou água mineral sem gás.

7- As cápsulas devem ser abertas, misturar o pó com água (2 colheres de sopa) e administrar pela sonda (NÃO É NECESSÁRIO DEIXAR O PÓ DE MOLHO).

GLADIS BEATRIZ CAMPIOL

ENFERMEIRO COREN 39.182

Locais e Horários de Atendimento:

2ª, 5ª e 6ª feira = Sala 4, Ambulatório Térreo, das 8h às 9:15 horas

3ª e 4ª feira = Sala 1041, Ambulatório 1ºandar, Prédio H das 13:45h às 15:15 horas

ANEXO B - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES COM DIETA POR SONDA

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Terapia Nutricional Enteral e Parenteral

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES COM DIETA POR SONDA

As preparações devem ser feitas EXATAMENTE como consta na receita, qualquer alteração deve ser consultado o Nutricionista.

CUIDADOS COM OS ALIMENTOS

- 1 - Lavar as mãos antes de fazer as preparações;
- 2 – **Lavar bem os alimentos (frutas, caixa ou saco de leite) antes de descascá-los ou manuseá-los;**
- 3 - Toda preparação deve ser liquidificada e após coada com coador bem fino (de malha fina);
- 4 - Observar que a preparação seja oferecida em temperatura morna ou ambiente.

CUIDADOS COM OS UTENSÍLIOS

- 1- Utilizar sempre utensílios bem limpos;
- 2- O liquidificador deve ser desmontado e lavado após o preparo de cada dieta.
- 3- Após cada refeição, lavar bem o equipo com água e sabão ou detergente para louça preferencialmente neutro. Enxaguar com água corrente, se possível morna.
- 4- O equipo deverá ser trocado, no mínimo, a cada 7 dias (jogar no lixo);
- 5- O frasco onde foi colocado a alimentação deverá ser bem lavado com água e sabão
ou detergente para louça, preferencialmente neutro. Enxaguar bem com água corrente, se possível morna. Após a limpeza, colocar o frasco e o equipo de molho em um litro de
água com uma colher de sopa de água sanitária (Clorofina , Qboa, etc) por 30 minutos.
Enxaguar com água corrente.
Esta solução deve ser trocada a cada 12 horas.
O recipiente para colocar a solução de água sanitária deve ser de plástico e com tampa.
- 6- O frasco plástico deve ser trocado, pelo menos, a cada 7 dias (jogar no lixo).
- 7- Caso o frasco ou o equipo permaneça com incrustações difíceis de removê-las,
desprezar antes do prazo.

Locais e Horários de Atendimento:

2ª, 5ª e 6ª feira = Sala 4, Ambulatório Térreo, das 8h às 9:15 horas

3ª e 4ª feira = Sala 1041, Ambulatório 1º andar, Prédio H das 13:45h às 15:15horas

ANEXO C – PREPARO DAS DIETAS**HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Terapia Nutricional Enteral e Parenteral - TNEP

NOME _____ DATA ____/____/____

DIETA

PREPARAÇÃO COM LEITE:

- Leite fervido = 1000ml (1 litro)
- Açúcar = 60 gramas ou 4 colheres de sopa .
- Soy Milke Natural ou extrato de soja em pó= 120 gramas ou 12 colheres de sopa .
- Albumina de ovo (Clara de ovo em pó) = 10 gramas ou 1 colher de sopa rasa.
- Óleo - 2 colheres de sopa.

Colocar todos os ingredientes juntos no liquidificador e após coar com coador bem fino (malha fina).

Preparar no primeiro horário da manhã. Oferecer o volume indicado para o paciente e guardar o restante na geladeira.

Aquecer em banho-maria (temperatura ambiente) antes de oferecer a alimentação ao paciente nos horários seguintes.

Volume:

Horário:

PREPARAÇÃO COM SUCO

- Suco de laranja natural= 180ml
- Soy Milke Natural ou extrato de soja em pó= 20 gramas ou 2 colheres de sopa
- Açúcar = 10 gramas ou 1 colher de sopa rasa.

Liquidificar e coar.

Preparar esta alimentação um pouco antes de oferecer ao paciente.

Volume:

Horário:

OBSERVAÇÕES:

- A clara de ovo em pó poderá ser substituída por 1 ovo (aquecer em água fervente por 3min.).
- Em caso de diarreia (mais de três evacuações líquidas por dia), suspender as preparações com suco de laranja; oferecer caldo de maçã seca ou natural ou suco de goiaba e soy milke ou extrato de soja em pó.
- Caso persistir a diarreia diluir o volume total de leite com água fervida ou água de arroz (metade leite, metade água de arroz), reduzir o óleo para 1 colher de sopa e manter os demais ingredientes.
- Se o paciente continuar com diarreia retornar ao ambulatório.
- Recomeçar com a orientação inicial da dieta quando cessar a diarreia.

Nutricionista : _____ / CRN _____

ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES EM NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
 Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
 Hospital Criança Conceição
 Hospital Cristo Redentor S.A.
 Hospital Fêmeina S.A.



TNEP - Ficha de Avaliação

Alta VO Óbito

Nome: _____ Registro : _____

Caso: _____ Leito : _____ Idade: _____ Sexo: _____ 1. masc. Data: ____/____/____
 2. fem. Data: ____/____/____

Raça: _____ Proced: _____ Suporte: _____

1. Branca 1. POA 1. Oral **Dieta**

Prescrita: _____
 2. Não branca 2. Grande POA 2. Enteral
 3. Interior 3. Parenteral
 8. Sem a informações 8. Sem a informações

Diagnósticos: AVC: _____ DM: _____ HAS: _____ NEO: _____

Infec: _____ Fístula: _____, Fistalto: _____, Fistbaix: _____ Pancrea: _____

SIDA: _____ Outros: _____

Fármacos: RHZ ARV QT Analgéticos Opioides Antiinflamatórios
 Omeprazol Ranitidina Sedação Noradrenalina Anti-alérgicos
 Heparina Antiemético Estatinas Insulina Antiglicemiantes oral Endócrino _____

Antibiót: _____ SNC _____ Antihip: _____ Outros: _____

Exames: ____/____/____ **Exames:** ____/____/____

Uréia _____ Uréia _____

Creatinina _____ Creatinina _____

Na _____ Na _____

K _____ K _____

Avaliação Nutricional :

Alt: _____ cm Alt: _____ cm Pesoidea: _____ kg

Pesatual: _____ kg Pesatual: _____ kg Peso médio: _____ kg

IMC: _____ kg/cm² IMC: _____ kg/cm² Peso

ajustado: _____ kg

Peso usual: _____ kg

%PP: _____ Tempo _____ %PP: _____ Tempo

PCT _____ mm PCT _____ mm

CB _____ cm CB _____ cm

CMB: _____ cm CMB: _____ cm

Alb: _____ g/dl Alb: _____ g/dl

Transfer: _____ g/dl Transfer: _____ g/dl

Cal/N₂ _____ Cal/gr

Nec. energéticas

GEB: _____ Kcal/ dia

FA: _____ FI: _____

GET: _____ Kcal / dia

Kcal / kg _____

N₂: _____ gr

P: _____ gr / kg

Diagnóstico Nutricional:

Eutrófico **Desn. Leve** **Desn. Moderada** **Desn. Grave**

Sobrepeso **Obesidade** **Obesidade Mórbida** **Desn. Sérica**

Reavaliação Nutricional :

Prescrição.

NPT:_____

- 1.Fórmula convencional.
- 2.Fórmula convencional com fosfato de sódio.
- 3.Fórmula com AA à 10% + Glicose 10%.
- 4.Fórmula com AA à 10% + NaCl + Kcl + fosf. K+
- 5.Três em um
- 6.Não se aplica.

NPT:

SNE Função:

- Gástrica. Entérica

Monitorização:

NE:_____

1. Normal
2. Hiperproteica
3. Hipercalórica
4. Hiper/hiper
5. Diabetes
6. Insuf. respiratória
7. Insuficiência renal
9. Insuficiência hepática
10. Imunodeprimido
12. Sem resíduos
13. Por gastrostomia
14. Por jejunostomia
15. Hipossódica
16. Hipolipídica
17. Rica em fibra
18. Semi-elementar

DATA							
BN	—						
Albumina	—						
Ferro	—						
	—						
Transferrina							
Cateter Simples	—						
Duplo Lúmen	—						
Uréia							
Urinária							

Volume:_____ **ml**

Freq:___ 4/4 horas _____ **5x dia**

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL

(Selecione uma)

- ___ A = Bem nutrido
- ___ B = Moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido
- _ ___ C = Gravemente desnutrido

Risco Nutricional

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL, RDC 63 de 06 de julho de 2000 –Regulamenta os requisitos mínimos exigidos para a prática de Terapia de Nutrição Enteral.
2. MACHADO, Ana Larissa Gomes;FREITAS,Consuelo Helena Aires de;JORGE,Maria Salete Bessa.**O fazer do cuidador familiar: significados e crenças.** Rev.bras.enferm,Brasília,v.60,n.5,p.530-534, set/oct.2007.
3. COPPINI, Luciana Zuolo. **Complicações em Nutrição Enteral.** In WAITZBERG , Dan L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** São Paulo.Editora Atheneu, 2009.p.907-15
4. HOWARD ,J.P. **Administração de Nutrição Enteral por Sondas.**Tradução por: SANTOS, Deolinta; ZULIN, Flávia;FREITAS,Maria Isabel. In SOBOTKA, Lubos. **Bases da Nutrição Clínica.**3.ed.Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. Cap. 5.3 p.192-3
5. BODOKY,G;SMITH,L.Kent. Tradução:CIOSEK,Suely.L.;MATSUBA,Claudia. **Complicações da Nutrição Enteral.** . In Sobotka, Lubos. **Bases da Nutrição Clínica.**3.ed.Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. Cap. 5.7 p. 204-7
6. BRASIL, resolução nº 143 de 15 de Outubro de 2003 - Cria Norma Operacional para acesso dos usuários aos medicamentos dispensados em caráter especial e excepcional .
7. BRASIL, Portaria nº 207 de 5 de Abril de 2006- Estabelece o uso da Denominação Comum Brasileira(DCB) para as prescrições médicas e odontológicas e aquisições de medicamentos no âmbito do SUS.
8. BRASIL,Resolução CNS nº 338,de 6 de Maio de 2004 – Aprova Política Nacional de Assistência Farmacêutica

9. OLIVEIRA, Gabriela Pereira da Costa. **Contaminação Microbiológica em Nutrição Enteral**. In WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo. Editora Atheneu, 2009.p.832-833
10. Dudrick,Stanley J;Palesky, J.Alexander; Osigweh Juanne M.. **50 Anos de Terapia Nutricional do Passado ao Futuro**. In WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo.Editora Atheneu, 2009.p 26-31.
11. ALVES, Claudia Cristina. **Indicações e Técnicas de Ministração em Nutrição Enteral**. In WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo.Editora Atheneu, 2009.p 787-91
12. HOWARD, J.P .**Equipamentos para Administração da Nutrição Enteral**. Tradução por :CIOSAK,Sueli L;MATSUBA,Claudia. In SOBOTKA, Lubos. **Bases da Nutrição Clínica**.3.ed.Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. Cap. 5.4 p.193-5
13. JONKERS, C.P.Tradução: COELHO, Simone Contes;PINHEIRO, Roselaine de Lima. **Dietas na Nutrição Enteral**. In SOBOTKA, Lubos. **Bases da Nutrição Clínica**.3.ed.Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. Cap. 5.5 p.196-8
14. SANTANA, R.F.S;Almeida, Kátia dos Santos;SAVOLDI,Nino Aurora Mello. **Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer**. Rev.esc.enferm,USP,São Paulo,v.43,n.2,p.459-464, june.2009
15. ARAÚJO, Laís Zaú Serpa de et al.**Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercursões deste encargo**.Rev.bras.enferm,Brasília,v.62,n.1,p.33-37, jan/fev.2009.
16. FONSECA,Natália da Rosa;PENNA, Aline Fonseca Gueude-Ville. **Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico**. Ciênc.saúde coletiva. Rio de janeiro. V.13, n4.p.1175-1180. july/aug.2008
17. ANDRADE,Luciene Miranda de et al.**A problemática do cuidador familiar do portador de acidente cerebral vascular**. Rev.esc.enferm,USP,São Paulo,v.43,n.1,p.37-43, mar.2009.

18. SALLES, Patrícia Sanches; CASTRO, Rosiani de Cássia Boamonte Ribeiro de. **Validação de material informativo a paciente em tratamento quimioterápico e as seus familiares.** Rev.esc.enferm,USP,São Paulo,v.44,n.1,p.182-189, mar..2010.
19. MACHADO, Ana Larissa Gomes;FREITAS,Consuelo Helena Aires de;JORGE,Maria Salete Bessa.**A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista..** Rev.bras.enferm,Brasília,v.62,n.2,p.246-251, mar / apr.2009.
20. RODRIGUES,Lívia de Souza; ALENCAR, Ana Maria Parente G; ROCHA ,Edilma Gomes.**Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar.** Rev.bras.enferm,Brasília,v.62,n.2,p.271-277, mar / apr.2009.
21. MARQUES, Giselda Quintana; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida.**Experiência-piloto de assistência domiciliar:idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil.** Rev.esc.enferm,USP,São Paulo,v.43,n.4,p.825-832, dec..2009.
22. BRONDANI, C.M; BEUTER, Margrid. **A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar.** Rev.gaúcha.enferm,Porto Alegre (RS),v.30,n.2,p.206-213, jun..2009.
23. PERTKIEWICZ,M;NABER,T;DUDRICK,S.J.Tradução por:COELHO,Simone Côrtes;PINHEIRO, Roselaine de Lima.**Terapia Nutricional Domiciliar.** In SOBOTKA, Lubos. **Bases da Nutrição Clínica.**3.ed.Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2008. Cap. 5.7 p. 413-18
24. AMENDOLA, F; OLIVEIRA, MARIA A.C.; ALVARENGA, M.R.M. **Qualidade de Vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família.** Enferm. v.17, n.2.p 266- 272. Apr/june 2008.
25. Protocolo do Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do HNSC Revisão em 2009
26. GRACIOTO, Ariane et al.**Grupo de Orientação de Cuidados aos familiares de Pacientes Dependentes.** Rev.bras.enferm,Brasília,v.59,n.1,p.105-108, jan/feb.2006.

27. FERREIRA, Ana Gabriela Clipes; MACHADO, Denise Selbach; MENEZES, Neliana Schirmer Antunes. **Orientações para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos: dissertações, teses, TCG de Pedagogia, TCE de Especialização.** Porto Alegre: UFRGS/ FAGED/BSE. 2010

