



AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL EM PACIENTES IDOSOS DO FORO CIRÚRGICO

Isabel Fernanda Lopes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Bragança, junho de 2017



AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NUTRICIONAL EM PACIENTES IDOSOS DO FORO CIRÚRGICO

Isabel Fernanda Lopes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança pra obtenção do Grau de Mestre de Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Bragança, junho de 2017

RESUMO

Enquadramento: O processo de envelhecimento implica declínio funcional, muitas vezes exacerbado por inúmeros fatores de risco como a desnutrição associada à doença.

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional e o estado nutricional em pacientes com mais de 65 anos admitidos num serviço de cirurgia geral.

Metodologia: Estudo de carácter descritivo e correlacional, transversal, numa abordagem quantitativa que incluiu 89 idosos hospitalizados. A capacidade funcional foi avaliada recorrendo ao Índice de Barthel e à escala de Lawton & Brody. A força de preensão manual foi avaliada por dinamometria e o estado nutricional recorrendo ao Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF).

Resultados: Os utentes apresentavam em média 78 (\pm 6,9) anos. Os valores do Barthel correlacionam-se de forma positiva, com os valores do MNA-SF ($R=0,400$; $p=0,000$). Conclusões semelhantes são observadas entre a Escala de Lawton & Brody e o MNA-SF ($R=0,280$; $p=0,009$). Obtiveram-se ainda correlações estatisticamente significativas entre as pontuações do Barthel e as variáveis força de preensão manual ($R=0,460$; $p=0,000$), IMC ($R=0,250$; $p=0,018$) e idade ($R=-0,570$; $p=0,000$).

Conclusão: A capacidade funcional correlacionou-se com a idade, força de preensão manual e estado nutricional. É fundamental que a avaliação da capacidade funcional do idoso hospitalizado seja feita o mais precocemente possível, no sentido de se delinearem estratégias individualizadas ao nível nutricional e da funcionalidade global, que visem prevenir e/ou corrigir défices, para encurtar os tempos de internamento e promover qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso; Hospitalização; Capacidade funcional; Estado nutricional

ABSTRACT

Theoretical framework: The aging process implies functional decline, often exacerbated by numerous risk factors such as malnutrition associated with the disease.

Objective: To evaluate functional capacity and nutritional status in patients over 65 admitted to a general surgery service.

Methodology: A cross-sectional, descriptive and correlational study in a quantitative approach that included 89 hospitalized elderly. Functional capacity was assessed using the Barthel Index and the Lawton & Brody scale. The manual grip strength was evaluated by dynamometry and nutritional status using the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF).

Results: Patients had an average of 78 (\pm 6.9) years. The Barthel values are positively correlated with the MNA-SF values ($R = 0.400$; $p = 0.000$). Similar conclusions are observed between the Lawton & Brody Scale and the MNA-SF ($R = 0.280$; $p = 0.009$). There were statistically significant correlations between the Barthel score and the manual grip strength ($R = 0.460$, $p = 0.000$), BMI ($R = 0.250$; $p = 0.018$) and age ($R = -0.570$; $p = 0.000$).

Conclusions: Functional capacity correlated with age, manual grip strength, and nutritional status. It is essential that the evaluation of the functional capacity of the hospitalized elderly is done as early as possible, in order to delineate individualized nutritional strategies and global functionality, aimed at preventing and / or correcting deficits, shortening hospital stays and promoting hospitalization quality of life.

Keywords: Aged; Hospitalization; Functional capacity; Nutritional Status

PENSAMENTO

*“As memórias são os únicos
espelhos a que os velhos
se miram satisfeitos.”*

Tomás Ribeiro (1831-1901)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Leonel São Romão Preto, por ter aceitado orientar-me, pela sua constante disponibilidade, apoio e amabilidade na transmissão de conhecimentos imprescindíveis à elaboração deste trabalho.

A todos os utentes que participaram no estudo, o meu sincero agradecimento.

À família por tanto apoio, compreensão e tolerância.

Aos colegas, especialmente à Luísa e à Fátima, pela atenção e encorajamento.

E por último, a todos os que não referi mas que também me apoiaram...

A todos, Muito Obrigada!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD- Atividades básicas de vida diária

AIVD- Atividades instrumentais de vida diária

AVD- Atividades de vida diária

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência Cardíaca

GERMI- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ICC- Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

Kgf – Quilograma-força

LB- Escala de Lawton & Brody

MNA- Mini Avaliação Nutricional

MNA-SF- Mini Avaliação Nutricional-Versão Curta

MNA-SF- Mini Nutritional Assessment – Short Form

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

TA – Tensão Arterial

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	10 -
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12 -
1. O ENVELHECIMENTO – UMA REALIDADE	13 -
1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto da pessoa idosa	14 -
1.2. A capacidade funcional	18 -
1.3. O estado nutricional.....	21 -
II-ESTUDO EMPÍRICO	29 -
2. METODOLOGIA	30 -
2.1. Tipo de estudo	30 -
2.2. Questão de investigação e objetivos do estudo	30 -
2.3. População/Amostra.....	31 -
2.4. Descrição do instrumento de recolha dos dados e operacionalização das variáveis	31 -
2.5. Procedimentos estatísticos.....	35 -
2.6. Procedimentos de minimização de erros	35 -
2.7. Considerações éticas.....	36 -
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37 -
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49 -
5. CONCLUSÃO	58 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62 -
ANEXOS	68 -
ANEXO I- Formulário	69 -
ANEXO II- Autorização para realização do estudo/parecer da Comissão de Ética....	75 -

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Fatores de risco para o declínio funcional em idosos hospitalizados.....	- 20 -
Quadro 2- Causas de desnutrição no idoso.....	- 22 -
Quadro 3- Índice de Massa Corporal. Classificação da OMS e Lipschitz.	- 35 -

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas.....	- 37 -
Tabela 2- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis habilitações literárias, coabitação e situação de reforma.....	- 38 -
Tabela 3- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis presença de problemas de visão, audição e deglutição.....	- 39 -
Tabela 4- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis relacionadas com os hábitos de vida.....	- 39 -
Tabela 5- Número de fármacos tomados diariamente e saúde autopercebida.....	- 40 -
Tabela 6- História de quedas nos últimos 12 meses.....	- 40 -
Tabela 7- Internamentos anteriores e uso de meios auxiliares de marcha.....	- 41 -
Tabela 8- Comorbilidades presentes nos pacientes.....	- 42 -
Tabela 9- Resultados obtidos na dor e outros sinais vitais.....	- 43 -
Tabela 10- Motivo de internamento.....	- 43 -
Tabela 11- Variáveis de força e antropometria.....	- 44 -
Tabela 12- Participantes do estudo distribuídos pelas categorias do IMC (conforme Lipschitz e OMS).....	- 45 -
Tabela 13- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel e participantes do estudo distribuídos pelas respectivas categorias.....	- 46 -
Tabela 14- Estatísticas descritivas obtidas na Escala de Lawton & Brody, e participantes do estudo distribuídos pelas respectivas categorias.....	- 46 -
Tabela 15- Pontuação e classificação obtida na triagem pelo MNA-SF.....	- 47 -
Tabela 16- Correlações entre a idade, a força manual, as pontuações do IB, LB, MNA-SF e IMC.....	- 48 -

INTRODUÇÃO

No âmbito da exigência pedagógica para efeitos de conclusão do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realiza-se o presente trabalho de projeto que tem por tema “A avaliação da capacidade funcional e do estado nutricional do idoso do foro cirúrgico”. Esta temática, para além de contemporânea, foi selecionada na tentativa de se perceber a pertinência de incluir no momento de acolhimento do utente, a avaliação quer da capacidade funcional, quer do estado nutricional do idoso hospitalizado.

A complexidade que envolve a vida desde a nascença e o desenvolvimento, a reprodução e a senescência ou envelhecimento, tem tanto de fascinante como de intrigante. O homem não é exceção e, como todos os seres vivos, também tem um tempo limitado de vida. No entanto, o envelhecimento não pode ser encarado como um estado com limites nitidamente marcados, mas antes como um processo de degradação progressiva e diferencial que envolve as dimensões biológica, psicológica e social.

Pelas suas características, o utente idoso do foro cirúrgico, deve ser alvo de uma abordagem multidimensional e multidisciplinar, no sentido de detetar, minimizar e/ou prevenir défices, sempre que a situação o permita. Segundo Conde (2009) “A hospitalização, muitas vezes necessária para controlo da situação clínica, pode ser vista por si só como uma causa de défices adicionais.” (Conde, 2009). A mesma autora refere que existem vários fatores que contribuem para a incapacidade funcional no idoso hospitalizado. Nesta linha de pensamento, note-se que a “...desnutrição é um dos fatores que mais contribui para a perda de funcionalidade no idoso...” estando esta “...associada ao maior risco de infeção, complicações metabólicas, internamentos prolongados e morbimortalidade.” (Rosa, Silva, Balbino, Ribeiro, Ribeiro, & Firmino, 2014). Assim, parece pertinente a avaliação funcional e nutricional do utente idoso do foro cirúrgico num momento precoce da hospitalização, para que possam ser minimizados os seus efeitos, promovendo a maximização funcional.

É neste contexto que surge a questão de investigação:

- Qual a capacidade funcional e o estado nutricional do idoso do foro cirúrgico no momento da admissão hospitalar?

Para dar resposta a esta questão formulou-se o seguinte objetivo geral:

- Avaliar a capacidade funcional e o estado nutricional dos utentes com mais de 65 anos admitidos num serviço de cirurgia geral.

Para atingir o objetivo geral proposto, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra nas variáveis sociodemográficas;
- Avaliar aspetos sensoriais e hábitos de vida anteriores ao internamento;
- Descrever os utentes nas variáveis clínicas;
- Caracterizar os utentes nas variáveis antropométricas e força de preensão manual;
- Avaliar a independência funcional para a realização das AVD e AIVD, no momento da admissão;
- Avaliar o estado nutricional dos utentes no momento da admissão;
- Relacionar as variáveis da independência funcional com as variáveis do estado nutricional relativas ao momento de admissão.

Para a concretização dos objetivos descritos, foi elaborado um estudo de carácter descritivo e correlacional, transversal, numa abordagem quantitativa, através da aplicação de um formulário a 89 idosos admitidos no serviço de cirurgia geral da Unidade Hospitalar de Mirandela, após autorização da direção e consentimento informado dos idosos.

Este trabalho divide-se em duas partes, a primeira abrange a explanação da matriz teórica e a segunda descreve todas as fases metodológicas do estudo, apresentam-se os resultados e as conclusões mais significativas.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O ENVELHECIMENTO – UMA REALIDADE

Com todos os progressos realizados pela humanidade em termos biomédicos, sociais e económicos, testemunha-se um aumento da esperança média de vida, contribuindo para o aumento do número de idosos. Se por uns, o envelhecimento é visto como algo positivo, por outros é encarado como o problema do século XXI.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que “...o envelhecimento das populações está a evoluir rapidamente em todo o mundo.” (OMS, 2015). Portugal não é exceção, ocupando o 4º valor mais elevado do índice de envelhecimento no conjunto dos 28 Estados Membros da União Europeia (INE, 2014).

Neste sentido é imperativo adotar o paradigma do envelhecimento saudável. Segundo a OMS o envelhecimento saudável consiste no processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. É no entanto imperativo compreender que com o avançar da idade existe um declínio gradual quer da capacidade intrínseca quer da capacidade funcional que pode terminar em dependência. Por outro lado, todos os esforços devem ser feitos no sentido de maximizar a capacidade funcional do idoso. Para a OMS “Os maiores custos à sociedade não são os gastos realizados para promover esta habilidade funcional, mas sim os benefícios que poderiam ser perdidos se não implementarmos as adaptações e investimentos necessários”. Com base nas evidências, é fácil perceber que a nível das instituições de saúde existem dinâmicas que têm de ser adotadas, no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa idosa, pois esta é a faixa populacional onde a incidência da doença é mais elevada. Contudo, a solução não passa por “fazer mais”, passa por desenvolver medidas centradas e adequadas às necessidades da pessoa idosa, tendo em conta a individualidade e a unicidade de cada uma (OMS, 2015).

Uma equipa de enfermagem direcionada para o cuidado ao utente do foro cirúrgico, vê-se agora confrontada com um número crescente de utentes idosos que, pelas suas características particulares, apresentam necessidades específicas. Neste sentido há que sensibilizar estes profissionais de saúde, envolvidos no cuidado ao idoso, alertando-os para a possibilidade de desenvolvimento de défices funcionais. Nos serviços de internamento médico-cirúrgicos emerge a necessidade de formação de profissionais de

saúde preparados para avaliar o idoso na sua capacidade funcional, atender suas necessidades e elaborar planos que visem minimizar incapacidades (Monteiro & Faro, 2009). Naturalmente o paradigma da prática dos cuidados terá que sofrer alterações, os profissionais de enfermagem, através do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar, podem dar um contributo significativo para a construção da autonomia e participação do utente idoso na tomada de decisão sobre as suas necessidades de atenção ou cuidados à sua saúde (Carretta, Bettinelli, & Erdmann, 2011).

1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto da pessoa idosa

A enfermagem tem desenvolvido esforços no sentido de acompanhar a evolução sociodemográfica impulsionada pelo progresso técnico-científico, baseando cada vez mais a sua prática na evidência. Neste processo de desenvolvimento e adaptação, é fundamental que o enfermeiro se muna de um conjunto de competências que lhe permitam um desempenho técnico, que só poderá ser de excelência se existir humanidade ao longo de todo o processo do cuidar. É esta complexidade que capacita o profissional de enfermagem para uma resposta adequada às necessidades da pessoa ao longo das várias etapas da vida, em qualquer contexto de saúde/doença.

É sabido que a evolução sociodemográfica da população acarreta alterações de várias ordens gerando novas necessidades individuais e em saúde, as quais devem necessariamente serem incluídas no quotidiano da prática dos cuidados (Pestana, 2016). Neste sentido a Direção Geral da Saúde (DGS) afirma que essa longevidade tem um reverso mais problemático, vem muitas vezes acompanhada de situações de fragilidade e de incapacidade, aproximando frequentemente os idosos do polo da dependência (DGS, 2004).

De acordo com o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) o processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional, embora particular e de intensidade variável. As características e os desfechos decorrentes deste processo de envelhecimento transformam os idosos numa população vulnerável.

Compreende-se então que o processo de envelhecimento não se desenrola de igual forma para todas as pessoas, sendo desejável perceber a forma como se envelhece, paralelamente às várias formas de envelhecimento (Marques-Vieira, Amaral, & Pontífice-Sousa, 2016). Constata-se que existe uma panóplia de fatores associados ao envelhecimento humano. É importante uma intervenção o mais abrangente e completa possível, baseando os processos de trabalho numa visão holística e no cuidado personalizado, contrariando o tradicional paradigma biomédico (Sousa, Ferreira, Espírito Santo, Almeida, & Alves, 2010).

Emerge assim a necessidade de defender uma atuação que vise a manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida da pessoa idosa. É neste contexto que a Ordem dos Enfermeiros (OE), recomenda que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve fazer uso das suas competências específicas, e basear a sua intervenção na manutenção das capacidades funcionais do utente idoso, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (OE, 2010). Nesse sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) concebe planos de cuidados diferenciados, implementa-os e monitoriza-os, reformulando-os sempre que necessário, baseados nos problemas reais e potenciais do utente idoso. Assim, é necessário identificar o que o idoso pode, ou não, fazer no seu dia-a-dia, tendo em conta as suas funções anatomofisiológicas preservadas/alteradas, assim como as limitações da atividade e restrições da participação social no meio onde o idoso está inserido (DGS, 2004).

Ao longo dos tempos têm vindo a ser desenvolvidos programas que incluem estratégias de intervenção junto da população idosa, com a finalidade de promover o envelhecimento ativo, a longevidade com qualidade, a promoção da saúde e a prevenção da doença (Marques-Vieira, Amaral, & Pontífice-Sousa, 2016). É neste contexto que se percebe a necessidade da literacia em saúde, fomentando o empoderamento da pessoa para a consciencialização e intervenção responsável, ao longo do seu próprio processo de envelhecimento.

No sentido de facilitar a comunicação entre todos os profissionais de saúde, surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), numa

perspetiva onde todos os fatores são influenciadores e ao mesmo tempo influenciados, vem introduzir as dimensões sociais, culturais e ambientais, destronando o protagonista da classificação anterior, ou seja, a doença (Marques-Vieira, Amaral, & Pontífice-Sousa, 2016). Os autores referidos atrás defendem que as “...as políticas de saúde para o envelhecimento deveriam apontar para a necessidade do desenvolvimento de políticas de cuidados e organização dos recursos com base nas necessidades funcionais das pessoas idosas.”. O contexto da hospitalização não é exceção.

Nos serviços de saúde diferenciados, designadamente nas unidades de internamento generalistas, onde outrora existia uma maioria de utentes adultos, passou na atualidade a existir uma ocupação quase exclusivamente feita por pessoas idosas.

Não é de todo descabido afirmar que as equipas de saúde envolvidas no cuidado direto ao utente se deparam com realidades para as quais não estavam completamente preparadas, desenvolvendo sentimentos de ansiedade e angústia, e situações potencialmente geradoras de más práticas. Aliados a estes fatores, junta-se o maior número de utentes com dependência e conseqüentemente maior necessidade de horas de cuidados, daí ser prioritário adequar a equipa de enfermagem quer no número de elementos, quer nas suas características no que respeita a competências na área do cuidado ao idoso.

A reabilitação da pessoa idosa é uma das vertentes incluídas no campo da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta realidade coloca o enfermeiro especialista a desempenhar o papel de pivô na equipa multidisciplinar, sendo assim uma mais-valia em todo o processo curativo/educativo e preventivo (Diogo, 2000).

Os cuidados prestados devem planear-se segundo a metodologia do processo de enfermagem, e tendo em conta o contexto familiar e social da pessoa idosa, a sua história de vida e os seus princípios e valores. É importante que a prática do enfermeiro de reabilitação vá de encontro aos objetivos realistas, estabelecidos conjuntamente com o idoso, sendo para isso imprescindível que lhe sejam transmitidos conhecimentos sobre o seu estado de saúde, respeitando as suas limitações e enfatizando o seu potencial e as suas capacidades para o autocuidado (Diogo, 2000).

O EEER deve intervir precocemente junto da pessoa idosa internada, facilitando o processo adaptativo de quem cuida e de quem é cuidado, prevenindo o aparecimento de

défices, garantindo a manutenção e a maximização dos ganhos, desenvolvendo planos de reabilitação também adaptáveis às condições reais do idoso após a alta hospitalar, independentemente de este se encontrar, ou não, institucionalizado (Marques-Vieira, Amaral, & Pontífice-Sousa, 2016).

Tendo em conta a experiência profissional e a bibliografia consultada, constata-se que é urgente integrar enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nas equipas multidisciplinares que prestam cuidados ao idoso em contexto hospitalar, já que isso contribui “...para a promoção da independência, para a redução de complicações, para a diminuição do tempo de internamento e futuros reinternamentos...” (Sousa, Ferreira, Espírito Santo, Almeida, & Alves, 2010).

É fundamental que as consequências da hospitalização sejam minimizadas ou mesmo evitadas, para isso a planificação dos cuidados tem que ser adequada e a avaliação dos mesmos deve ser contínua, de forma a promover ou prevenir a autonomia da pessoa idosa (Sousa J. , 2014). O mesmo autor conclui que o EEER é o profissional que reúne todas as características necessárias ao cuidado da pessoa idosa hospitalizada. A existência de planos de intervenção desenvolvidos pelo EEER, ajuda a minimizar fatores de risco associados ao declínio funcional e cognitivo durante a hospitalização (Rodrigues, 2012).

Vários autores defendem que é fundamental proceder à avaliação da pessoa idosa hospitalizada incluindo medidas de funcionalidade que traduzam a capacidade do indivíduo desempenhar as suas atividades de vida diária. Estas medidas são de extrema importância para estabelecer o prognóstico, nomeadamente em termos de duração do internamento, autonomia para o autocuidado, necessidade de cuidados de reabilitação, destino após a alta e mortalidade (Conde, 2009).

Por outro lado, o processo de doença e hospitalização potencializa o declínio da capacidade funcional e cognitiva da pessoa idosa, situação que poderá ser minimizada pela identificação precoce de doentes em risco de incapacidade, e desenvolvendo programas de reabilitação personalizados durante o período intra-hospitalar (Mendes, Rodrigues, Novo, & Preto, 2016).

Uma publicação recente observou que os idosos com risco de desnutrição foram associados à maior dependência, enquanto aqueles com estado nutricional normal,

foram associados à maior independência (Cendron, Silva, Closs, Helena, Schwanke, & Kik, 2016).

Existem cada vez mais estudos que relacionam a capacidade funcional do idoso com o seu estado nutricional, concluindo que a capacidade funcional do idoso hospitalizado é largamente influenciada pelo seu estado nutricional, independentemente do sexo (Soares, et al., 2012).

Assim, também o estado nutricional deve ser avaliado o mais precocemente possível para a identificação de idosos em risco nutricional ou desnutridos, permitindo a terapia nutricional adequada. A desnutrição está ainda associada ao maior risco de infecção hospitalar, complicações metabólicas, internamentos prolongados, aumento da morbimortalidade e dos custos em saúde (Rosa, Silva, Balbino, Ribeiro, Ribeiro, & Firmino, 2014). Para Moreira e Villas Boas (2011) o estado nutricional é uma variável influenciadora da capacidade funcional.

Perante isto torna-se pertinente que à avaliação da capacidade funcional se associe também a avaliação do estado nutricional do idoso hospitalizado, na tentativa de identificar situações de risco de declínio numa fase precoce, passíveis de serem revertidas (Moreira & Villas Boas, 2011).

1.2. A capacidade funcional

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa capacidade significa aptidão, competência, faculdade que torna apto, enquanto funcional significa que funciona bem, relativo às funções vitais. Assim, depreende-se que capacidade funcional se refira ao estado de estar apto a desempenhar todas as suas funções do quotidiano, ou seja, ser independente para realizar as atividades de vida diária.

No contexto do cuidado à pessoa idosa "...a capacidade funcional surge como um novo componente do conceito de saúde, adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso." (Monteiro & Faro, 2009). Parece inquestionável que a capacidade funcional seja encarada como grande influenciador do processo de

envelhecimento, pelo que deve nortear o paradigma do cuidado à pessoa idosa (Menezes, Oliveira, & Menezes, 2010).

Já incapacidade funcional ou “desabilidade” é definida pela “...dificuldade ou dependência do idoso na realização individual das atividades de vida diária” (Sthal, Berti, & Palhares, 2011). Assim, no contexto da hospitalização, a diminuição da capacidade funcional vai ter repercussões a vários níveis, limitando a autonomia do idoso e aumentando o risco de dependência. Segundo (Moreira & Villas Boas, 2011) “A capacidade funcional é um importante componente da qualidade de vida e marcador de saúde, refletindo a condição geral do idoso.”. É cada vez mais evidente que a identificação da funcionalidade global da pessoa idosa num momento precoce da hospitalização é preditivo, contribuindo para a redução do risco de complicações, bem como para a melhoria da qualidade de vida (Pereira, Souza, Carneiro, & Sarges, 2014).

A designação de funcionalidade global, em contexto de saúde da pessoa idosa, é uma presença contínua na bibliografia consultada, principalmente na mais recente. A funcionalidade global pode ser definida como “a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, influenciada pelo grau de autonomia e independência do indivíduo” (Freitas, Fernandes, Coqueiro, Reis Júnior, & Rocha, 2012).

Desequilíbrios na funcionalidade global podem ocorrer antes ou durante o período de hospitalização. Segundo Cunha, Cintra, Cunha, Couto e Giacomini (2009) “...as mudanças ocorridas antes da hospitalização resultam...de doenças agudas ou da agudização de doenças crónicas, e não podem ser prevenidas exclusivamente pelo cuidado fornecido pelo hospital”. Os mesmos autores referem que, pelo contrário, os desequilíbrios funcionais ocorridos durante a hospitalização, são mais facilmente revertidos (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009). Vários autores defendem que a capacidade funcional deve ser incluída nos indicadores de saúde relacionados com a pessoa idosa, pelo facto da mesma ser um importante marcador em geriatria (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004).

Desde o momento que antecede o aparecimento da doença, o internamento e o momento da alta, assiste-se à progressão do declínio funcional da pessoa idosa, geralmente associado ao maior risco de queda, torna-se fundamental a avaliação rigorosa imediata à admissão (Sousa J. , 2014).

Constata-se que a taxa de internamento hospitalar nesta faixa etária é mais elevada do que em qualquer outro grupo populacional, a demora média de internamento é maior e a recuperação é mais lenta e complicada, existindo conseqüentemente gastos em saúde acrescidos (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009).

Assim, pode afirmar-se que a detecção precoce dos fatores de risco para a funcionalidade global, pode ser vantajoso quer para a pessoa idosa, quer para as instituições de saúde. Nesse sentido “...é de extrema importância o conhecimento sobre a condição clínica, o nível físico, cognitivo e funcional do idoso prévio ao internamento, para que se possam estabelecer objetivos realistas e eficazes, minimizando ou controlando os fatores de risco...” (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009).

Enfatiza-se em seguida, recorrendo a um quadro esquemático, os principais fatores de risco para o declínio funcional em idosos hospitalizados.

Quadro 1- Fatores de risco para o declínio funcional em idosos hospitalizados.

Fatores sócio-demográficos	Idade avançada e institucionalização
Fatores médicos/clínicos	Diagnóstico, comorbilidades, gravidade da condição clínica e estado nutricional
Fatores relacionados à capacidade funcional e seus determinantes	Depressão, delirium, comprometimento cognitivo e físico (quedas, redução de mobilidade), fatores ambientais (ausência de adaptações), incapacidade funcional prévia e iatrogenias (polifarmácia e superproteção).

Fonte: Cunha et al (2009) – Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados

Constata-se que os fatores referidos anteriormente podem, simultaneamente, ser fatores de risco, ou consequência do declínio funcional. É necessário ter a noção de que o declínio da funcionalidade global da pessoa idosa, também afeta a família e os cuidadores formais e informais.

Concretamente no paciente do foro cirúrgico, o internamento, a condição clínica e a dor ou desconforto pré-operatório podem influenciar a capacidade de tossir, respirar e

movimentar-se adequadamente, alterando as condições motoras e cognitivas necessárias para o desempenho de tarefas nas quais anteriormente o paciente era independente (Morais, Lopes, Sá, & Júnior, 2010). No pós-operatório, dependendo da situação clínica de base e dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos realizados, observa-se geralmente um maior tempo de repouso no leito e uma redução da mobilidade que pode gerar perda de força, massa muscular e descondicionamento (Morais, Lopes, Sá, & Júnior, 2010). Vários estudos relatam declínio funcional acentuado após procedimentos cirúrgicos, designadamente em cirurgia cardíaca (Myles, Hunt, Fletcher, Solly, Wordward, & Kelly, 2001), em cirurgia pulmonar (Wynne, 2004), em cirurgia ortopédica (Costa & Costa, 2014), traumatológica (Baixinho, 2008), pélvica e abdominal (Kwon, Symons, Yukawa, Dasher, Legner, & Flum, 2012).

Devido a situações fisiopatológicas que requerem tratamento médico-cirúrgico, os pacientes mais velhos, apresentam geralmente reservas funcionais diminuídas na maioria dos órgãos e sistemas, o que aumenta os fatores de risco pós-operatórios. Kwon et al. (2012) concluíram que o declínio funcional atinge 45% dos idosos submetidos a cirurgia geral (Kwon, Symons, Yukawa, Dasher, Legner, & Flum, 2012). Vários estudos sugerem que a morbidade e mortalidade pós-operatória aumentam progressivamente com a idade e associada a fragilidade e incapacidade funcional prévia (Robinson., et al., 2009).

Pelo anteriormente referido torna-se importante mensurar a funcionalidade das pessoas idosas internadas em unidades cirúrgicas, de modo a prevenir a limitação funcional (Morais, Lopes, Sá, & Júnior, 2010).

1.3. O estado nutricional

Manter-se nutricionalmente saudável implica um equilíbrio dinâmico nem sempre fácil de alcançar. Para atingir esse equilíbrio é de primordial importância detetar o risco nutricional precocemente, tendo em conta que a má nutrição pode resultar quer do défice quer da sobrealimentação. No que respeita ao idoso hospitalizado, considerando todas as transformações que envolve o processo de envelhecimento, esse equilíbrio nutricional é ainda mais difícil de manter.

Os problemas de nutrição são frequentes nesta faixa etária, decorrentes de alterações do apetite e dispêndio de energia, desequilíbrio de fluídos e eletrólitos, níveis alterados de citocinas e hormonas (Villafañe, et al., 2016), alterações no metabolismo digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede, que por sua vez, influenciam diretamente o consumo alimentar, diminuição do metabolismo basal e da redistribuição da massa corporal (Morais, I., & Lessa, 2010), o diagnóstico de internamento, a dieta insuficiente e/ou inadequada (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000).

Constata-se então que as causas da desnutrição na pessoa idosa podem ter diversas etiologias, como sejam as relacionadas com as alterações fisiológicas do envelhecimento, as condições socioeconómicas, as doenças e a interação entre nutrientes e medicamentos (Marchini, Ferrioli, & Moriguti, 1998).

Quadro 2- Causas de desnutrição no idoso.

<p>A – Secundárias ao envelhecimento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Gastrite atrófica, hipocloridria e diminuição do fator intrínseco, que pode ocorrer em 20% dos casos, resultando em má absorção de cálcio, vitamina B e ferro. 2- Fibrose e atrofia das glândulas salivares. 3- Perda de dentes. 4- Diminuição da lactase e outras dissacaridases. 5- Atrofia das papilas gustativas. 6- Menor responsividade a opióides (dimorfina) e outros neuropeptídeos, podendo resultar em “anorexia da idade”. 7- Diminuição da sensibilidade de recetores associados ao controle da sede e, conseqüentemente, menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação. 8- Diminuição da capacidade cutânea de produção de vitamina D. 9- Diminuição da absorção de fontes de ferro não-heme e da eritropoiese, resultando em anemia. 10- Diminuição da absorção de 	<ol style="list-style-type: none"> 4- Hospitalização prolongada recebendo oferta energética inferior às necessidades. 5- Doenças gastrointestinais associadas a menor digestão e absorção de alimentos. 6- Alcoolismo causando, entre outras, deficiências de tiamina, folato e magnésio. 7- Diabetes mellitus causando má nutrição secundária a gastroparésia, incontinência fecal e ingestão pobre de nutrientes. 8- Caquexia cardíaca e a perda de minerais pelo uso indiscriminado de diuréticos. 9- Neoplasias. <p>D – Interação droga-nutrientes (alguns exemplos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Drogas podem alterar o apetite, a absorção, o metabolismo, a utilização e a excreção de nutrientes. 2- Minerais podem competir entre si, durante o processo de absorção, como por exemplo zinco e ferro. 3- Anticoagulantes e antibióticos podem induzir a deficiência de vitamina K. 4- Resinas ligadoras de colesterol ou óleo mineral podem induzir a
--	---

micronutrientes, em especial do zinco e do cobre.	deficiência de vitamina A, D, E e K.
<p>B – Alterações socioeconómicas</p> <p>1- Menor rendimento económico, que, conseqüentemente, pode limitar a aquisição de fontes de nutrientes adequados.</p> <p>2- Isolamento que pode desencorajar a ingestão de alimentos.</p> <p>3- A morte de entes queridos pode favorecer o aparecimento de anorexia.</p>	<p>5- Antiácidos podem alterar a absorção do ferro, cálcio e vitamina B.</p> <p>6- Trimetoprim, dilantim, barbitúricos, colesteramina e álcool podem resultar em deficiência de folato.</p> <p>7- As necessidades de piridoxina estão aumentadas com o uso de isoniazida e hidralazida.</p> <p>8- Deficiência da vitamina B pode estar associada com o uso de álcool, neomicina, colchicina, colestiramina e clindamicina.</p>
<p>C- Doenças e outros fatores relacionados</p> <p>1- Deterioração da capacidade funcional, que pode causar dificuldades na aquisição, preparação e consumo de alimentos.</p> <p>2- Depressão associada à anorexia.</p> <p>3- Deterioração da função cognitiva, o que resulta em inabilidade para obter alimento, esquecimento ou incapacidade de se alimentar.</p>	<p>9- Dietas hiperproteicas podem diminuir a atividade de agentes dopaminérgicos utilizados no tratamento da doença de Parkinson.</p> <p>10- Uso de dilantim pode dificultar a hidroxilação hepática de vitamina D.</p>

Fonte: Marchini, Ferrioli, & Moriguti (1998) - Suporte Nutricional no Paciente Idoso: Definição, Diagnóstico, Avaliação e Intervenção

Existem autores que dividem a desnutrição em três estádios quanto à causa, primário, secundário e terciário. A desnutrição primária está associada à ingestão inadequada e pobre aporte de nutrientes que não garantem a plena reposição das necessidades nutricionais, consequência de condições socioeconómicas precárias (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). Neste estádio o idoso é internado com comprometimento nutricional. A desnutrição secundária, segundo os mesmos autores, tem como ponto de partida patologias que interferem com a ingestão e utilização inadequada de nutrientes, como problemas com a alimentação e/ou com o processo digestivo e de absorção de nutrientes. Neste estádio também estão incluídos fatores responsáveis, por um lado, pela depleção e aumento das necessidades energéticas, como cirurgias, quadros febris, traumas, sepsis e queimaduras, por outro, pela ingestão inadequada de alimentos resultante da doença infecciosa, insuficiência cardíaca congestiva, uremia, doença pulmonar obstrutiva crónica, tumores sólidos, fístulas de alto débito e enteropatias no adulto (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). A desnutrição terciária decorre exclusivamente em contexto hospitalar e encontra-se associada às iatrogenias, resulta da administração

inadequada de soluções endovenosas hipocalóricas a utentes com aumento das necessidades nutricionais, a privação de terapia nutricional em casos hipermetabólicos, a falta de compensação nutricional após períodos repetidos de jejum para realização de exames complementares de diagnóstico e a escassez de recursos humanos envolvidos diretamente na alimentação dos utentes dependentes (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000).

A desnutrição prevalece em todo o mundo e é um fardo para o utente idoso e as instituições de saúde. Apesar dos vários avanços em medicina e cuidados clínicos, a simples correção do estado nutricional parece ser negligenciada ou não é considerada como uma prioridade médica (Barker, Gout, & Crowe, 2011).

Com base na evidência, um idoso sem risco nutricional apresenta maior probabilidade de recuperação durante a hospitalização, mantendo a sua capacidade funcional, evitando internamentos prolongados e todas as consequências/riscos que daí possam advir. Um estudo desenvolvido num serviço de reabilitação, veio afirmar que o estado nutricional está associado à capacidade funcional dos utentes idosos hospitalizados e que, quer o estado nutricional quer a capacidade funcional deterioram-se com a idade (Villafañe, et al., 2016).

No programa Nestlé Health pode deprender-se que a hospitalização só por si, já é um risco associado à desnutrição. Atualmente cada vez mais idosos são sujeitos a internamento hospitalar, logo vêm o risco de desnutrição aumentado, ainda mais quando a patologia interfere com a ingestão alimentar, ou mesmo os obriga à não ingestão de quaisquer alimentos durante dias consecutivos e privados de um plano terapêutico nutricional minimamente adequado.

A desnutrição é uma condição debilitante e altamente prevalente no contexto hospitalar. Existem estudos que relatam taxas de aproximadamente 40% de utentes idosos desnutridos, esta condição nutricional está associada a muitos desfechos adversos, incluindo depressão do sistema imunológico, atraso na cicatrização de feridas operatórias, perda de massa muscular, prolongamento do tempo de internamento, elevação dos custos e aumento da mortalidade (Barker, Gout, & Crowe, 2011).

Um estudo realizado em Portugal conclui que os utentes internados nos serviços de cirurgia, apresentavam uma prevalência de desnutrição de 40% (Morim, 2003). O

mesmo autor afirma que a intervenção nutricional adequada se traduzirá na melhoria da qualidade de vida dos utentes, na diminuição da incidência de possíveis complicações pós-operatórias e na redução do tempo de internamento.

É urgente investir na sensibilização dos profissionais de saúde, no que diz respeito à monitorização da alimentação e do peso dos utentes, quer no momento da admissão, quer ao longo de todo o internamento hospitalar (Matos, 2007). O mesmo autor conclui que os utentes em risco nutricional apresentam um índice de massa corporal mais baixo, idade superior e menor força muscular, quando comparados com utentes sem risco nutricional.

Concretamente no utente idoso do foro cirúrgico, torna-se cada vez mais evidente que o processo de desnutrição acarreta complicações a vários níveis, pelo que é indispensável o acompanhamento nutricional promovendo a prevenção e/ou recuperação do seu estado nutricional (Leonhardt & Paludo, 2013). Nestes utentes cirúrgicos a desnutrição tem uma prevalência elevada e um impacto negativo no prognóstico (Rugeles, 2009). O mesmo autor afirma que em jejum um ser humano perde, aproximadamente, 3 gramas de nitrogénio por dia, ao fim de oito semanas alcança os valores mínimos e morre. No ambiente hospitalar, em que o utente é submetido a cirurgia major perde maior quantidade, como exemplo uma perda de 15 gramas por dia alcançaria o ponto de não retorno em apenas 12 a 14 dias. Neste contexto a terapia nutricional só pode trazer benefícios.

Não é pois de estranhar que os principais avanços em terapia nutricional se devam a cirurgias, apesar da avaliação nutricional e metabólica não ser ainda uma rotina universalmente instituída na clínica cirúrgica, e a desnutrição se encontrar frequentemente subdiagnosticada (Morales, 2009).

O utente idoso submetido a intervenção cirúrgica fica sujeito a grandes alterações fisiológicas, resultantes de danos teciduais, isquemia e distúrbios hemodinâmicos que acarretam mudanças metabólicas complexas características da fase de reação aguda (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). Os mesmos autores afirmam que a fase de reação aguda é variável e está diretamente associada à complexidade da intervenção cirúrgica, à ocorrência de complicações e aos fatores relacionados com o diagnóstico e o tratamento. É importante acrescentar que o nível de complexidade da intervenção cirúrgica influencia diretamente a massa corporal e o

peso, pois o nível de intensidade da fase de reação aguda conduz a maior ou menor catabolismo (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000).

A desnutrição associada à doença durante o internamento hospitalar está, em grande parte, relacionada com a negligência do reconhecimento e da monitorização dos aspetos relacionados com o estado nutricional (Matos, 2007). A inclusão da avaliação do estado nutricional seria uma mais valia no que respeita ao utente do foro cirúrgico (Rosique, Grasa, Solís, & Albasini, 2008).

A intervenção nutricional deve ser implementada no período pré-operatório para reduzir o número de complicações no pós-operatório (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). Perante uma perda de peso no período pré-operatório de mais de 20,0% de peso corporal normal, a taxa de mortalidade situa-se nos 35,0%, em utentes com a mesma patologia mas que apresentam menor perda de peso a taxa de mortalidade ronda os 3,5% (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). Nesse sentido, segundo Beghetto et al (2008), para além da avaliação precoce, o utente idoso deve ser identificado como: “...não é de risco, mas deve ser reavaliado em intervalos regulares, é de risco e necessita seguir um plano nutricional, é de risco, mas problemas metabólicos e funcionais impedem a adoção de um protocolo padronizado, ou se há dúvidas se o paciente é de risco” (Beghetto, Manna, Candal, Mello, & Polanczyk, 2008). Segundo os mesmos autores, a pertinência de estabelecer parâmetros de avaliação do estado nutricional em idosos hospitalizados é inquestionável, pois só desta forma se torna possível a vigilância clínica e epidemiológica, de forma a antecipar complicações adotando intervenções precoces.

Indubitavelmente, todos os idosos sujeitos a um qualquer ato cirúrgico deveriam receber uma atenção especial no que concerne ao cuidado nutricional. No entanto, múltiplos estudos demonstram que isso não acontece, alguns desses estudos concluíram que 50% dos utentes hospitalizados se encontravam desnutridos e que a desnutrição se agravava com o tempo de internamento hospitalar (Rugeles, 2009).

Atualmente, com os avanços na área nutricional, assiste-se a uma vasta oferta de soluções que podem coadjuvar quer o processo cirúrgico quer a terapia medicamentosa através da imunonutrição, privilegiando a qualidade ao invés da quantidade (Tahull & Talaverón, 2014). Os mesmos autores alertam para a necessidade de se minimizarem os tempos de pausa alimentar, quer no período pré-operatório quer no período pós-

operatório, e para a reutilização da via digestiva o mais precocemente possível pois é a chave da recuperação do sistema imunológico, logo fundamental para a recuperação do idoso submetido ao ato cirúrgico. Este estudo vem defender uma posição de abandono de jejum prolongado no período pós cirúrgico. Perante o idoso desnutrido ou em risco de desnutrição, que se prevê que vai estar sujeito a situação catabólica agudizada e períodos de jejum, devem introduzir-se medidas específicas de apoio nutricional oral, enteral e mesmo parenteral, consoante o caso (Rosique, Grasa, Solís, & Albasini, 2008).

A avaliação do estado nutricional constitui o primeiro passo para prevenir a desnutrição associada ao processo de envelhecimento e doença, e idealmente deveria efetuar-se à pessoa idosa no momento da admissão hospitalar (Martins, 2016), pois é de extrema importância o seu diagnóstico precoce e pode servir de guia durante o internamento (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). Existem cada vez mais argumentos que fundamentam a implementação da triagem do estado nutricional na rotina clínica, especialmente no contexto hospitalar agudo, onde evidências substanciais indicam um número elevado de casos de desnutrição (Barker, Gout, & Crowe, 2011).

Nesse sentido, deve ser realizada a escolha do método, ou métodos, de avaliação nutricional, selecionando o instrumento necessário para uma avaliação precisa; tendo em consideração o bom prognóstico, a validade, o baixo custo e a relevância clínica para cada instituição (Beghetto, Manna, Candal, Mello, & Polanczyk, 2008). A Mini Avaliação Nutricional versão curta (MNA-SF) destaca-se como uma ferramenta adequada pois, fornece um método simples e rápido de identificação de utentes idosos que apresentam risco de desnutrição ou que já se encontrem desnutridos. Desenvolvido pela Nestlé Nutrition Institute, o MNA é uma ferramenta de avaliação nutricional utilizada em indivíduos com 65 ou mais anos, já que consegue identificar o risco de desnutrição antes da ocorrência de mudanças de peso ou dos níveis de proteína sérica (Nestlé Nutrition Institute). Constata-se que a MNA-SF é de aplicação rápida e fácil, demonstrando uma elevada sensibilidade na deteção do risco nutricional em idosos hospitalizados (Dent, Visvanathan, Piantadosi, & Chapman, 2012).

Em contexto hospitalar um score na MNA baixo, está diretamente associado ao aumento da mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento da

necessidade de referência para a rede de cuidados continuados e/ou lares de terceira idade (Guigoz, 2006). O mesmo autor acrescenta que a desnutrição no idoso está estreitamente ligada a alterações funcionais e cognitivas, bem como a dificuldades associadas à alimentação. Estudos demonstram que uma intervenção atempada pode parar e/ou mesmo reverter a perda de peso em idosos em risco de desnutrição ou subnutridos e está associada a melhores resultados na MNA. Para além de instrumento de triagem, a MNA também pode ser usada como ferramenta de avaliação durante o acompanhamento clínico. A implementação desta ferramenta na rotina clínica contribui para a melhoria dos cuidados prestados (Lilamand, et al., 2015).

Constata-se que a defesa da obrigatoriedade no que respeita à implementação da triagem do estado nutricional no utente idoso cirúrgico, reúne cada vez mais defensores e fundamentam a sua posição na contribuição que esta pode dar para a excelência dos cuidados (Barker, Gout, & Crowe, 2011).

II-ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

Tendo por base os objetivos da investigação e o enquadramento teórico da temática em estudo explicam-se neste capítulo os procedimentos metodológicos seguidos no processo de investigação.

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo é descritivo correlacional, transversal, com recurso a uma abordagem quantitativa.

2.2. Questão de investigação e objetivos do estudo

O presente estudo orientou-se pela seguinte questão de investigação:

- Qual a capacidade funcional e o estado nutricional do idoso do foro cirúrgico no momento da admissão hospitalar?

Para dar resposta a esta questão formulou-se o seguinte objetivo geral:

- Avaliar a capacidade funcional e o estado nutricional dos utentes com mais de 65 anos admitidos num serviço de cirurgia geral.

Para atingir o objetivo geral proposto, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra nas variáveis sociodemográficas;
- Avaliar aspetos sensoriais e hábitos de vida anteriores ao internamento;
- Descrever os utentes nas variáveis clínicas;
- Caracterizar os utentes nas variáveis antropométricas e força de preensão manual;

- Avaliar a independência funcional para a realização das AVD e AIVD, no momento da admissão;
- Avaliar o estado nutricional dos utentes no momento da admissão;
- Relacionar as variáveis da independência funcional com as variáveis do estado nutricional relativas ao momento de admissão.

2.3. População/Amostra

A população alvo deste estudo era constituída pelas pessoas idosas admitidas no serviço de cirurgia geral da Unidade Hospitalar de Mirandela durante um período de seis meses. Dada a impossibilidade de avaliar todos os elementos dessa população, foi extraída, por amostragem de conveniência, um subconjunto dessa população. Deste modo, a amostra constituiu-se por 89 idosos hospitalizados no respetivo serviço entre os meses de outubro de 2016 e março de 2017, número de participantes do estudo que corresponde aos utentes admitidos durante os períodos coincidentes com os turnos de trabalho do investigador, desde que os pacientes reunissem os seguintes critérios de inclusão:

- Ter 65 ou mais anos de idade;
- Estar consciente, orientado e obedecer a ordens simples;
- Não possuir qualquer doença que pelo seu estado clínico, como seja a presença de dor, não permitisse realizar o teste de força de preensão manual;
- Ter capacidade para a marcha (mesmo recorrendo a auxiliares de marcha);
- Ter equilíbrio para permanecer de pé (para a obtenção dos valores da altura e do peso, através do estadiómetro e da balança mecânica, respetivamente).

2.4. Descrição do instrumento de recolha dos dados e operacionalização das variáveis

Descreve-se em seguida a estrutura do instrumento de recolha de dados (Anexo I) e a operacionalização das variáveis em estudo.

Dados sociodemográficos

Neste campo foi recolhida informação relativa às variáveis idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, coabitação e frequência de centros de dia (Anexo 1).

Avaliação sensorial e hábitos de vida

Neste grupo foram abordadas a acuidade visual e auditiva, a deglutição que inclui o tipo de dieta praticada, o consumo de tabaco, café e bebidas alcoólicas, bem como o número de fármacos consumidos por dia (Anexo I).

Saúde auto-percebida

A autopercepção da saúde foi avaliada através de uma escala de Likert com quatro possibilidades de resposta: excelente, boa, regular e má.

História de queda nos últimos 12 meses

A história de quedas no último ano foi avaliada através de uma questão dicotómica sim/não. Os utentes que respondiam afirmativamente eram questionados sobre a principal causa da queda, se resultaram consequências da mesma e se desenvolveram algum receio ou medo de cair com decorrentes alterações nas atividades de vida diária (Anexo I).

Motivo de internamento e história de internamentos hospitalares no último ano

Neste ponto é identificado o diagnóstico de admissão, bem como o número de internamentos a que foi sujeito nos últimos 12 meses (Anexo I).

Necessidade de auxiliares de marcha

A necessidade de auxiliares de marcha foi avaliada através de uma questão dicotómica sim/não. Os utentes que respondiam afirmativamente eram questionados sobre o tipo de auxiliar de marcha (Anexo I).

Sinais vitais

Neste campo foram avaliados a tensão arterial, a frequência cardíaca, a dor, o peso e a altura e calculado o valor de índice de massa corporal. A dor foi avaliada através de

uma escala de Likert com cinco possibilidades de resposta: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima (Anexo I).

Força de preensão manual

O valor do teste de força de preensão manual resultou da média encontrada após três avaliações por cada participante com a mão dominante, utilizando o dinamómetro universal JAMAR (Anexo I).

O teste consiste na mensuração por dinamometria hidráulica da força isométrica máxima de preensão da mão, seguindo os protocolos descritos na literatura para esta prova (Fernandes & Marins, 2011). Pela sua confiabilidade, o dinamómetro JAMAR é considerado o padrão de ouro para avaliar a força manual (Mathiowetz, Weber, Volland, & Kashman, 1984). No equipamento por nós utilizado, a força de preensão é exibida no mostrador em libras e quilogramas, com um máximo de 200 lb-90 kgf). Uma agulha retinha automaticamente o ponto de pico de força para leitura, sendo possível a sua reinicialização colocando a agulha novamente em valor zero. No presente estudo, e por motivos culturais, os resultados foram avaliados em quilogramas.

Índice de comorbilidade de Charlson

O ICC foi utilizado para pesquisar os antecedentes clínicos dos participantes no estudo (Anexo I).

Índice de Barthel

Neste campo avaliou-se a capacidade que o utente possuía para desempenhar ABVD (Anexo I).

Na versão por nós utilizada o instrumento pesquisa 10 atividades: alimentação, transferências, toalete, utilização da casa de banho, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. As pontuações obtidas na escala podem variar de um mínimo de 0 a um máximo de 100 pontos, sendo que a pontuação mínima corresponde a dependência total e a máxima a independência total (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

Os utentes foram categorizados a partir dos seguintes pontos de corte: 0 a 20= dependência total; 21 a 60= grave dependência; 61 a 90= moderada dependência; 91 a 99= dependência muito leve e 100= independência total (Azeredo & Matos, 2003).

Escala de Lawton & Brody

Neste ponto foi identificada a capacidade que o utente possui para desenvolver AIVD (Anexo I).

A escala avalia o nível de independência com base em 8 tarefas instrumentais: usar o telefone, fazer compras, preparar a alimentação, lida da casa, cuidar da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. Em cada tarefa é atribuída uma pontuação relativa à capacidade do sujeito na sua realização. Na versão por nós utilizada, cada item é classificado com pontuações que variam de 0 a 2, em que 0 significa incapacidade para a realização dessa atividade, 1 significa que o idoso necessita de algum apoio e 2 significa que a atividade é realizada com total independência. A um nível quantitativo, maiores pontuações significam maior independência, e a um nível qualitativo estabelecem-se as seguintes categorias: 0-5= Dependência grave ou total; de 6-11=moderada dependência; de 12-16=ligeira dependência ou independente (Araújo, Pais Ribeiro, A., Pinto, & & Martins, 2008).

Mini Nutritional Assessment – Short form (MNA-SF)

Neste ponto reuniram-se informações, com o objetivo de responder às questões que constituem a triagem do MNA, e assim identificar os utentes desnutridos ou em risco de desnutrição (Anexo I).

O MNA é um questionário que foi especialmente desenvolvido para a população idosa, quer vivendo em contexto comunitário, ou em contexto de institucionalização/hospitalização. Constitui uma metodologia simples, económica, não invasivo e validada em muitos países (Guigoz, Lauque, & Vellas, Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment., 2002).

O questionário é composto por duas partes: a triagem e a avaliação global. Dado que pretendemos futuramente sugerir a sua introdução na prática dos cuidados no serviço

em que desempenhamos funções, optamos, pela sua simplicidade de preenchimento, em utilizar, no presente estudo, apenas o quadro respeitante à triagem nutricional (Mini Nutricional Assessment-Short Form MNA-SF). Neste campo são exploradas várias questões, tais como: perda de apetite, dificuldade na deglutição, perda de peso nos últimos 3 meses, mobilidade, estado psicológico nos últimos 3 meses, problemas neurológicos e IMC. Quanto maior a pontuação final, melhor o estado nutricional da pessoa avaliada; sendo que a pontuação da triagem pode variar entre os 0 e 14 pontos, significando de 0 a 7 que o indivíduo está desnutrido, de 8 a 11 que está sob risco de desnutrição e de 12 a 14 um estado nutricional normal.

Na classificação do IMC utilizámos os critérios, e os pontos de corte, propostos pela OMS e por Lipschitz (1994), conforme o quadro seguinte.

Quadro 3- Índice de Massa Corporal. Classificação da OMS e Lipschitz.

Classificação	Lipschitz	OMS
Baixo peso	<22,0	< 18,5
Eutrófico	22,0 – 27,0	18,5 – 24,9
Sobrepeso	> 27,0	25,0 – 29,9
Obesidade	---	≥30,0

2.5. Procedimentos estatísticos

Após a recolha dos dados, estes foram sujeitos aos procedimentos clássicos da estatística descritiva e inferencial, através do programa informático SPSS.

2.6. Procedimentos de minimização de erros

Os dados foram recolhidos numa sala de trabalho no próprio serviço onde se encontra o estadiómetro, a balança mecânica, o monitor de sinais vitais e os restantes materiais necessários à recolha dos dados, respeitando a privacidade do utente. A aplicação dos

formulários foi realizada pelo mesmo investigador e em situações idênticas. Os utentes eram identificados durante o período de trabalho e a aplicação dos formulários tinha lugar após o horário laboral, sempre durante as primeiras vinte e quatro horas de internamento do utente.

2.7. Considerações éticas

Para trabalhar a presente problemática foi necessário proceder ao pedido de autorização ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste, no sentido de aprovar a aplicação dos formulários e a concretização deste estudo. (Anexo II)

Numa primeira abordagem, o utente foi claramente informado acerca do tema em estudo e sua finalidade, com o objetivo de obter o consentimento informado expresso. Foi realçado o direito ao anonimato e à confidencialidade de todos os dados partilhados, bem como a possibilidade de o utente desistir de colaborar a qualquer momento da recolha de dados.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da amostra nas variáveis sociodemográficas

Os pacientes do foro cirúrgico que integraram o estudo apresentavam, em média, 78 anos de idade, como se pode verificar na tabela que abaixo se apresenta. Como se denota a amostra era equitativa quanto ao género sexual já que ficou constituída por 44 mulheres e 45 homens. Maioritariamente os pacientes eram casados ou viviam em união de facto (50,6%).

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Idade (anos), M±DP</i>	78,0± 6,9
<i>Género, n (%)</i>	
Feminino	44 (49,4)
Masculino	45 (50,6)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Estado civil, n (%)</i>	
Solteiro	5 (5,6)
Casado/ União de facto	45 (50,6)
Divorciado/ Separado	4 (4,5)
Viúvo	35 (39,3)
TOTAL	89 (100,0)

M- Média; DP- Desvio Padrão

A tabela 2 expõe as restantes variáveis sociodemográficas em estudo.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que o ensino primário predominou em 91% dos utentes. Quanto à coabitação verificou-se que maioritariamente dos inquiridos moravam acompanhados (78,7%) e os restantes 31,3% sozinhos. Finalmente a situação de reforma predomina em 92,1% dos casos.

Tabela 2- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis habilitações literárias, coabitação e situação de reforma.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Habilitações literárias, n (%)</i>	
Analfabeto	4 (4,5)
Ensino primário	81 (91,0)
6º ano de escolaridade	2 (2,2)
9 ano de escolaridade	0 (0,0)
12 ano de escolaridade	0 (0,0)
Curso superior	2 (2,2)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Coabitação, n (%)</i>	
Mora sozinho	19 (21,3)
Mora acompanhado	70 (78,7)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Encontra-se reformado, n (%)</i>	
Sim	82 (92,1)
Não	7 (7,9)
TOTAL	89 (100,0)

Avaliação sensorial e hábitos de vida

A grande maioria dos utentes (74,2%) relatou a presença de problemas de visão. Tomando-se em conta estes casos (n=66), verificou-se existirem 57 inquiridos em que estes problemas estão corrigidos pelo uso de óculos.

Nos problemas de audição, os mesmos prevaleceram em 34,8% (n=31) dos utentes, e a sua correção pelo adequado uso de prótese auditiva verifica-se em apenas 11 situações.

A prevalência de problemas de deglutição foi de 10,1% na amostra (Tabela 3).

Tabela 3- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis presença de problemas de visão, audição e deglutição.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Presença de problemas de visão, n (%)</i>	
Sim	66 (74,2)
Não	23 (25,8)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Se problemas de visão, corrigido com óculos, n (%¹)</i>	
Sim	57 (86,4)
Não	9 (13,6)
TOTAL	66 (100,0)
<i>Presença de problemas de audição, n (%)</i>	
Sim	31 (34,8)
Não	58 (65,2)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Se problemas de audição, corrigido com próteses, n (%¹)</i>	
Sim	11 (35,5)
Não	20 (74,5)
TOTAL	31 (100,0)
<i>Problemas de deglutição, n (%)</i>	
Sim	9 (10,1)
Não	80 (89,9)
TOTAL	89 (100,0)

1- Percentagens calculadas em função dos utentes que responderam às questões

Na tabela 4 apresentamos resultados para os hábitos de vida. Verifica-se que a maioria dos inquiridos é abstinente para o tabaco (56,2%), mas não para o álcool (53,9%).

Tabela 4- Participantes do estudo distribuídos pelas variáveis relacionadas com os hábitos de vida.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Número de cafés ou bebidas com cafeína/dia, M±DP</i>	1,2±1,2
<i>Consumo de tabaco, n (%)</i>	
Não fumador	50 (56,2)
Fumador	13 (14,6)
Ex -fumador	26 (29,2)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Consumo de álcool, n (%)</i>	
Sim	48 (53,9)
Não	41 (46,1)
TOTAL	89 (100,0)

Resultados obtidos nas variáveis clínicas

O número médio de fármacos diferentes tomados diariamente foi de 4,4.

Relativamente à saúde auto-percebida, destacamos o facto de nenhum inquirido a ter classificado como excelente.

Tabela 5- Número de fármacos tomados diariamente e saúde autopercebida.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Número de fármacos diários, M±DP</i>	4,4±2,5
<i>Saúde auto-percebida, n (%)</i>	
Excelente	0 (0,0)
Boa	14 (15,7)
Regular	50 (56,2)
Má	25 (28,1)
TOTAL	89 (100,0)

M- Média; DP- Desvio Padrão

A prevalência de quedas no último ano foi de 36% (Tabela 6).

Tendo em conta os utentes com histórico de quedas no último ano (n=32) verifica-se que a causa atribuível à queda foi, por esta ordem: debilidade muscular (n=16), acidente (n=14), e causas cognitivas (n=1) ou ambientais (n=1).

A consequência das quedas mais referidas foi a ferida superficial ou contusão.

A maioria dos inquiridos não relata receio ou medo de cair (58,4%).

Tabela 6- História de quedas nos últimos 12 meses.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Caiu nos últimos 12 meses, n (%)</i>	
Sim	32 (36,0)
Não	57 (64,0)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Causa atribuída à queda, n (%¹)</i>	
Cognitiva	1 (3,1)

Debilidade muscular	16 (50,0)
Acidente	14 (43,8)
Ambiente	1 (3,1)
TOTAL	32 (100,0)
<i>Consequências das quedas, n (%¹)</i>	
Nenhuma	13 (40,6)
Ferida superficial ou contusão	15 (46,9)
Fratura ou luxação	4 (12,5)
TOTAL	32 (100,0)
<i>Receio ou medo de cair, n (%)</i>	
Sim	37 (41,6)
Não	52 (58,4)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Número de quedas na amostra, M±DP</i>	
	0,4±0,7

1- Percentagens calculadas em função dos utentes que responderam às questões
M- Média; DP- Desvio Padrão

Quanto aos internamentos anteriores, a maioria dos utentes refere que não esteve internado durante o último ano (64,0%). No extremo oposto da distribuição destacam-se 3 utentes que referem 3 internamentos nos anteriores 12 meses.

Usam auxiliares de marcha 36% dos utentes, sendo a bengala o auxiliar mais referido.

Tabela 7- Internamentos anteriores e uso de meios auxiliares de marcha.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Internamentos anteriores último ano, n (%)</i>	
Não esteve internado no último ano	57 (64,0)
Uma vez internado no último ano	13 (14,6)
Duas vezes internado no último ano	16 (18,0)
Três vezes internado no último ano	3 (3,4)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Uso de auxiliares de marcha, n (%)</i>	
Sim	32 (36,0)
Não	57 (64,0)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Auxiliares de marcha referidos, n (%¹)</i>	
Bengala	22 (68,8)
Cadeira de rodas	1 (3,1)
Canadianas	9 (28,1)
TOTAL	32 (100,0)

As comorbilidades relatadas pelos pacientes apresentam-se na tabela 8. A mais referida foi a diabetes, presente em 37,1% dos casos. Salientam-se ainda os tumores presentes em 12,4%, a insuficiência cardíaca congestiva (5,6%), a doença vascular periférica (4,5%) e doença pulmonar crónica (3,4%).

Tabela 8- Comorbilidades presentes nos pacientes.

	SIM n (%)
SIDA (ou HIV positivo)	0 (0,0)
Enfarte do miocárdio	0 (0,0)
Insuficiência cardíaca congestiva	5 (5,6)
Doença vascular periférica	4 (4,5)
Demência	0 (0,0)
Doença pulmonar crónica	3 (3,4)
Doença do tecido conjuntivo	2 (2,3)
Úlcera péptica	1 (1,1)
Doença renal moderada ou grave	1 (1,1)
Leucemia aguda ou crónica	0 (0,0)
Linfoma	0 (0,0)
Tumor	11 (12,4)
Doença cerebrovascular	1 (1,1)
Doença hepática	2 (2,3)
Diabetes	33 (37,1)

Apenas 11,2% dos inquiridos não referem a existência de dor.

Os valores médios e respetivos desvios padrão encontrados para a frequência, pressão arterial sistólica e diastólica são apresentados na tabela 9.

Tabela 9- Resultados obtidos na dor e outros sinais vitais.

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Escala de dor, n (%)</i>	
Sem dor	10 (11,2)
Dor ligeira	39 (43,8)
Dor moderada	32 (36,0)
Dor intensa	8 (9,0)
Dor máxima	0 (0,0)
TOTAL	89 (100,0)
<i>Frequência cardíaca (bpm), M±DP</i>	77,4±10,4
<i>Pressão Arterial Sistólica (mmHg), M±DP</i>	140,0±2,6
<i>Pressão Arterial Diastólica (mmHg), M±DP</i>	75,3±9,8

M- Média; DP- Desvio Padrão

Tabela 10- Motivo de internamento.

	n	%
Colecistite	18	20,2
Pancreatite aguda	14	15,7
Em estudo	10	11,2
Colangite	9	10,1
Pólipo cólon	7	7,9
Diverticulite	5	5,6
Dor abdominal	2	2,2
Estenose esofágica	2	2,2
Hemorragia digestiva alta	2	2,2
Lesão colon	2	2,2
Neoplasia colon sigmoide	2	2,2
Pé diabético	2	2,2
Pólipo sigmoide	2	2,2
Abcesso hepático	1	1,1
Adenocarcinoma recto	1	1,1
Fistula	1	1,1
Hematoma perna	1	1,1

Hemorragia gastro-intestinal	1	1,1
Neoplasia gástrico	1	1,1
Neoplasia do pâncreas	1	1,1
Neoplasia sigmóide	1	1,1
Nódulo hepático	1	1,1
Queimaduras	1	1,1
Trombose venosa profunda	1	1,1
Varizes esofágicas	1	1,1
TOTAL	89	100,0

Características antropométricas e força de preensão manual

As descritivas obtidas nas variáveis de força e antropometria são expostas na tabela seguinte, tendo-se em conta o total da amostra e o género sexual.

Na força de preensão manual obtiveram-se 14,2 Kgf nas mulheres, valor que compara com os 20,7 Kgf registado nos homens; com diferença de médias estatisticamente significativa entre sexos ($p < 0,001$).

No peso verifica-se que os homens são mais pesados, em média, que as mulheres, com significado estatístico ($p < 0,001$). Conclusões muito idênticas foram obtidas para a altura. Observamos que o peso e a maior altura dos homens não tem reflexos estatisticamente significativos no IMC ($p = 0,885$).

Tabela 11- Variáveis de força e antropometria.

Variáveis	Mulheres (n=44)	Homens (n=45)	Amostra (n=89)	P ¹
<i>Força de preensão manual (Kgf), M±DP</i>	14,2±5,1	27,0±4,5	20,7±9,8	<0,001
<i>Peso (kg)</i>	60,8±14,4	75,3±13,4	68,1±15,6	<0,001
<i>Altura (m)</i>	1,54±0,04	1,74±0,07	1,64±0,11	<0,001
<i>IMC</i>	25,4±5,7	25,2±4,7	25,3±5,2	0,885

¹Mann-Whitney Teste; M- Média; DP- Desvio Padrão

Na tabela seguinte distribuem-se os idosos pelas categorias do IMC conforme classificação de Lipschitz e OMS, respetivamente. Na classificação recomendada por Lipschitz 32,6% dos utentes apresentam baixo-peso, 37,1% eutrofia e 30,3% sobrepeso. Já na classificação proposta pela OMS só 3,4% apresentavam baixo-peso, 44,9% eutrofia, 36% sobrepeso e 15,7% obesidade

Tabela 12- Participantes do estudo distribuídos pelas categorias do IMC (conforme Lipschitz e OMS).

Classificação do IMC	IMC conforme Lipschitz	IMC conforme a OMS
	n (%)	n (%)
Baixo-peso	29 (32,6)	3 (3,4)
Adequado ou Eutrófico	33 (37,1)	40 (44,9)
Sobrepeso	27 (30,3)	32 (36,0)
Obesidade	-	14 (15,7)
TOTAL	89 (100,0)	89 (100,0)

IMC-Índice de Massa Corporal; OMS- Organização Mundial da Saúde

Independência funcional para a realização das AVD e AIVD, no momento da admissão

Relativamente à independência funcional para a realização de AVD verificou-se que a maioria dos inquiridos (55,1%) possuía independência total. A dependência muito leve obteve uma prevalência de 6,7%, a dependência moderada de 30,3% e a dependência grave de 7,9%.

Obteve-se uma média de 88,9 pontos no instrumento para um desvio padrão de 15,2 pontos.

Tabela 13- Estatísticas descritivas obtidas no Índice de Barthel e participantes do estudo distribuídos pelas respectivas categorias

Variáveis	Amostra (n=89)
<i>Índice de Barthel, M±DP</i>	88,9±15,2
<i>Categorias IB, n (%)</i>	
Dependência total	0 (0,0)
Grave dependência	7 (7,9)
Dependência moderada	27 (30,3)
Dependência muito leve	6 (6,7)
Independência total	49 (55,1)
TOTAL	89(100,0)

M- Média; DP- Desvio Padrão; IB- Índice de Barthel

Quanto à independência funcional na realização de AIVD verificamos pela tabela seguinte que 36% dos utentes eram independentes ou apresentavam uma dependência muito leve, 49,4% apresentavam moderada dependência e 14,6% possuíam dependência grave ou total para realizar atividades instrumentais.

Tabela 14- Estatísticas descritivas obtidas na Escala de Lawton & Brody, e participantes do estudo distribuídos pelas respectivas categorias.

Variáveis	Amostra (n=89)
Lawton & Brody, <i>M±DP</i>	10,2±4,0
<i>Categorias LB, n (%)</i>	
Dependência grave ou total	13 (14,6)
Dependência moderada	44 (49,4)
Independência	32 (36,0)
TOTAL	89(100,0)

M- Média; DP- Desvio Padrão; LB- Escala de Lawton & Brody

Estado nutricional dos utentes

Observando as estatísticas descritivas do MNA-SF verifica-se que se obteve uma pontuação média de 10,2 pontos.

Quando distribuídos pela classificação da triagem verifica-se que apresentam desnutrição 16,9% dos utentes, 57,3% estão sob risco de desnutrição e apenas 25,8% apresentam um estado nutricional normal.

Tabela 15- Pontuação e classificação obtida na triagem pelo MNA-SF.

Variáveis	Amostra (n=89)
Pontuação da triagem, $M \pm DP$	10,2 \pm 4,0
<i>Classificação da triagem, n (%)</i>	
Desnutrição	15 (16,9)
Risco de desnutrição	51 (57,3)
Estado nutricional normal	23 (25,8)
TOTAL	89 (100,0)

M- Média; DP- Desvio Padrão

Associação entre independência funcional e estado nutricional

Na tabela seguinte expomos as correlações obtidas pelo teste de Pearson entre as pontuações do Índice de Barthel e da Escala de Lawton & Brody (medidas de funcionalidade por nós usadas no presente trabalho) e os valores registados no MNA-SF.

Como se denota, os valores do Barthel correlacionam-se de forma positiva, e com significância estatística, com os valores do MNA-SF ($R=0,400$; $p=0,000$), significando isto que quanto maior é a independência para a realização de AVD melhor é o estado nutricional dos utentes.

Conclusões semelhantes são observadas relativamente às estatísticas Pearson entre a Escala de Lawton & Brody e o MNA-SF ($R=0,280$; $p=0,009$), o que significa que a maior independência instrumental melhor estado nutricional.

Obtiveram-se ainda correlações estatisticamente significativas entre as pontuações do Barthel e as variáveis força de preensão manual ($R=0,460$; $p=0,000$) e IMC ($R=0,250$; $p=0,018$). Observa-se igualmente correlação estatisticamente significativa entre pontuações Barthel e idade ($R=-0,570$; $p=0,000$). Note-se, contudo, o valor negativo desta última associação; significando que quanto mais aumenta a independência funcional mais diminui a idade dos doentes (Tabela 16).

Tabela 16- Correlações entre a idade, a força manual, as pontuações do IB, LB, MNA-SF e IMC.

		<i>Idade</i>	<i>Força</i>	<i>Barthel</i>	<i>LB</i>	<i>MNA-SF</i>	<i>IMC</i>
<i>Idade</i>	<i>R</i>	1					
	<i>Sig</i>	-					
<i>Força</i>	<i>R</i>	-0,570	1				
	<i>Sig</i>	0,000	-				
<i>Barthel</i>	<i>R</i>	-0,610	0,460	1			
	<i>Sig</i>	0,000	0,000	-			
<i>LB</i>	<i>R</i>	-0,570	0,210	0,640	1		
	<i>Sig</i>	0,000	0,045	0,000	-		
<i>MNA-SF</i>	<i>R</i>	-0,340	0,460	0,400	0,280	1	
	<i>Sig</i>	0,001	0,000	0,000	0,009	-	
<i>IMC</i>	<i>R</i>	-0,230	0,260	0,250	0,260	0,490	1
	<i>Sig</i>	0,028	0,014	0,018	0,015	0,000	-

R- Coeficiente de correlação de Pearson; Sig- Significância bi-caudal; LB- Escala de Lawton & Brody; MNA-SF- Mini Nutritional Assessment – Short Form; IMC- Índice de Massa Corporal.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os objetivos específicos deste trabalho passavam, numa primeira fase, por caracterizar a amostra relativamente aos aspetos sociodemográficos e clínicos.

No que respeita aos aspetos sociodemográficos verifica-se que a amostra é equitativa quanto ao género sexual. Contrariando a tendência ao isolamento na terceira idade, a maioria dos inquiridos deste estudo moravam acompanhados, resultado associado ao estado civil, pois maioritariamente eram casados ou viviam em união de facto.

A média de idades situa-se nos 78 anos. Tendo em conta que o estudo decorreu num serviço de cirurgia geral, faz-se sentir o reflexo do envelhecimento populacional e depreende-se que aos cuidados específicos do foro cirúrgico emerge a necessidade de associar cuidados da área geriátrica. É indispensável a formação de profissionais de saúde em serviços de internamento médico-cirúrgicos, no sentido de dar resposta às necessidades do utente idoso (Monteiro & Faro, 2009), fomentando a sua autonomia e participação na tomada de decisão sobre as suas necessidades de atenção ou cuidados à sua saúde (Carretta, Bettinelli, & Erdmann, 2011).

Relativamente às habilitações literárias 91% dos inquiridos afirmam ter frequentado o ensino primário, independentemente de o terem ou não concluído. Toda e qualquer intervenção deve estar de acordo com o perfil do idoso, cultura e literacia (Sousa R. , 2015). Estudos que trabalharam esta temática evidenciam a inadequada literacia em saúde da população idosa, afirmando que é urgente potenciar a literacia em saúde através de profissionais de saúde que trabalham em proximidade, disponibilizando informações pertinentes e claras e melhor acompanhamento, potenciando a sua literacia e conseqüentemente a qualidade de vida, pois só desta forma poderão julgar e decidir sobre questões respeitantes à prevenção e gestão da própria saúde (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

Os objetivos deste estudo também passavam pela avaliação sensorial, pois quer a acuidade visual quer a auditiva têm grande influência no equilíbrio e conseqüentemente na capacidade funcional do idoso (Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, 2012). Nesse sentido, depreende-se que as alterações sensoriais, quando não corrigidas, contribuem para o declínio funcional. Através dos resultados obtidos neste estudo, pode afirmar-se que a maioria dos utentes apresenta essa fragilidade.

Os hábitos de vida têm um peso preponderante no desenvolvimento de diversas patologias, e que a doença é sem dúvida um dos fatores de risco do declínio funcional da pessoa idosa. O consumo de álcool foi o mais referido neste estudo, seguido do consumo de tabaco. Houve, no entanto relatos de utentes que afirmaram que alteraram hábitos de vida devido a comorbilidades que possuíam.

Outro objetivo deste trabalho consistia em caracterizar os participantes nas variáveis clínicas.

O presente estudo demonstrou que o número médio de medicamentos diferentes tomados por dia foi de 4,4. Este resultado vai de encontro a outros trabalhos que apontam para a tendência à polifarmácia (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004), sabendo que é um dos fatores de risco associado ao declínio funcional em idosos hospitalizados (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009). Um artigo de revisão vem afirmar que a polimedicação do idoso está associada ao declínio das funções, não só a nível físico mas também mental e funcional (Teixeira, 2014).

A polimedicação e a capacidade funcional são determinantes que se encontram fortemente associado à má perceção da saúde (Alves & Rodrigues, 2005). No presente estudo 28,1% dos inquiridos considera a sua saúde má, não havendo nenhuma classificação de excelente.

Muitos autores relacionam o declínio funcional com o medo de cair. Um estudo realizado no Brasil conclui que 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem uma queda uma vez durante o ano (Gasparotto, Falsarella, & Coimbra, 2014), resultados que corroboram a prevalência de quedas do presente estudo, que se situou nos 36%. Os inquiridos associaram-na à debilidade muscular (50%) e 43,8% a acidente, tendo resultado em ferimentos ligeiros (46,9%) e fraturas ou luxações (12,5). Os valores obtidos são coincidentes com um estudo desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, o qual concluiu que aproximadamente 30% a 50% das quedas resultam em lesões de menor gravidade e cerca de 11% acarretam lesões graves, incluindo fraturas (Sociedade Brasileira Geriatria e Gerontologia, 2008).

O envelhecimento implica declínio em múltiplas funções fisiológicas que aumentam a fragilidade e propiciam maior risco de cair (Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, 2012).

Neste estudo a maioria dos inquiridos não refere medo de cair, no entanto 41,6% perdeu a capacidade de deambular com confiança, pelo que a grande maioria recorre à bengala como auxiliar de marcha. Os mesmos resultados foram obtidos pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia afirmando que 30% a 73% dos idosos desenvolvem temor à queda, resultando em declínio funcional, depressão, baixa de auto-estima e isolamento social (Sociedade Brasileira Geriatria e Gerontologia, 2008).

Por sua vez o risco de queda aumenta à medida que diminui a capacidade funcional do idoso, e a hospitalização está estreitamente associada ao declínio funcional (Sousa J. , 2014). No contexto da hospitalização, a diminuição da capacidade funcional vai ter repercussões a vários níveis, limitando a autonomia do idoso e aumentando o risco de dependência. Concretamente no idoso do foro cirúrgico, o declínio funcional atinge 45% dos idosos submetidos a cirurgia geral (Kwon, Symons, Yukawa, Dasher, Legner, & Flum, 2012). Um estudo realizado na área da psicologia da saúde vem concluir que o internamento hospitalar tem efeitos negativos na pessoa idosa, ao nível físico e psicológico, e que o impacto dessas alterações não está relacionado com o número de internamentos, mas sim com a duração do internamento (Cabete, 2001). No presente estudo a maioria dos inquiridos refere que não esteve internado durante o último ano (64%).

Com o objetivo de pesquisar os antecedentes clínicos dos utentes inquiridos, foi aplicado o índice de Charlson. A comorbilidade mais referida foi a diabetes, presente em 37,1% dos casos. A presença de comorbilidades é um fator de risco para o declínio funcional em idosos hospitalizados (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009).

Relativamente aos sinais vitais, o único que mereceu alguma preocupação, pelos resultados obtidos neste estudo, foi a dor, pois, e apesar de nenhum inquirido ter referido dor máxima, somente 11,2% referiu não ter dor. Por razões óbvias os utentes só foram convidados a participar no estudo após apresentarem a dor controlada.

Com este trabalho também se procurou avaliar a força de preensão manual dos participantes.

Um estudo realizado a atletas de várias modalidades, concluiu que existem uma série de variáveis que influenciam a força de preensão manual, incluindo a idade, o sexo e o peso (Fernandes & Marins, 2011). Os mesmos autores verificaram que os homens têm

mais força do que as mulheres e que a diminuição da força de preensão manual aumenta com a idade, provavelmente devido à ocorrência de perda de massa muscular, o peso e a estatura também apresentam correlação positiva com a força de preensão manual. A presente investigação também obteve os mesmos resultados referentes ao género sexual, os homens têm mais força de preensão manual do que as mulheres, comprovando que existe correlação estatisticamente significativa entre sexos.

Quanto às variáveis antropométricas as conclusões são idênticas quer para o peso, quer para a altura, os homens, em média, são mais pesados e mais altos do que as mulheres. No entanto, o peso e a maior altura dos homens não têm qualquer reflexo estatisticamente significativo no IMC.

Um índice de massa corporal mais baixo, idade superior e menor força muscular, são variáveis características de utentes idosos que se encontram em risco nutricional (Matos, 2007). Neste estudo os utentes foram distribuídos pelas categorias do IMC, conforme Lipschitz e OMS. Pode afirmar-se que os resultados obtidos das duas classificações apresentam discrepâncias acentuadas na categoria baixo-peso, conforme Lipschitz são 32,6% dos inquiridos e conforme a OMS somente 3,4%, e na categoria obesidade, conforme Lipschitz 0% e conforme a OMS 15,7% dos inquiridos. No entanto, a maior percentagem da amostra recai na categoria adequado ou eutrófico, tanto para o IMC conforme Lipschitz, como para o IMC conforme a OMS, 37,1% e 44,9% respetivamente. De referir que a classificação do estado nutricional desenvolvida por Lipschitz é específica para os idosos.

Através da determinação do IMC conforme Lipschitz, constatou-se que cerca de um terço dos participantes no estudo apresentam baixo-peso, e esse aspeto é citado pela literatura como um fator de risco relevante para o declínio funcional. Depreende-se que o elevado número de participantes que apresentam baixo-peso, esteja relacionado com o motivo de acolhimento pois, cerca de 50% dos diagnósticos de internamento pertencem à patologia hepatobiliar, liderando a lista a colecistite com 20,2%, patologias estas que interferem com o aporte nutricional dos utentes. A evidência científica deixa depreender que o motivo de internamento influencia a capacidade funcional do utente, geralmente associada a doenças agudas ou à agudização de doenças crónicas (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009).

Quando o baixo-peso é sinónimo de má nutrição, de entre uma diversidade de consequências a primeira a liderar a lista é a menor atividade física devido a hipotrofia muscular ou disfunção orgânica sinónimo de declínio funcional e consequente dependência nas AVD e AIVD (Marchini, Ferriolli, & Moriguti, 1998).

Um dos objetivos deste estudo passava pela avaliação da independência funcional do utente para a realização das AVD e AIVD, no momento da admissão.

Vários estudos recorrem ao Índice de Barthel para avaliar as AVD, no sentido de medir o grau de assistência exigido por um indivíduo no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminação. Neste estudo, relativamente à independência funcional para a realização das AVD, os resultados mais relevantes foram: 55,1% dos inquiridos possuía independência total e 30,3% possuía dependência moderada.

O comprometimento do estado funcional pode acarretar prejuízos físicos, psicológicos e sociais (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Barbosa, 2014). Os mesmos autores afirmam que a incapacidade funcional é mais prevalente em idosos mais velhos, do sexo feminino e naqueles que não possuem companheiro, bem como na presença de comorbidades. Outro estudo realizado no Brasil, vem corroborar os mesmos resultados concluindo que para além das patologias e/ou deficiências, a capacidade funcional do idoso é influenciada pelo seu perfil sociodemográfico (Minosso, Amendo, Alvarenga, & Oliveira, 2010).

A identificação da capacidade funcional do idoso e a sua competência para a realização das atividades de vida diária, aproxima o profissional de saúde da realidade vivida pelo idoso e possibilita um melhor planeamento dos cuidados necessários, especialmente quando já existem défices instalados (Frank, Santos, Assmann, Alves, & Ferreira, 2007). Partindo do princípio que a avaliação do estado funcional na pessoa idosa é um processo dinâmico, revelam-se necessárias avaliações em diferentes momentos para determinar a sua progressão (Vieira, 2013). O mesmo autor refere que é imprescindível que a avaliação da capacidade funcional da pessoa se faça no momento da admissão hospitalar, e realça o contributo que a avaliação das AIVD pode dar a essa mesma avaliação no sentido de promover um planeamento de cuidados adequado e individualizado.

Idosos hospitalizados apresentaram frequência de dependência maior para as AIVD do que para as AVD (Pereira, Souza, Carneiro, & Sarges, 2014), tal como o presente estudo que apresenta 64% dos inquiridos com dependência para as AIVD, e 44,9% com dependência para as AVD. Estes resultados podem basear-se no facto do declínio funcional da pessoa idosa começa a fazer sentir-se ao nível das atividades instrumentais, avançando posteriormente para as atividades básicas de vida, isto porque as atividades instrumentais requerem maior integridade física e cognitiva. A Escala de Lawton & Brody pode funcionar como sistema de alerta no sentido da identificação precoce do declínio funcional, ou então simplesmente sinalizar situações que precisem de uma avaliação mais pormenorizada.

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa com o idoso, logo é importante que esteja sensibilizado para a problemática capacidade funcional/hospitalização. Apela-se a uma observação perspicaz no sentido de implementar precocemente a intervenção, promovendo a manutenção e maximização da atividade funcional no utente idoso (Vieira, 2013). O mesmo autor defende o início precoce da reabilitação, e alerta para o controle da dor persistente, afirmando que esta afeta todas as atividades de vida, principalmente a mobilidade, o sono e a alimentação.

Com base na literatura, a capacidade funcional da pessoa idosa é grandemente influenciada pelo estado nutricional. Outro dos objetivos delineados para este estudo, foi precisamente a avaliação do estado nutricional dos utentes no momento da admissão.

A alimentação é o veículo de aporte nutricional que merece especial atenção quando se fala da pessoa idosa. Se por um lado o complexo processo de envelhecimento interfere com o estado nutricional do idoso, por outro a hospitalização só por si, já é considerada fator de risco de desnutrição. No contexto hospitalar a desnutrição é uma condição debilitante e altamente prevalente. Existem estudos que obtiveram taxas de desnutrição de aproximadamente 40% em utentes idosos (Morim, 2003) e (Barker, Gout, & Crowe, 2011).

No presente estudo, os dados diferem de outras investigações, no entanto destaca-se o número significativo de idosos em risco de desnutrição (57,3%) e 16,9% já se encontram desnutridos. Perante estes resultados importa salientar que nos utentes cirúrgicos a desnutrição tem uma prevalência elevada e um impacto negativo no prognóstico (Rugeles, 2009).

A avaliação do estado nutricional constitui o primeiro passo para prevenir a desnutrição associada ao processo de envelhecimento e doença, e idealmente deveria efetuar-se à pessoa idosa no momento da admissão hospitalar (Martins, 2016), pois é de extrema importância o seu diagnóstico precoce e pode servir de guia durante o internamento (Leandro-Merhi, Garcia, Tafner, Florentino, Casteli, & Aquino, 2000). A Mini Avaliação Nutricional Versão Curta (MNA-SF) destaca-se como uma ferramenta adequada para a avaliação do estado nutricional, pois fornece um método simples e rápido de identificação de utentes idosos que apresentam risco de desnutrição ou que já se encontrem desnutridos.

Em contexto hospitalar um score na MNA baixo, está diretamente associado ao aumento da mortalidade e prolongamento do tempo de internamento (Guigoz, 2006). O estado nutricional é uma variável influenciadora da capacidade funcional (Moreira & Villas Boas, 2011). Idosos com risco de desnutrição foram associados à maior dependência, enquanto aqueles com estado nutricional normal, foram associados à maior independência (Cendron, Silva, Closs, Helena, Schwanke, & Kik, 2016).

Para finalizar, objetivou-se relacionar as variáveis da independência funcional com as variáveis do estado nutricional relativas ao momento de admissão dos utentes.

Neste estudo observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a força de preensão manual da mão dominante e a independência funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para além disso, a força manual correlacionou-se com o estado nutricional dos utentes e os valores do IMC.

Se em pessoas saudáveis o género e a idade são as variáveis mais determinantes da força de preensão manual, já em indivíduos doentes, a gravidade da patologia, a presença de comorbilidade associada, o tratamento médico e as alterações da mobilidade contribuem para o desuso e a fraqueza muscular (Norman, Stobäus, Gonzalez, Schulzke, & Pirlich, 2011). Fatores frequentemente presentes no internamento, como a restrição ao leito por longos períodos, presença de inflamação, infeção, desequilíbrios hidroeletrólíticos ou terapêutica miorrelaxante afetam a função muscular da mão (Norman, Stobäus, Gonzalez, Schulzke, & Pirlich, 2011). Doenças que cursam com intolerância ao esforço, dispneia e hipoxemia provocam disfunção muscular periférica, com diminuição da capacidade para realizar AVD e força muscular

abaixo dos valores de referência (Gaspar, Martins, Borges, Novo, Mendes, & Preto, 2016).

Assim, a força de preensão manual tem mostrado ser um importante indicador de funcionalidade global em idosos (Preto, Santos, Mendes, Novo, & Pimentel, 2015) e programas de reabilitação baseados no exercício físico tem registado melhorias ao nível da função muscular e funcionalidade (Preto, Gomes, Novo, Mendes, & Molina, 2016). Do mesmo modo, a força de preensão tem mostrado ser um bom preditor do estado nutricional, sarcopenia e depleção proteica (Martin, Nebuloni., Clarice., Najas., & Myrian, 2012).

A evidência científica sugere que a força muscular da mão é essencial à habilidade funcional desse segmento corporal e que a sua diminuição se associa a menor massa muscular e pior estado nutricional. Um estudo realizado com idosos seguidos em consultas de ambulatório concluiu por correlações significativas entre a força de preensão palmar e o estado nutricional avaliado pelo MNA (Martin, Nebuloni., Clarice., Najas., & Myrian, 2012). O mesmo estudo concluiu por uma associação inversa entre a idade e a força manual (ou seja, quanto mais longevos, menor força da mão, resultado sobreponível à nossa investigação).

Já um estudo realizado no Brasil, com base numa amostra de 1849 idosos, concluiu que os valores de força de preensão manual diminuiram à medida que também diminuam os valores de IMC (Alexandre, Duarte, Santos, & Leão, 2008). A mesma investigação relata associação entre força manual e capacidade para o desempenho de ABVD, sobretudo nas mulheres (Alexandre, Duarte, Santos, & Leão, 2008). Em idosos hospitalizados a força manual e a massa gorda foram considerados bons preditores de estado funcional durante o internamento de 70 pacientes do foro médico-cirúrgico (Humphreys, Maza, Hirsch, Barrera, Gattas, & Bunou, 2002).

A força de preensão manual tem servido inclusivamente como instrumento de triagem simples e eficaz do estado nutricional em pessoas muito fragilizadas como por exemplo refugiados de guerra (Pieterse, Manandhar, & Ismail, 2002).

Os estudos que investigaram a força de preensão da mão como marcador de estado nutricional foram analisados por uma revisão sistemática levada a cabo por Norman, Stobäus, Gonzalez, Schulzke e Pirlich (2011). Como principais resultados, os autores

destacam que a perda de força de preensão manual implica quase sempre perda de independência funcional. Concluíram também que a força manual comprometida é um indicador de aumento das complicações pós-operatórias, maior duração da hospitalização e maior taxa de rehospitalização, e mais ainda: como a função muscular reage precocemente à dieta zero ou ao reforço nutricional a força da mão poderia ser usada como uma variável de medida da eficácia de intervenções nutricionais (Norman, Stobäus, Gonzalez, Schulzke, & Pirlich, 2011).

5. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo contínuo e dinâmico, sem início marcado, é gradual e sofre a influência de diversos fatores. O modo como se vive, como exemplo os hábitos de vida entre outros, vai ditando o modo como se envelhece. Mas, se relativamente aos hábitos de vida existe a possibilidade de intervenção, outros fatores existem que não permitem uma ação preventiva.

Apesar do envelhecimento ser inevitável e acarretar sempre défices, não se processa em todos os indivíduos da mesma forma. Nesse sentido, e devido à menor reserva fisiológica associada muitas vezes à presença de patologia crónica múltipla, a pessoa idosa fica mais vulnerável à doença aguda e maior probabilidade de hospitalização. Sabendo que a hospitalização é um fator de risco de declínio funcional, assume especial importância a avaliação inicial no momento da admissão em ambiente hospitalar, no sentido de se detetar défices e/ou riscos numa fase ainda precoce, para estagnar a progressão ou prevenir a instalação.

Este trabalho de projeto assumiu como objetivo geral avaliar a capacidade funcional e o estado nutricional dos utentes com mais de 65 anos admitidos num serviço de cirurgia geral.

Para tal, esta análise apoiou-se num conjunto de variáveis que contemplam caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico, aspetos sensoriais e hábitos de vida anteriores ao internamento, variáveis clínicas, antropométricas e força de preensão manual, independência funcional para a realização das AVD e AIVD e o estado nutricional.

A realização deste estudo contribuiu para a obtenção de resultados que conduzem às seguintes conclusões:

A amostra ficou constituída por 89 utentes idosos que satisfaziam os critérios de inclusão previamente definidos, é equitativa quanto ao género sexual, constituída por 44 mulheres e 45 homens. Os utentes do foro cirúrgico tinham em média 78 anos de idade e maioritariamente eram casados ou viviam em união de facto. Relativamente às

habilitações literárias o ensino primário predominou e a grande maioria já se encontrava reformado e morava acompanhado.

A presença de problemas de visão é bastante acentuada e na sua maioria encontram-se corrigidos pelo uso de óculos. No que se refere aos problemas auditivos, a prevalência é significativamente inferior aos problemas de visão, no entanto poucos casos estão corrigidos. Os hábitos de vida anteriores ao internamento revelam que a grande maioria era abstinente para o tabaco, mas não para o álcool.

Os participantes neste estudo encontravam-se polimedicados e a grande maioria classificava a própria saúde como regular. Existe ainda um número significativo de utentes que referiu ter sofrido quedas no último ano maioritariamente associadas à debilidade muscular, com algumas consequências para a saúde do idoso, desenvolvendo, nalguns casos, receio ou medo de cair e o uso de auxiliares de marcha é uma estratégia adotada por alguns dos inquiridos, sendo a bengala o auxiliar mais referido.

Nesta amostra existe um historial pouco significativo de internamentos anteriores, no entanto a pesquisa realizada aos antecedentes clínicos revela um leque significativo de patologias, sendo a mais referida a diabetes. Relativamente aos sinais vitais deve enfatizar-se o facto de quase a totalidade dos inquiridos referir a presença de dor. O motivo de internamento mais vezes referido recai nas doenças hepatobiliares, liderando a lista o diagnóstico de colecistite.

As descritivas obtidas nas variáveis de força de preensão manual e antropometria revelam que o género sexual tem um reflexo estatisticamente significativo na força, comprovando que as mulheres atingiram valores de força inferiores aos valores atingidos pelos homens. Nesta amostra os homens são mais pesados, em média, que as mulheres. No que respeita ao IMC, este não é influenciado pelo género sexual, pois o peso e a maior estatura dos homens não têm qualquer influência no IMC.

Com os valores de IMC obtidos neste estudo, através da classificação de Lipschitz cerca de uma terça parte dos inquiridos apresentavam baixo peso, resultado muito diferente obtido através da classificação da OMS que somente 3,4% foram identificados como baixo-peso. Pode depreender-se que, sendo a classificação de Lipschitz direccionada para

a população idosa, apresenta maior sensibilidade na avaliação do IMC neste grupo populacional.

Relativamente à independência funcional das AVD e AIVD, no momento de admissão, mais de metade dos inquiridos apresentavam independência total nas AVD, pelo contrário em relação às AIVD 64% dos participantes apresentavam dependência para realizar atividades instrumentais. Depreende-se que o declínio funcional da pessoa idosa começa a fazer sentir-se ao nível das atividades instrumentais, avançando posteriormente para as atividades básicas de vida, isto porque as atividades instrumentais requerem maior integridade física e cognitiva.

Em relação ao estado nutricional, constata-se que 74,2% dos participantes apresentavam risco de desnutrição ou já se encontravam desnutridos. Tendo em conta que estes resultados foram obtidos na triagem pelo MNA-SF, os utentes deveriam ser encaminhados para acompanhamento nutricional, numa tentativa de confirmar o diagnóstico e estabelecer atitudes o mais precocemente possível.

Conclui-se, ainda, que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a força de preensão manual da mão dominante e a independência funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para além disso, a força manual correlacionou-se com o estado nutricional dos utentes e os valores do IMC.

Para finalizar, os resultados obtidos neste estudo comprovam que o declínio funcional e a desnutrição no idoso no momento da admissão hospitalar são uma realidade. Logo, é imperioso que se implemente na rotina da prática dos cuidados a avaliação da capacidade funcional e a avaliação do estado nutricional do utente idoso do foro cirúrgico. É primordial que a equipa multidisciplinar, que presta cuidados ao idoso do foro cirúrgico, se muna de competências e previna o declínio funcional através da abordagem de todos os fatores que lhe estão associados, numa tentativa de promover a qualidade de vida e atingir a satisfação do utente.

O EEER encontra-se numa posição privilegiada, quer pelas competências que possui no contexto do cuidado ao idoso, quer pela dinâmica que o caracteriza no seio da equipa multidisciplinar, nesse sentido é urgente dotar as equipas prestadoras de cuidados de EEER.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da amostra que foi não-probabilística e de conveniência o que limita a possibilidade de extrapolação dos resultados para outras populações.

Por fim, e porque recentemente o utente tipo do serviço de cirurgia geral onde decorreu este estudo passou a ser a pessoa idosa, este estudo foi desenvolvido na tentativa de sensibilizar os prestadores dos cuidados diretos ao idoso do foro cirúrgico para a especificidade e a complexidade que envolvem a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, T., Duarte, Y., Santos, J., & Leão, M. (2008). Relação entre força de preensão manual e dificuldade no desempenho de atividades básicas de vida diária em idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5(24), 178-182.
- Alves, L., & Rodrigues, R. (2005). Determinantes da Autopercepção de Saúde entre Idosos do Município de São Paulo. *Revista Panamericana Salud Publica*, 333-341.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., A., O., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da Escala de Lawton e Brody numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 217-220.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Qualidade de Vida*, 59-65.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da faculdade de Medicina de Lisboa*, 8 (4), 199-204.
- Baixinho, C. (2008). Capacidade de Marcha após Fractura do Colo do Fémur – Revisão Sistemática de Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 79-86.
- Barbosa, B., Almeida, J., Barbosa, M., & Barbosa, L. (2014). Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos e Fatores Associados à Incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3317-3325.
- Barker, L., Gout, B., & Crowe, T. (2011). Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 514-527.
- Bauer, J. M., Kayser, M. J., Anthony, P., Guigoz, Y., & Sieber, C. C. (2008). The Mini Nutritional Assessment--its history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract*, 23 (4), 388-96.
- Beghetto, M., Manna, B., Candal, A., Mello, E., & Polanczyk, C. (2008). Triagem Nutricional em Adultos Hospitalizados. *Revista de Nutrição*, 589-601 .
- Cabete, D. (2001). O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carneiro, J., Vilaça, K., Pfrimer, K., & Ferriolli, E. (2015). Composição Corporal de Jovens e Idosas Eutróficas e com Sobrepeso Avaliada pelo Método Óxido de Deutério e Diferentes Equações Antropométricas. *Revista de Nutrição*, 465-473.

- Carretta, M., Bettinelli, L., & Erdmann, A. (2011). Reflexões sobre o Cuidado de Enfermagem e a Autonomia do Ser Humano na Condição de Idoso Hospitalizado. *REBEEn*, 1-5.
- Cendron, G., Silva, L., Closs, V., Helena, C., Schwanke, A., & Kik, R. (2016). Estado Nutricional e Capacidade Funcional em idosos hospitalizados. *Revista da Graduação*, 1-6.
- Conde, R. (2009). *Risco de Declínio Funcional e Cognitivo no Idoso Hospitalizado*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/16811>
- Costa, R., & Costa, M. (2014). Avaliação Funcional de Idosos em Pós-Operatório de Artroplastia do Quadril. *Revista de trabalhos académicos-universo Recife*.
- Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, E., & Giacomini, K. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 475-487 .
- Dent, E., Visvanathan, R., Piantadosi, C., & Chapman, I. (2012). Use of the Mini Nutritional Assessment to Detect Frailty in Hospitalised Older People. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 764-767.
- DGS. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (s.d.). Obtido de <https://www.priberam.pt/DLPO/>
- Diogo, M. (2000). O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. *Rev.latino-am. Enfermagem*, 75-81.
- Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas* . Lisboa.
- Fernandes, A., & Marins, J. (2011). Teste de Força de Preensão Manual: Análise Metodológica e Dados Normativos em Atletas. *Fisioter. Mov.*, 567-578.
- Frank, S., Santos, S., Assmann, A., Alves, K., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da Capacidade Funcional: Repensando a Assistência ao Idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 123-134.
- Freitas, R., Fernandes, M., Coqueiro, R., Reis Júnior, W., & Rocha, S. (2012). Capacidade Funcional e Fatores Associados em Idosos: Estudo Populacional. *Acta Paul Enferm*, 933-939.
- Gaspar, L., Martins, P., Borges, M., Novo, A., Mendes, E., & Preto, L. (2016). *Efeito de um Programa de Reabilitação Respiratória na força muscular isométrica em pessoas com doença respiratória crónica: Comparação com os valores de*

referência. Obtido em 10 de Maio de 2017, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/http://hdl.handle.net/10198/13601>

- Gasparotto, L., Falsarella, G., & Coimbra, A. (2014). As Quedas no Cenário da Velhice: Conceitos Básicos e Atualidades da Pesquisa em Saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 201-209.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature-- What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 485-487.
- Guigoz, Y., Lauque, S., & Vellas, B. J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*, 18 (4), 737-57.
- Humphreys, J., Maza, P., Hirsch, S., Barrera, G., Gattas, V., & Bunou, D. (2002). Muscle Strength as a Predictor of Loss of Functional Status in Hospitalized Patients. *Nutrition*, 18(7/8), 616–620.
- INE. (2014). População Residente em Portugal com Tendência para Diminuição e Envelhecimento. *Destaque*, 1-10.
- Kwon, S., Symons, R., Yukawa, M., Dasher, N., Legner, V., & Flum, D. (2012). Evaluating the Association of Preoperative Functional Status and Postoperative Functional Decline in Older Patients Undergoing Major Surgery. *The American Surgeon*, 1336–1344.
- Leandro-Merhi, V., Garcia, R., Tafner, B., Florentino, M., Casteli, R., & Aquino, J. (2000). Relação entre o Estado Nutricional e as Características Clínicas de Pacientes Internados em Enfermaria de Cirurgia. *Revista Ciência Médica*, 105-114.
- Leonhardt, V., & Paludo, J. (2013). Identificação do Risco Nutricional em Pacientes Hospitalizados Através da Triagem Nutricional. *Revista Destaques Acadêmicos*.
- Lilamand, M., Kelaiditi, E., Cesari, M., Raynaud-Simon, A., Ghisolfi, A., Guyonnet, S., et al. (2015). Validation of the Mini Nutritional Assessment-Short Form in a Population of Frail Elders without Disability. Analysis of the Toulouse Frailty Platform Population in 2013. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 570-574.
- Marchini, J., Ferriolli, E., & Moriguti, J. (1998). Suporte Nutricional no Paciente Idoso: Definição, Diagnóstico, Avaliação e Intervenção. *Nutrição Clínica*, 54-61.
- Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontífice-Sousa, P. (2016). Contributos para um Envelhecimento Ativo. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 525-532).

- Martin, F., Nebuloni., Clarice., Najas., & Myrian. (2012). Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 493-504.
- Martins, S. (2016). Avaliação Nutricional do Doente Idoso. *Mestrado integrado em medicina – trabalho final*.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G., & Kashman, N. (1984). Reliability and Validity of Grip and Pinch Strength Evaluations. *Journal of Hand Surgery*, 222-226.
- Matos, L. (maio de 2007). A Desnutrição Associada à Doença na Admissão Hospitalar: Um Contributo para o Rastreamento. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Mendes, E., Rodrigues, J., Novo, A., & Preto, L. (2016). Functional and Cognitive Decline in Hospitalized Elderly. *Journal of Aging and Innovation*, 11-21.
- Menezes, C., Oliveira, V., & Menezes, R. (2010). Repercussões da Hospitalização na Capacidade Funcional de Idosos. *Revista Movimenta*, 76-84.
- Minosso, J., Amendo, F., Alvarenga, M., & Oliveira, M. (2010). Prevalência da Capacidade Funcional e Dependência em Idosos Atendidos em um Centro de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 12-18.
- Monteiro, C., & Faro, A. (2009). Avaliação Funcional de Idoso Vítima de Fraturas na Hospitalização e no Domicílio. *Esc Enferm USP*, 719-724.
- Morais, D., Lopes, A., Sá, V., & Júnior, M. (2010). Avaliação do Desempenho Funcional em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 263-269.
- Morais, F., I., C., & Lessa, N. (2010). Diagnóstico nutricional em idosos hospitalizados. *Nutrir Gerais*, 637-651.
- Morales, R. (2009). Nutrición y metabolismo en cirugía. *Rev Colomb Cir*, 24, 223-228.
- Moreira, P., & Villas Boas, P. (2011). Avaliação Nutricional e Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados em Botucatu/SP. *Geriatrics & Gerontology*, 19-23.
- Morim, T. (2003). Avaliação do Estado Nutricional em Pacientes do Foro Cirúrgico. Porto: FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO.
- Myles, P., Hunt, J., Fletcher, H., Solly, R., Wordward, D., & Kelly, S. (2001). Relation Between Quality of Recovery in Hospital and Quality of Life at 3 Months after Cardiac Surgery. *Anesthesiology*, 826-867.
- Nestlé Nutrition Institute. (s.d.). Um Guia para Completar a Mini Avaliação Nutricional.

- Norman, K., Stobäus, N., Gonzalez, M., Schulzke, J., & Pirlich, M. (2011). Hand grip strength: Outcome predictor and marker of nutritional status. *Clinical Nutrition*, 30, 135-142.
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). (s.d.). Avaliação Geriátrica.
- OE. (Outubro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- OMS. (2015). *Relatório Mundial De Envelhecimento E Saúde*.
- Pereira, E., Souza, A., Carneiro, S., & Sarges, E. (2014). Funcionalidade Global de Idosos Hospitalizados. *Revista Brasileira Geriatria, Gerontologia*, 165-176.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (pp. 47-55).
- Pieterse, S., Manandhar, M., & Ismail, S. (2002). The association between nutritional status and handgrip strength in older Rwandan refugees. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 933–939.
- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, E., & Molina, G. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 55-63.
- Preto, L., Santos, A., Mendes, E., Novo, A., & Pimentel, H. (2015). Deterioro funcional, miedo a caerse y composición corporal en ancianos institucionalizados. *Enfermería Clínica*, 25(2), 81-86.
- Robinson., Eiseman., Wallace., Church., McFann., Pfister., et al. (2009). Redefining Geriatric Preoperative Assessment Using Frailty, Disability and Co-Morbidity. *Ann Surg*, 449-455.
- Rodrigues, J. (Maio de 2012). Declínio Funcional Cognitivo e Risco de Quedas em Doentes Idosos Internados. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde.
- Rosa, C., Silva, B., Balbino, K., Ribeiro, S., Ribeiro, A., & Firmino, H. (2014). Avaliação Nutricional de Indivíduos Internados em um Hospital Geral. *O Mundo da Saúde*, 430-438.
- Rosique, M., Grasa, Z., Solís, M., & Albasini, J. (2008). La desnutrición: un Grave Problema Quirúrgico Infravalorado. *Nutrición Hospitalaria*, 516-517.
- Rugeles, S. (2009). Nutrición y Metabolismo en Cirugía. *Rev Colomb Cir.*, 223-228.

- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: Resultados Obtidos a Partir de uma Amostra de Pessoas Idosas Portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 33-38.
- Siqueira, A., Cordeiro, R., Perracini, M., & Ramos, L. (2004). Impacto Funcional da Internação Hospitalar em Pacientes Idosos. *Revista Saúde Pública*, 687-694.
- Soares, L., Campos, F., Araújo, M., Falcão, A., Lima, B., Siqueira, D., et al. (2012). Análise do Desempenho Motor associado ao Estado Nutricional e Idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1297-1304.
- Sociedade Brasileira Geriatria e Gerontologia. (2008). Quedas em Idosos: Prevenção. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 2-4.
- Sousa, J. (Dezembro de 2014). Declínio Funcional e o Risco de Queda no Idoso Hospitalizado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sousa, R. (Janeiro de 2015). Prevenção de Quedas na População Geriátrica. Coimbra: Faculdade de Medicina da Faculdade de Coimbra.
- Sousa, R., Ferreira, R., Espírito Santo, F., Almeida, J., & Alves, L. (2010). Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Idosos Hospitalizados: Associação com as Síndromes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 732-741.
- Sthal, H., Berti, w., & Palhares, C. (2011). Grau de Dependência de Idosos Hospitalizados para Realização das Atividades Básicas da Vida Diária. *Texto Contexto Enfermagem*, 50-67.
- Tahull, M., & Talaverón, J. (2014). Nutrición en el Paciente Quirúrgico. *Cirugía Española*, 377-378.
- Teixeira, J. (Fevereiro de 2014). Polimedicação no Idoso. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Vieira, L. (2013). Estratégias a Adotar na Prestação de Cuidados à Pessoa Idosa para a Promoção da Capacidade Funcional Durante a Hospitalização. *Journal of Aging*.
- Villafañe, J., Pirali, C., Dughi, S., Testa, A., Manno, S., Bish, M., et al. (2016). Association between malnutrition and Barthel Index in a Cohort of Hospitalized Older Adults Article Information. *The Journal of Physical Therapy Science*, 607-612.
- Wynne, R. B. (2004). Postoperative Pulmonary Dysfunction in Adults After Cardiac Surgery with Cardiopulmonary Bypass: Clinical Significance and Implications for Practice. *Am J Crit Care*, 384-393.

ANEXOS

ANEXO I- Formulário

1 - Dados Sociodemográficos	
Idade _____ (anos)	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino; <input type="checkbox"/> Masculino
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a); <input type="checkbox"/> Casado(a)/União de facto; <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado; <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
Habilitações literárias <input type="checkbox"/> Primária incompleta/Ensino primário <input type="checkbox"/> 6º ano de escolaridade <input type="checkbox"/> 9º ano de escolaridade <input type="checkbox"/> 12º ano de escolaridade <input type="checkbox"/> Curso superior	
Profissão Encontra-se reformado? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não Profissão atual ou antes da reforma: _____	
Condições de Moradia <input type="checkbox"/> Mora Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Mora acompanhado(a)	
Frequenta centros de dia? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não	

2 -Avaliação Sensorial e hábitos de vida
Visão Tem problemas de visão? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não Se sim, o problema de visão encontra-se corrigido com óculos? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não
Audição Tem problemas de audição? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não Se sim, o problema de audição encontra-se corrigido por próteses auditivas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Deglutição Tem problemas de deglutição? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não Qual a dieta praticada/instituída? _____ Usa prótese dentária? <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não
Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> Não fumador <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Ex-fumador
Consumo de café ou bebidas com cafeína (n.º/dia): _____
Consumo de álcool <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não Se sim, n.º de copos/semana: _____; Tipo de bebida: _____
Medicamentos consumidos nos últimos seis meses

Quantos fármacos diferentes tomava por dia? _____

3 - Saúde Auto-percebida

Considera a sua saúde:

- Excelente
- Boa
- Regular
- Má

4 - História de quedas nos últimos 12 meses

Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? Sim; Não

Se respondeu sim, quantas vezes caiu nos últimos 12 meses? _____

Se caiu, qual acha que foi a causa principal da queda?

- cognitiva
- Debilidade muscular
- Fármacos
- Acidente
- Vertigens/síncope
- Alterações sensoriais
- Ambiente
- Outra (especifique): _____

Se caiu, quais as consequências da queda?

- Nenhuma
- Ferida superficial ou contusão
- Fratura ou luxação
- Traumatismo craniano
- Outra (especifique): _____

Tem receio ou medo de cair? Sim; Não

Se sim, deixou de realizar alguma atividade por causa desse medo? Sim; Não

5 - Motivo de internamento e história de internamentos no último ano

Motivo de internamento _____

Esteve internado no último ano? Sim; Não

Se respondeu sim, quantas vezes? _____

6 - Necessidade de auxiliares de marcha

Necessidade de auxiliares de marcha? Sim; Não

Se respondeu sim, qual? _____

7 - Sinais vitais/variáveis clínicas	
TA _____/_____ mmHg	
FC _____ bat/m	
Dor	
<input type="checkbox"/> Sem dor; <input type="checkbox"/> Dor ligeira; <input type="checkbox"/> Dor moderada; <input type="checkbox"/> Dor intensa; <input type="checkbox"/> Dor máxima.	
Peso _____ Kg; Altura: _____ metros	IMC= _____

8 - Teste de força de preensão manual			
1ª	2ª	3ª	Média:

9 - Índice de comorbidade de Charlson (ICC)		
	SIM	NÃO
SIDA (ou HIV positivo)		
Enfarte do miocárdio		
Insuficiência cardíaca congestiva		
Doença vascular periférica		
Demência		
Doença pulmonar crónica		
Doença do tecido conjuntivo		
Úlcera péptica		
Doença renal moderada ou grave		
Leucemia aguda ou crónica		
Linfoma		
Tumor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Com metástases <input type="checkbox"/>		
Sem metástases <input type="checkbox"/>		
Doença cerebrovascular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hemiplegia <input type="checkbox"/>		
Leve sem hemiplegia <input type="checkbox"/>		
Doença hepática <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Moderada ou grave <input type="checkbox"/>		
Leve <input type="checkbox"/>		
Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Com afeção de outros órgãos (ex: retinopatia) <input type="checkbox"/>		
Sem afeção de outros órgãos <input type="checkbox"/>		

10 - Índice de Barthel		Pontuação
Alimentação		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Transferências		
Independente	<input type="checkbox"/>	15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>	0
Toailete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara ou escovar os dentes	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
Utilização do WC		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
Mobilidade		
Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/>	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros	<input type="checkbox"/>	5
Imóvel	<input type="checkbox"/>	0
Subir e descer escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Vestir		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Com ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Impossível	<input type="checkbox"/>	0
Controlo intestinal		
Controla perfeitamente	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de ajuda de clisteres	<input type="checkbox"/>	0
Controlo urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que maneje a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou algaliado (sendo incapaz de manejar algália)	<input type="checkbox"/>	0

Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*. V. 25, N. 22, 59-65

11 - Escala de Lawton & Brody		
Funções	Avaliação	Cotação
Utiliza o telefone	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Faz compras	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Faz contas/Cheques	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Gere medicação	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Utiliza transportes	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Prepara refeições	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Cuidados com a casa/ Vaia à mesa	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Cuida da sua roupa	Sozinho	<input type="checkbox"/> 2
	Com ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
0-5= Dependência grave ou total; de 6-11=moderada dependência; de 12-16=ligeira dependência ou independente.		

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton & Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA, 217-220

ANEXO II- Autorização para realização do estudo/parecer da Comissão de
Ética



001995 11/11/23

Exma Senhora
Professora Doutora Helena Pimentel
Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
Av.ª D. Afonso V
5300-121 Bragança

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
434	11-11-16	CA	23.12.2016

ASSUNTO: Autorização de aplicação de Questionário

Em resposta ao pedido de autorização para aplicação de um questionário na Unidade Hospitalar de Mirandela, Serviço de Cirurgia., no âmbito do Mestrado subordinado ao tema " Avaliação funcional e nutricional no utente idoso do foro cirúrgico", pela aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Isabel Fernanda Lopes pela, informa-se que foi autorizado em reunião de Conselho de Administração desta ULS NE.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Dr. Carlos Alberto Vaz