

**ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS
INSCRITOS NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARIA
DE BRAGANÇA**

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

Relatório de Estágio

apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde,
para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata
Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira

Bragança, abril, 2016

**ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS
INSCRITOS NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARIA
DE BRAGANÇA**

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

Aluna n.º10430

Relatório de Estágio

apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde,
para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira

Bragança, abril, 2016

Resumo

O estado nutricional dos idosos, nomeadamente a malnutrição constitui um dos principais determinantes de doença e diminuição da qualidade de vida (Elia & Stratton, 2005). A malnutrição deve ser encarada como uma das maiores ameaças para a saúde, bem-estar e autonomia dos idosos; prejudica a saúde física e psicológica predispondo-os ao desenvolvimento de doenças, ao mesmo tempo que condiciona negativamente o seu prognóstico (Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004; Elia & Stratton, 2005).

O trabalho de investigação desenvolvido pretende conhecer o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança. Definem-se como objetivos principais: caracterizar o estado nutricional, identificar a prevalência de malnutrição e relacionar o estado nutricional com variáveis socioeconómicas demográficas, comportamentais e clínicas.

Face aos objetivos delineados opta-se por um estudo observacional, analítico, transversal e de abordagem quantitativa. A amostra é composta por 385 idosos, representativos da população alvo com distribuição por sexo e faixa etária da população. Para a colheita de dados utiliza-se um formulário, no qual é incluído o MNA® e o Índice de Barthel.

Como principais resultados e segundo o IMC, evidencia-se uma acentuada prevalência de malnutrição (57,66%), rastreando-se 43,11% dos idosos como sobrenutridos e 14,54% desnutridos. Através da aplicação do MNA® identificam-se 25% de situações de risco nutricional.

Conclui-se que o estado nutricional segundo o MNA® está significativamente associado com o estado civil, escolaridade, coabitação, solidão, consumo de álcool, polimedicação, existência de hospitalizações recorrentes, estado de dentição e ao nível de independência do idoso. Segundo o IMC está significativamente associado ao estado civil, escolaridade, coabitação, estado da dentição e ao nível de independência do idoso.

Palavras- Chave: Malnutrição, Idoso, Avaliação do Estado Nutricional

Abstract

The nutritional state of the elderly, namely malnutrition constitutes one of the main determinants of disease and decrease of quality of life (Elia & Stratton, 2005). Malnutrition must be faced as one of the most important threats to health, well-being and autonomy of the elderly; it affects both physical and psychological health predisposing them to the development of diseases and, at the same time affects negatively its prognosis (Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004; Elia & Stratton, 2005).

The research study developed aims to know the nutritional state of the elderly enrolled at the health center of Santa Maria in Bragança. The main objectives defined are: to characterize the nutritional state, to identify the malnutrition prevalence and to establish the relationship between the nutritional state and social economic, demographic, behavioral and clinical variables.

In face of the objectives an observational, analytical and cross sectional study using quantitative methodology is drawn. The sample is composed by 385 old people who represent the distribution of the population by sex and age. Data collection is made with the help of a questionnaire which includes the MNA® and Barthel Index.

As main results and according to MNA®, we highlight a significant prevalence of malnutrition (57,66%), from whom 43,11% of the elderly were screened as overnourished and 14,54 as undernourished. By using MNA® 25% of the situations were identified as being at nutritional risk.

It is concluded that nutritional state according to MNA® is significantly associated with marital status, scholarship, cohabitation, loneliness, alcohol consumption, polypharmacy, frequent hospitalizations, teeth state and independency level of the elderly. According to BMI it is significantly associated with marital status, scholarship, cohabitation, teeth state and independency level of the elderly.

Key- words: Malnutrition, Elderly, Nutritional State Assessment

Aos pilares que sustentam a minha Vida...

Aos meus Filhos...

Ao meu Marido...

Á minha Mãe...

Ao meu Pai...

Fonte de inspiração, força e segurança...

Estará sempre presente, na minha vida, no meu pensamento e no meu coração!

Agradecimentos

Foi longo o percurso até aqui, horas de empenho e dedicação, mas de nada teriam servido sem a disponibilidade e ajuda das pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Este espaço é dedicado àqueles que deram uma contribuição pessoal e importante para que este estudo fosse realizado. Assim menciono todos os que contribuíram para mais esta etapa, num reconhecido agradecimento:

À Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata pela atenção incansável que me dispensou ao longo de todo o processo, bem como pela preciosa orientação que tornou exequível o desenvolvimento desta investigação. A minha sincera gratidão também pela motivação transmitida e pela amizade.

À Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira pela ideia e influência na escolha da temática e pela sua prestimosa colaboração no esclarecimento de dúvidas.

Aos meus filhos pela paciência com que toleraram as minhas ausências e indisponibilidades para os acompanhar e que tantas vezes reclamaram a minha presença. Ao meu marido pelo permanente estímulo e alento, pelo apoio e compreensão ao longo deste percurso.

À minha mãe e irmãs pelo apoio e pelas palavras de ânimo e de orgulho e pela amizade incondicional impulsionadoras de motivação.

A todos os idosos que participaram no estudo, sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

A todos os professores e colegas, com quem, ao longo deste percurso, partilhei vivências e saberes e que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diárias
CE - Conselho da Europa
CCE - Comissão da Comunidade Europeia
cm - Centímetros
DCV - Doença Cardiovascular
DGS - Direção Geral de Saúde
ENHA - European Nutrition for Health Alliance
ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
GBD - Global Burden of Diseases
HTA - Hipertensão Arterial
IB - Índice de Barthel
ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística
Kg - Quilograma
Kg/ m² - Quilograma por Metro Quadrado
m - Metro
MGC - Massa Gorda Corporal
MMC - Massa Magra Corporal
MNA® - Mini Nutritional Assessment®
MNA SF® - Mini Nutritional Assessment Short Form®
MNA LF® - Mini Nutritional Assessment Long Form®
NIA - National Institute on Aging
NIH - National Institutes of Health
Nuts - Novas Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamérica de Saúde
PA - Perímetro da Anca
PB - Perímetro Braquial

PC - Perímetro da Cintura

PG - Perímetro Geminal

PNPAS - Plano Nacional para Alimentação Saudável

PNS- Plano Nacional de Saúde

RCA - Razão da Cintura / Anca

SINUS - Sistema Informático para Unidades de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados da Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

WHO - World Health Organization

Índice

Introdução	14
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1- Estado de Saúde dos Portugueses	17
1.1- Contexto Demográfico e Social.....	18
2- Estado Nutricional do Idoso	21
2.1- Fatores que afetam o Estado Nutricional do Idoso.....	23
2.2- Malnutrição.....	26
2.2.1- <i>Desnutrição</i>	27
2.2.2- <i>Sobrenutrição</i>	28
3- Avaliação Nutricional do Idoso	31
3.1- Instrumentos utilizados na Avaliação do Estado Nutricional.....	32
3.1.1- <i>Parâmetros Antropométricos</i>	32
3.1.2- <i>Mini Nutritional Assessment® (MNA)</i>	35
4- Intervenção Comunitária e Educação Alimentar	38
II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	43
1- Metodologia	44
1.1-Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo.....	44
1.2-Variáveis e Hipóteses do Estudo	47
1.3-População e Amostra	47
1.4- Procedimentos	49
1.4.1- <i>Desenho do Estudo</i>	49
1.4.2- <i>Procedimento de Colheita de Dados</i>	49
1.4.3- <i>Procedimentos Éticos e Deontológicos</i>	50
1.5- Instrumentos de Medida	51
1.5.1- <i>Avaliação Funcional do Idoso</i>	51
1.5.2- <i>Avaliação Nutricional do Idoso</i>	52
1.6- Tratamento de Dados.....	58
1.6.1- <i>Operacionalização das Variáveis</i>	59
2- Apresentação e Análise dos Resultados	61

2.1- Caraterização Sociodemográfica e Económica	61
2.2- Caracterização Antropométrica	64
2.3- Caraterização do Estado Nutricional segundo o IMC	66
2.4- Caraterização dos Comportamentos	67
2.5- Caraterização Clínica.....	68
2.6- Caraterização do Estado Funcional	71
2.7- Caraterização do Estado Nutricional segundo o MNA®	73
2.8- Inferência Estatística.....	77
2.8.1- <i>Estado de Nutrição versus Características Sociodemográficas e Económicas</i>	79
2.8.2- <i>Estado de Nutrição versus Comportamentos</i>	82
2.8.3- <i>Estado de Nutrição versus Características Clínicas</i>	84
2.8.4- <i>Estado de Nutrição versus Nível de Independência</i>	87
3- Discussão dos Resultados	89
4- Conclusões do Estudo	100
5- Limitações e Sugestões do Estudo	103
Referências Bibliográficas	104
Anexos	122
Anexo I	123
Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ULSNE e respetiva Autorização ..	123
Anexo II	127
Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	127
Anexo III	129
Pedido de Autorização de utilização do Teste MNA e respetiva Autorização	129
Anexo IV	131
Instrumento de Colheita de Dados	131
Anexo V	140
Projeto de Intervenção Comunitária	140
Anexo VI	153
Relatório de Estágio realizado na UCC de Bragança	153

Índice de Figuras

Figura 1 - Consumo diário do número de cigarros em função do sexo.....	67
Figura 2 - Consumo de álcool em função do sexo	68
Figura 3 - Caracterização dos problemas de saúde em função do sexo	69
Figura 4 - Caracterização do estado da dentição em função do sexo.....	71

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população por sexo e faixa etária.....	48
Tabela 2 - Distribuição da amostra por sexo e faixa etária.....	48
Tabela 3 - Fórmula Padrão de Cálculo da Altura	54
Tabela 4 - Fórmula Padrão de Cálculo do Peso.....	54
Tabela 5 - Classificação do IMC segundo Opas (2002).....	55
Tabela 6 - Valor de referência para o PB	55
Tabela 7 -Valor de referência para o PG	56
Tabela 8 - Risco de complicações metabólicas e perímetros da cintura e anca	57
Tabela 9 - Score do MNA®.....	58
Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra	63
Tabela 11 - Caracterização económica da amostra.....	64
Tabela 12 - Caracterização antropométrica em função do sexo	65
Tabela 13 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e classificação do IMC.....	67
Tabela 14 - Caracterização do número de patologias em função do sexo.....	69
Tabela 15 - Toma diária de medicamentos em função do nº. de patologias	70
Tabela 16 - Caracterização da funcionalidade por atividade segundo o IB	72
Tabela 17 - Caracterização da avaliação funcional em função do sexo	73
Tabela 18 - Caracterização da Triagem MNA®.....	74

Tabela 19 - Caracterização da Avaliação Global MNA®	76
Tabela 20 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e classificação MNA®.....	77
Tabela 21 - Cruzamento entre resultados do IMC e MNA®.....	78
Tabela 22 - Caracterização do estado nutricional segundo o MNA® em função das variáveis sociodemográficas e económicas	81
Tabela 23 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis sociodemográficas e económicas.....	82
Tabela 24 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função das variáveis comportamentais	83
Tabela 25 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis comportamentais.....	84
Tabela 26 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função das variáveis clínicas.....	86
Tabela 27 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis clínicas	87
Tabela 28 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função do estado de independência do idoso.....	88
Tabela 29 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função do estado de independência do idoso	88

Introdução

O progressivo envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade são áreas que preenchem, de modo direto ou indireto, a agenda política nacional e a internacional devido às consequências e aos desafios que colocam às sociedades (Carrilho, 2014).

Estima-se que o número de pessoas com 65 ou mais anos cresça de aproximadamente 524 milhões em 2010 para 1.5 mil milhões em 2050 (NIA & NIH, 2011).

O envelhecimento da população tem várias implicações em termos sociais, nomeadamente nos sistemas de saúde, uma vez que, com o aumento da esperança média de vida aumenta também a necessidade de manutenção do estado funcional e da qualidade de vida do idoso (Tomás, 2015).

De acordo com Elia e Stratton (2005) um dos principais determinantes de doença e diminuição da qualidade de vida nos idosos é a malnutrição, em que a deficiência ou excesso de energia, de proteína ou de outros nutrientes provoca efeitos adversos mensuráveis sobre a forma e função corporal, com resultados clínicos. Esta deve ser encarada como uma das maiores ameaças para a saúde, bem-estar e autonomia dos idosos; prejudica a saúde física e psicológica predispondo-os ao desenvolvimento de doenças, ao mesmo tempo que condiciona negativamente o seu prognóstico (Stratton, Green & Elia, 2003; Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004; Elia & Stratton, 2005).

A malnutrição no idoso pode ser reversível, tornando-se crucial avaliar o estado nutricional. Tal medida deve ser instituída não só na comunidade como também nas unidades residenciais e a nível hospitalar, de forma a promover medidas eficazes de prevenção ou controlo da má nutrição no idoso (Lopes, 2015). De acordo com esta autora, intervenções preventivas nesta área têm o potencial de proteger saúde, reduzir custos nos sistemas de saúde e proporcionar melhorias relevantes em termos de qualidade de vida do idoso. É possível, utilizando ferramentas eficazes de triagem, diagnosticar a malnutrição e identificar situações de risco nutricional antes da sua evolução para situações de doença crónica e de tratamento complexo e oneroso.

A criação de políticas alimentares e nutricionais, necessária para diminuir a problemática da malnutrição nos idosos, requer evidência quanto à sua dimensão epidemiológica.

Assim, e porque não existem dados sobre o estado nutricional das pessoas idosas em Bragança, surgiu o interesse por esta temática para o desenvolvimento da presente investigação que visa a obtenção do grau de Mestre, em Enfermagem Comunitária, a ser apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança.

Para tal, recorre-se à utilização de metodologia quantitativa, tendo-se elaborado um instrumento de recolha de dados onde foram incluídos parâmetros antropométricos, o Índice de Barthel e o Mini Nutritional Assessment®.

Estruturalmente o presente trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico do estudo, onde se procurou construir um quadro concetual através da revisão de alguns conceitos, dados e evidências científicas, entendidos como relevantes para uma melhor compreensão e fundamentação da temática. Numa segunda parte aborda-se o estudo empírico realizado, desde os aspetos metodológicos que o orientaram e suportaram, à apresentação, análise e discussão dos resultados. Para finalizar, colocam-se em evidência as principais conclusões, limitações e sugestões decorrentes da investigação.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- Estado de Saúde dos Portugueses

A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, exigindo políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos (DGS, 2015).

O cidadão português, entendido como central no Sistema de Saúde pela DGS (2015, p.14)

deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Só assim o cidadão, individual ou coletivamente, estará capacitado para ser ouvido e participar nas decisões que lhe dizem respeito.

O Sistema de Saúde Português tem que se adequar à alteração dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico, às novas evidências científicas, aos resultados da investigação clínica e à tendência de aumento da despesa global no setor da saúde. Todo este contexto apela à melhoria contínua da qualidade que significa tudo fazer, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (PNS, 2015).

1.1- Contexto Demográfico e Social

Ao longo das últimas décadas a redistribuição etária da população mundial tem vindo a apresentar alterações visíveis com um aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos, integrando um grupo populacional designado por idosos. Esta redistribuição etária que se verifica igualmente em Portugal tem por base não só o desenvolvimento demográfico, como também a melhoria das condições socioeconómicas e principalmente do sistema de saúde, sendo a conjugação de todos estes fatores o pilar fundamental do aumento da esperança de vida (INE, 2012).

Portugal tem uma população residente superior a 10 milhões de habitantes (10 374 822 em 2014) dos quais 4 923 666 são homens e 5 451 156 são mulheres. Face ao ano anterior, observou-se um decréscimo populacional, tendência que se verifica desde 2010 e que em 2014 foi transversal a todas as regiões NUTS II. Para esta variação populacional contribuíram os valores negativos quer do saldo natural quer do saldo migratório estimado (INE,2015).

Portugal está a tornar-se num País envelhecido. O peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, devido por um lado à diminuição dos nascimentos e por outro ao aumento da esperança de vida.

Atualmente 2,1 Milhões de pessoas em Portugal têm 65 ou mais anos, dos quais 1 milhão possui idade superior a 75 anos. Entre estes, 260 mil têm mais de 85 anos, e mais de 4 mil têm 100 ou mais anos, correspondendo a 20.3% da população (INE, 2015).

De acordo com o INE (2015), a esperança média de vida aumentou na última década em Portugal e as mulheres continuam a viver mais anos do que os homens, no entanto essa diferença está a diminuir. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,12 anos para ambos os sexos, sendo 17,23 anos para os homens e 20,55 anos para as mulheres.

Os dados das Tábuas Completas de Mortalidade para Portugal relativas ao período 2012-2014 referem que o valor da esperança de vida à nascença foi estimado em 80,24 anos para ambos os sexos, sendo de 77,16 anos para os homens e de 83,03 anos para as mulheres. Em dez anos, a esperança de vida aos 65 anos aumentou 1,63 anos para os homens e 1,61 para as mulheres.

Entre os anos de 2009 e 2014 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 119 para 141 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 43 anos. Estes valores podem aumentar para 307 idosos por cada 100 jovens e para 51 anos a idade média, até 2060, de acordo com os resultados obtidos no cenário central do exercício mais recente de projeções de população residente.

Na região Norte, o índice de envelhecimento aumentou de 104 para 132 entre 2009 e 2014, podendo atingir os 366 idosos por cada 100 jovens até 2060 segundo as projeções do cenário central (INE, 2015).

Na última década, verificou-se um agravamento do índice de dependência de idosos, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2011b).

O nível de instrução atingido pela população portuguesa progrediu de forma muito expressiva na última década, no entanto os Censos 2011 indicam que a proporção da população que apenas completou o 1º ciclo do ensino básico representa ainda 25% e a população que não terminou qualquer nível de ensino atinge 19%. De referir, que as mulheres possuem qualificações mais elevadas do que os homens (INE, 2011b).

Considerando apenas os rendimentos provenientes de pensões de reforma e sobrevivência 25,4% da população residente em Portugal, incluindo as Regiões Autónomas, estaria em risco de pobreza em 2010 (INE, 2012 a).

Observaram-se melhorias nas condições de habitabilidade dos alojamentos, nas últimas décadas. As infraestruturas básicas, como água canalizada, esgotos e instalações sanitárias com banho e duche, estão hoje praticamente presentes em todas as casas (INE, 2012 a).

A DGS (2015, p. 19) aponta que

segundo as estimativas obtidas para Portugal, no âmbito do estudo Global Burden of Diseases (GBD), os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa são: hábitos alimentares inadequados (19%), hipertensão arterial (17%), índice de massa

corporal elevado (13%), para além do tabagismo (11%). Estes são os principais fatores de risco, muitas vezes modificáveis e, por isso, evitáveis.

A população residente entre os 65 e os 74 anos exige, pela sua magnitude e pelas características próprias do grupo etário (multimorbilidades), atenção especial essencialmente pelo setor da Saúde. Os resultados do inquérito às condições de vida e rendimento (ICOR) - 2013 mostram que neste grupo etário a proporção da população que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado foi de 65%, sendo mais elevada nas mulheres (66%) do que nos homens (62%). Quanto à limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, verifica-se que cerca de 44% da população neste grupo etário se encontra com restrições à sua atividade, sendo que 16% apresenta limitações severas (predominância do sexo feminino na limitação para a realização de atividades). Sobre o perfil de morbilidade coloca as doenças cérebro e cardiovasculares como o principal problema de saúde neste grupo etário (DGS,2015; Eurostat,2015).

Cada vez mais, as idades incluídas no grupo etário dos 75 ou mais anos de idade assumem expressão quantitativa (cerca de um milhão de habitantes, dos quais 260 mil com 85 ou mais anos) e qualitativa em termos de *burden* devido a doenças crónicas, incapacidade e dependência. Os resultados do ICOR 2013 mostram que neste grupo etário a proporção da população que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado foi de 75%, sendo a proporção mais elevada nas mulheres (77%) do que nos homens (71%). Quanto à limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde, 59% da população apresentou alguma limitação e 28% referiu ter restrições severas à sua atividade. Um forte contributo para estas limitações é, seguramente, a elevada prevalência autorreportada de doenças crónicas em Portugal que, por grupos etários, é de 54% na população de idade igual ou superior a 75 anos (DGS, 2015; Eurostat, 2015).

Tendo em conta que a saúde em Portugal apresentou, nos últimos anos, uma evolução positiva, que se pretende assegurar e reforçar no futuro, devem ser definidas estratégias de intervenção que, permitam alcançar uma melhoria continuada da saúde da população que está a envelhecer.

2- Estado Nutricional do Idoso

No final do século XX, início do século XXI, a nutrição foi reconhecida como um aspecto importante no âmbito da saúde pública, em particular nas pessoas idosas. Com base no aumento da esperança média de vida, emergiu neste período a relação entre nutrição e envelhecimento. Segundo evidências epidemiológicas é possível concluir que o risco de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente ao nível da alimentação e atividade física (Kravchenko, 2008).

A nutrição no aspeto biológico pode ser entendida como o processo através do qual o organismo obtém nutrientes e os usa para o seu crescimento, metabolismo e reparação. No caso dos idosos a nutrição contribui para o metabolismo do organismo, exercendo funções reparadoras, capazes de retardar o envelhecimento (Afonso, Morais & Almeida, 2012).

Fisiologicamente, com o envelhecimento, surge diminuição da ingestão, digestão, absorção, transporte e excreção de substâncias, traduzindo-se em necessidades nutricionais específicas nesta fase da vida (Berger, Mailloux-Poirier, 1995).

Segundo Loureiro (2008) a nutrição equilibrada, é essencial na prevenção de algumas doenças e no retardamento da involução fisiológica dos aparelhos e sistemas, assumindo particular relevo na saúde, bem-estar e longevidade dos idosos.

O estado nutricional de um indivíduo reflete em que grau é que as necessidades do organismo em nutrientes estão a ser atendidas. Define-se, como o estado de saúde de um indivíduo como consequência da ingestão e absorção, utilização e excreção de nutrientes (Monteiro, 2001).

De acordo com a Associação Americana de Saúde Pública, o estado nutricional é a condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos.

O estado nutricional pode ser detetado a partir de vários parâmetros, que podem ser utilizados e avaliados de forma isolada ou associada (Najas & Nebuloni, 2005). Segundo estes autores a população idosa é particularmente sujeita a problemas nutricionais devido a fatores relacionados com alterações fisiológicas, psicossociais, doenças crónicas, polimedicação, alterações da mobilidade com dependência funcional, entre outros.

Um bom estado nutricional, depende de um equilíbrio perfeito entre a ingestão e as necessidades nutricionais; promove o crescimento e desenvolvimento; mantém a saúde; permite a realização de atividades da vida diária e garante a proteção de doenças. Quando a ingestão nutricional é inadequada instala-se um quadro de malnutrição (Harris, 2000). De entre os grupos com maior risco para apresentarem uma ingestão alimentar desequilibrada encontram-se os idosos (Ferry, Alix, Brocker, Constans, Lesourd, Mischlich et al., 2006).

O conceito de que o estado nutricional dos indivíduos idosos é o fator chave do envelhecimento saudável tem sido corroborado por diversos estudos. Num estudo longitudinal, realizado por Vellas (1999), que decorreu ao longo de 10 anos, pôde verificar-se que os idosos desnutridos apresentaram padrões de morbidade e mortalidade mais graves do que os indivíduos da mesma idade com correto estado de nutrição. Saldanha (2006) verificou num dos seus estudos que ano após ano a maior parte dos indivíduos com idade superior a 75 anos, desenvolvem o que se convencionou designar por síndrome de fragilidade geriátrica que predispõe a uma maior morbidade e mortalidade. Os sinais clínicos surgem de forma progressiva e incluem perda de peso, perda de massa magra, fadiga e diminuição de força física. Estudos de Harris (1988), Higgins (1993), Baumgartner (1995), demonstraram que o baixo peso e a perda de peso, estão associados a um aumento significativo da morbidade e mortalidade nos idosos. Embora as razões para este facto não sejam tão claras como no caso oposto, estes autores consideram que na base desta associação possam estar défices de alguns micronutrientes, como ácidos gordos, vitaminas e minerais, cuja carência pode afetar o estado estado metabólico, hormonal e imunológico.

2.1- Fatores que afetam o Estado Nutricional do Idoso

De acordo com Boyle (1999) os fatores que condicionam o estado nutricional das pessoas idosas podem ser organizados em quatro grupos: fatores fisiológicos, neuro psicológicos, ambientais, e socioeconômicos e culturais.

Tendo presente o aumento da prevalência dos indivíduos envelhecidos nas sociedades atuais, é preciso ter em conta que as suas características são variáveis de indivíduo para indivíduo. Nesse sentido, importa conhecer os fatores fisiológicos e psicossociais e de que forma podem condicionar não só aspetos clínicos como também nutricionais, entre outros (Boyce & Shone, 2006).

No que diz respeito às alterações mais relacionadas com o padrão alimentar e estado nutricional, realça-se a importância das alterações sensoriais, orofaríngeas e do trato gastrointestinal, assim como do peso e composição corporal, da pele, da função imune e do sistema endócrino (Mathey, Zandstra, Graaf & Staveren, 2000).

A perda progressiva da acuidade olfativa e do paladar resulta de alterações na condução de impulsos nervosos, na perda dos respetivos recetores, na alteração da mucosa nasal e na estrutura das papilas gustativas. Estas alterações podem estar na origem do desinteresse pela ingestão com consequências no padrão alimentar e no aporte nutricional (Boyce & Shone, 2006).

Situações de ageusia, hipogeusia ou disgeusia, de anosmia, hiposmia ou disosmia, podem contribuir para a diminuição da capacidade de reconhecer os alimentos. Predispõem para a diminuição do prazer associado à ingestão alimentar e para a diminuição do apetite (Evans, 2005).

O padrão alimentar e o estado nutricional das pessoas idosas pode ser diretamente afetado pela saúde oral e pelo estado de conservação da dentição. A perda de peças dentárias, a utilização de próteses, ortodontias mal adaptadas e as situações de xerostomia podem contribuir não só para a diminuição da capacidade de mastigação, insalivação e maior dificuldade na deglutição, como também para o aumento da recusa de alimentos de textura mais consistente e com menor quantidade de água na sua composição (Nakanishi, Hino, Ida et al., 1999).

A perda de dentes e/ou o recurso a próteses dentárias, reduz a eficácia da mastigação, afeta o sabor dos alimentos, as preferências alimentares e os padrões de consumo alimentar (Boehm & Scannapieco, 2007).

Alguns estudos, referidos por Kremer, Bult, Mojet e Kroeze (2007); Ehizele, Ojehanon & Akhionbare (2009) demonstram que o uso de próteses dentárias contribui para a restrição no consumo de alimentos de difícil mastigação. De acordo com os mesmos autores, os índices de qualidade alimentar e o estado nutricional de indivíduos com prótese dentária tendem a ser melhores do que os apresentados por indivíduos com uma dentição comprometida, mas não tão bons quanto os verificados nos indivíduos com uma dentição adequada.

Como consequências de alterações teciduais, sabe-se que a perda de MMC pode estar associada à redução da densidade óssea, diminuição da independência funcional e aumento do risco de quedas e fraturas (Hughes, Nelson, Morganti, Kehayias & Singh, 2006).

O aumento de MGC pode conduzir a alterações metabólicas tais como resistência à insulina e obesidade. Com a sua redistribuição, predispõe para um aumento do risco de desenvolvimento ou agravamento de doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial, doença cardiocerebrovascular, diabetes mellitus e hiperlipidémias (Hughes, Nelson, Morganti, Kehayias & Singh, 2006).

Tendo a nutrição um papel essencial na integridade da função imunitária, as situações de carência nutricional contribuem para a alteração da função imune com as consequências que daí podem advir (Medina Mesa & Dapcich, 2004; Molls, Ahluwalia, Mastro & Handte, 2005).

Um estudo que utilizou uma análise multivariada concluiu existir uma associação entre nutrientes chave, tais como a proteína, o ferro e o zinco e a integridade da função imune, reforçando o facto que as pessoas idosas beneficiam com a manutenção de um bom estado nutricional (Molls, Ahluwalia, Mastro & Handte, 2005).

A natureza social e hedónica da alimentação pressupõe ainda que a mesma traduza o contexto em que o ser humano se move e as práticas alimentares que elege.

De acordo com Medina Mesa e Dapcich (2004) os idosos têm menos apoio familiar, estão mais dependentes de terceiros e sofrem de isolamento social, estando deste modo

mais expostos à malnutrição. A perda de independência e da mobilidade podem ser um fator adicional de stress para os idosos e incapacitante para a realização de tarefas como a aquisição de alimentos e a preparação de refeições.

O local onde os idosos habitam também determina o seu estado nutricional, a qualidade de vida e mesmo o seu bem-estar físico e psicológico. Os idosos que habitam no domicílio aparentemente dispõem das condições mais adequadas para uma alimentação de qualidade, contudo a solidão, a falta de convívio e as dietas monótonas parecem ser fatores de risco para a malnutrição neste grupo (Ferry, Alix, Brocker, Constans, Lesourd, Mischlich et al., 2006). Estudos destes autores apontam que os idosos institucionalizados sofrem frequentemente de depressão, deterioração cognitiva, problemas neurológicos e de mobilidade que vão potenciar o aumento da prevalência de desnutrição.

O consumo de álcool está associado a alteração dos hábitos alimentares, com conseqüente déficit de nutrientes. Indivíduos com consumo crónico apresentam diminuição da ingestão de géneros alimentícios, podendo no entanto conservar a ingestão energética através da energia resultante da metabolização do álcool (Ministério da Saúde, 2013).

De acordo com Medina Mesa e Dapcich (2004) é frequente o aparecimento de mais do que uma patologia no mesmo idoso, podendo afirmar-se que quanto maior o número de patologias apresentadas por um indivíduo maior a probabilidade de este apresentar alterações nutricionais, quer pela própria doença, quer pela intervenção terapêutica que a patologia requer.

A polimedicação aumenta com a idade, e, pode ser responsável por carências nutricionais. Se por um lado, o estado nutricional do idoso interfere com a farmacocinética, o consumo de fármacos também pode condicionar o estado nutricional. (Pickering, 2004). Vários artigos de revisão dão destaque à interação fármaco-nutriente, responsabilizando-a por intensificar ou atenuar a resposta do organismo ao fármaco, alterar a sua solubilidade e absorção (Russell, Berardi, Barnett, Dermentzoglou, Jarvenpaa, Schmaltz et al., 1993).

2.2- Malnutrição

A malnutrição define-se como uma alteração do estado nutricional devido a uma ingestão energética, proteica e de outros nutrientes desequilibrada em relação às necessidades nutricionais necessárias para a manutenção do equilíbrio orgânico (Rendas,2001; Lochs, Allison, Meier, Pirlich, Kondrup, Schneider, Bergh & Pichard, 2006).

De acordo com Stratton, Green e Elia (2003) a malnutrição constitui o estado nutricional em que a deficiência ou excesso de energia, de proteína ou de outros nutrientes provoca efeitos adversos mensuráveis sobre a forma e função corporal, com resultados clínicos.

A malnutrição pode classificar-se de duas formas (Stratton, Green & Elia 2003): Desnutrição (em que há baixo peso por ingestão inferior às necessidades);

Sobrenutrição (em que há pré-obesidade/obesidade por ingestão superior às necessidades). Ambas as situações de alteração do estado nutricional devem ser objeto de sinalização e conseqüente intervenção nutricional, porque provocam modificações com potencial gravidade a nível do organismo, não só estruturais bem como funcionais.

Apesar do excesso nutricional trazer conseqüências para a saúde dos idosos, a desnutrição é reconhecida como a área de maior preocupação no que diz respeito à malnutrição nos idosos (Stratton, Green & Elia, 2003; Johansson, Bachrach-Lindström, M., Carstensen, 2009).

A malnutrição prejudica a saúde física e psicológica do idoso, predispondo-o ao desenvolvimento de doenças, ao mesmo tempo que condiciona negativamente o seu prognóstico (Stratton, Green & Elia, 2003); Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004; Elia & Stratton, 2005).

A malnutrição tem sido identificada como uma componente de fragilidade em pessoas idosas e é um indicador importante de morbidade e mortalidade (Samnieng, Ueno, Kayoko, Zaitso, Wright & Kawaguchi, 2011).

De acordo com a ADA (2010) a investigação em malnutrição no idoso tem-se centrado essencialmente em ambiente hospitalar e revela que seria de todo vantajoso investigar os idosos em comunidade.

A detecção da malnutrição incluindo o risco de desnutrição, usando medidas simples, não invasivas e precisas, representa um passo importante na prestação de melhores cuidados de saúde aos idosos (Marchi, Hugo, Hilgert & Padilha, 2008).

2.2.1- Desnutrição

O envelhecimento é um processo intrínseco, no qual há uma progressiva deterioração da função fisiológica, resultando numa perda da viabilidade e aumento da vulnerabilidade. Este declínio insidioso conduz a uma diminuição da capacidade do organismo se adaptar ao meio ambiente e de manter a homeostasia (Loureiro,2004). São várias as alterações que caracterizam este processo, nomeadamente a diminuição da taxa de metabolismo basal e, conseqüentemente, a redução das necessidades proteico calóricas do organismo (Morley,2001). Desta forma, o idoso tende a ingerir uma menor quantidade de alimentos do que um individuo mais jovem, um facto habitualmente designado por anorexia do envelhecimento (MacIntosh, Morley, Chapman & Horowitz, 2002), verificando-se que uma percentagem significativa da população idosa desenvolve situações mais ou menos graves de desnutrição (Parker & Chapman,2002).

As causas da desnutrição no individuo idoso, tal como referido anteriormente, são muitas e podem estar associadas a alterações fisiopatológicas como anorexia, problemas de saúde oral, fraca acuidade sensorial, modificações da dieta, diminuição da autonomia física e instrumental (Wilson & Morley, 2003), alterações socioeconómicas como a habitação inadequada, falta de meios de transporte ou dificuldades no acesso aos serviços médicos, internamento em instituições para idosos, elevadas despesas medicas, dependência de programas de assistência alimentar ou falta de recursos financeiros (Xavier & Malcata,2003; Macintosh, Morley & Chapman, 2002) e modificações psicológicas associadas a solidão, diminuição da capacidade cognitiva, demências ou depressão (Morley, 2001). Esta etiologia multifactorial facilita o aparecimento de desnutrição durante o envelhecimento, tornando-se um problema de saúde pública. Desta forma, o idoso desnutrido tem maior predisposição para infeções, maior dificuldade de recuperação de processos patológicos com aumento do tempo de

internamento e retorno à sua atividade do dia-a-dia. Podem surgir complicações pós-cirúrgicas, falência respiratória com possível dependência de ventiladores (Omran & Morley, 2000; MacIntosh, Morley & Chapman, 2002).

Segundo a European Nutrition for Health Alliance (2006) a desnutrição nas pessoas idosas é considerada um problema de saúde pública, desde 2005, que permanece em grande parte por diagnosticar e por tratar.

Está descrito que a sua prevalência ronda os 60% a nível de instituições hospitalares, 40% em unidades residenciais e cerca de 5 a 10% nas pessoas idosas que residem no seu próprio domicílio ou com os familiares (Kyle, Kossovsky, Karsegarda & Pichard, 2006; Liang, Jiang, Nolan, Efron & Kondrup, 2008).

A desnutrição da pessoa idosa é muitas vezes subdiagnosticada, por ser confundida com sinais de envelhecimento, pelo que o seu reconhecimento precoce é fundamental para uma correção adequada e atempada, com benefícios na saúde e na economia (Bento, Martins & Cordeiro, 2009).

Justifica-se uma estratégia governamental para a prevenção de situações de desnutrição nas pessoas idosas, não só a nível da comunidade mas também a nível dos cuidados de saúde em indivíduos institucionalizados e em unidades residenciais. É necessário o delineamento de estratégias e a implementação de procedimentos que permitam o diagnóstico precoce de situações de desnutrição. A deteção precoce permite a intervenção precoce, com estabelecimento de objetivos de intervenção nutricional, implementação de suporte nutricional individualizado e a sua estreita monitorização (Ockenga, Freudenreich, Zakonsky, Norman, Pirlich & Lochs, 2005).

2.2.2- Sobrenutrição

O sobrepeso e a obesidade são situações prevalentes que atingem todas as fases do ciclo vital e têm estado a aumentar, não só a nível mundial bem como em Portugal (Carvalho, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde.

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é uma doença crónica (DGS, 2005).

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI.

De acordo com Dapcich (2004); Jensen e Berg (2004) e Carvalho (2006) tem-se verificado uma preocupação crescente relativamente ao sobrepeso e à obesidade nos idosos, devido ao aumento progressivo da sua prevalência.

A elevada prevalência da obesidade em Portugal a morbilidade e mortalidade muito altas que, direta ou indiretamente acompanham, a diminuição da qualidade de vida, os elevados custos que determina, bem como a dificuldade do seu tratamento, constituem a preocupação para o Ministério da Saúde que fundamenta a necessidade do Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005; Alto Comissariado da Saúde, 2011; ACSS, 2012).

As intervenções no âmbito do sobrepeso e da obesidade devem ser multidisciplinares e fazerem-se sentir a nível individual, na mudança de comportamentos, nos grupos de influência, nas instituições e na comunidade, num contexto de suporte, não estigmatizante, que tenha em consideração as influências sociais, culturais, económicas e ambientais. Perante esta situação, impõe-se, numa perspetiva de prevenção, o planeamento de medidas e a definição de estratégias que devem ser aplicadas com precisão nos serviços prestadores de cuidados de saúde e difundidas pela população, de modo a travar a progressão de um problema tão grave como a obesidade (DGS, 2005).

Um aspeto importante na avaliação do obeso é a distribuição da gordura corporal. Isto é: a) quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso; b) quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa. A identificação destes tipos morfológicos tem grande importância, dado estar demonstrado, hoje, que a obesidade visceral se associa a complicações

metabólicas, como a diabetes tipo 2, a dislipidemia e doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral (DGS, 2005; WHO, 2011).

Existe consenso, a nível mundial, para que haja um investimento na prevenção de situações de sobrepeso/ obesidade, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física regular. A prevenção deve basear-se em estratégias centradas não só no indivíduo mas também na sociedade civil, na indústria alimentar e a nível governamental, permitindo a construção de parcerias que desenvolvam políticas e definição de estratégias eficazes para a promoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2011).

3- Avaliação Nutricional do Idoso

Ao longo dos tempos realizaram-se inúmeros estudos que foram estabelecendo a estreita relação entre a nutrição e o aparecimento de determinadas doenças. Consequentemente têm-se multiplicado as tentativas de compreender melhor como se relacionam estes dois aspetos e também de criar instrumentos que permitam avaliar o estado nutricional de um indivíduo. Com efeito, estes estudos abrem caminho para uma abordagem do envelhecimento e da origem de certas patologias um pouco diferente da visão biomédica, possibilitando prevenir ou atenuar certos problemas que, depois de instalados, são de difícil tratamento (Bates, Benton, Biesalski et al., 2002).

De acordo com Loureiro (2008) o avançar da idade implica transformações naturais tornando a avaliação do estado nutricional por vezes complexa, exigindo a utilização de indicadores e critérios de avaliação adequados para esses indivíduos.

A avaliação nutricional é o primeiro passo para prevenir e corrigir os desvios nutricionais. Torna-se desta forma imprescindível realizar a identificação do risco/avaliação nutricional das pessoas idosas, não só na comunidade como também nas unidades residenciais e a nível hospitalar (Ferry & Alix, 2004). A avaliação do estado nutricional em idosos tem como principais objetivos: Determinar a adequação da ingestão alimentar/nutricional às necessidades individuais; Identificar fatores de risco de desnutrição; Diagnosticar situações de malnutrição; Identificar a etiologia dos défices nutricionais; Elaborar e aplicar estratégias terapêuticas; Avaliar a efetividade da estratégia aplicada (Ferry & Alix, 2004; Medina Mesa & Dapchich, 2004).

Segundo Hammond, (2000); Peris e Rexach (2004) há diversas formas de se proceder à avaliação do estado nutricional, desde formas mais rápidas e económicas até formas mais complexas e dispendiosas. Para estes autores a avaliação do estado nutricional cruza-se pela aplicação de testes rápidos, realização de medições antropométricas, análise de parâmetros bioquímicos, história alimentar, história clínica e exame físico.

Najas e Nebuloni (2005) referem que se torna relevante o desenvolvimento de métodos que utilizem questões simples e rápidas que permitam destacar sinais de alerta do estado

nutricional e direcionem as intervenções que devem ser realizadas pelos profissionais da área da saúde.

Afonso, Morais e Almeida (2012) apontam que a avaliação do estado nutricional pode ser feita a quatro grandes níveis: Avaliação clínica e funcional; Avaliação da ingestão alimentar; Avaliação antropométrica e da composição corporal; Avaliação bioquímica e imunológica.

Em virtude das constantes exposições dos idosos aos riscos nutricionais, a avaliação nutricional deve fazer parte da avaliação geriátrica. Nesta população, a análise do estado nutricional torna-se mais complexa se considerarmos a existência de uma maior heterogeneidade entre os indivíduos e o fato do seu valor preditivo estar ligado a um conjunto de fatores, como os que estão relacionados com as mudanças biológicas, idade, doenças, fatores socioeconômicos e com os estilos de vida (Filho & Gorzoni, 2008).

3.1- Instrumentos utilizados na Avaliação do Estado Nutricional

3.1.1- Parâmetros Antropométricos

A antropometria tem-se mostrado importante indicador do estado nutricional. Além de fornecer informações das medidas físicas e de composição corporal, é método não invasivo, de fácil e rápida execução e não implica custos relevantes.

As medidas antropométricas têm grande utilidade em estudos científicos, na prática clínica e na monitorização de alterações ao longo do tempo, uma vez que nem sempre estão disponíveis outras tecnologias (Hughes, Roubenoff, Frontera, Evans & Singh, 2004; Rodrigues, Rufino, Correia, Lima & Lisboa, 2011; Souza et al., 2013).

Altura

É um parâmetro antropométrico que representa o maior indicador do tamanho corporal geral e do comprimento dos ossos (Lohman, Roche & Martorell, 1988; Castro, Moraes & Freitas, 2010; Del Duca et al., 2012).

Durante o processo de envelhecimento ocorre a redução da estatura, cerca de 1 cm (homens) a 1,5 cm (mulheres) por década, a partir dos 40-50 anos. A redução da massa

óssea (osteopenia e/ou osteoporose) associada à hipercifose torácica, cifoescoliose e redução dos discos intervertebrais (achatamento) é o principal determinante, particularmente nas mulheres (Lohman, Roche & Martorell, 1988; Virtuoso-Júnior & Oliveira-Guerra, 2010).

Pode ser de difícil obtenção, devido às alterações estruturais e morfológicas que ocorrem no indivíduo e à dificuldade em permanecer de pé, no entanto, deve ser rigorosamente avaliada, ou por medição direta ou por estimativa através de equações reconhecidas cientificamente para o efeito. Existem uma série de fórmulas de estimativa de altura citadas na literatura. Para tal, os autores utilizam uma medida corporal ou uma combinação de diferentes medidas, as quais podem ser combinadas com outras variáveis, como a idade e o sexo. As fórmulas desenvolvidas por Chumlea et al. estão entre as mais frequentemente utilizadas. Enoki et al. (2007) e Souza et al. (2013) recomendam a utilização da equação preditiva de Chumlea et al. (1998), para estimativa indireta da altura caso o idoso apresente estas limitações para a realização da aferição direta da altura.

Peso

É outro parâmetro antropométrico que reflete a massa magra, massa gorda, volume de água e massa óssea corporal, podendo ser obtido por medição direta ou através de fórmulas cientificamente aprovadas (Enoki et al., 2007; Virtuoso-Júnior & Oliveira-Guerra, 2010; Del Duca et al., 2012).

Sempre que a aferição direta do peso esteja comprometida, no caso de limitações físicas, é indicada a utilização da equação preditiva de Rabito et al. (2008) para estimativa indireta do peso (Goés & Simões, 2010; Souza, et al., 2013).

Para o indicador peso, vários estudos demonstraram que o homem ganha peso até aos 65 anos de idade, a partir daí, perde peso, enquanto a mulher ganha peso até aos 75 anos e só a partir dessa idade é que ela inicia a perda ponderal (Dey, 1999; Peng, 2011).

Índice de Massa Corporal (IMC)

É um bom indicador do estado nutricional do idoso e consiste numa medida secundária obtida através de duas medidas primárias: peso (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado. É largamente utilizado para caracterizar o estado nutricional e sabe-se que está diretamente relacionado com situações de morbidade, declínio das atividades de

vida diária e mortalidade, no entanto apenas retrata o peso total do corpo por metro quadrado, não tendo em conta a composição corporal e a distribuição de gordura (Flodin, Svensson & Cederholm, 2000; Del Duca et al.,2012;Souza et al.,2013).

Este indicador antropométrico permite uma avaliação segura, não invasiva, de baixo custo e de fácil resolução, permitindo de forma rápida identificar as duas formas de malnutrição (desnutrição e sobrenutrição). Na população portuguesa, os valores médios de IMC são de 29,3m² no grupo etário dos 65 aos 74 anos e de 28,3 m² no grupo etário superior aos 75 anos (Perissinotto, 2002; Ferry & Alix,2004; Monteiro, 2009).

A Organização Pan-Americana de Saúde, (OPAS,2002) considera os pontos de corte do IMC para idosos: Baixo peso (IMC \leq 23kg/m²); Peso adequado ou eutrofia (IMC $>$ 23 e $<$ 28kg/m²); Sobrepeso (IMC \geq 28 e $<$ 30kg/m²); Obesidade (IMC \geq 30kg/m²).

Os perímetros

São medidas necessárias para determinar de forma mais completa a composição corporal e, na população idosa, as mais relevantes são o perímetro braquial e o geminal, (Frisancho,1981; Del Duca et al. (2012).

Perímetro Braquial (PB)

Reflete o tecido músculo-esquelético e a quantidade de tecido adiposo subcutâneo sendo importante a sua monitorização para identificar alterações nestes compartimentos. É considerado um bom indicador da reserva calórica e proteica (Frisancho,1981; Peng, 2011).

Perímetro Geminal (PG)

É aquele que fornece a medida mais sensível da massa muscular principal componente da massa magra nos idosos (Di Francesco, Zamboni, Dioli, et al.,2005). Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física (Mathey, Zandstra, Graaf & Staveren, 2000; Peng, 2011).

Perímetro da Cintura (PC) e Perímetro da Anca (PA)

Com o avançar da idade existe redistribuição da gordura corporal, ocorrendo diminuição nos membros e acúmulo essencialmente na região abdominal, justificando-se a utilização do perímetro da cintura, como parâmetro ideal para avaliar o risco de doença cardiovascular (Perissinotto, 2002; Del Duca et al.,2012).

O acúmulo de gordura na região abdominal pode estar relacionado com alterações metabólicas, o que pode levar ao aparecimento de determinadas patologias (Dipietro, 1999; Yugue, Ide & Tiengo, 2011).

O PC apesar de ser uma medida ainda sem pontos de cortes específicos para a população idosa é uma medida prática e útil na monitoração do estado nutricional. Para indivíduos adultos, consideram-se como riscos aumentados para problemas cardíacos os pontos ≥ 80 cm para as mulheres e ≥ 94 cm para os homens; ≥ 88 nas mulheres e ≥ 102 nos homens apresentam risco muito elevado. Estes mesmos pontos devem ser aplicados à população idosa (Boyce & Shone, 2006; Yugue, Ide & Tiengo, 2011).

A relação entre o PC e o PA é um método simples para descrever a distribuição do tecido adiposo subcutâneo e intra-abdominal, ajudando-nos a distinguir, entre uma obesidade andróide e uma obesidade ginóide. A relação entre estes dois parâmetros pode dar-nos uma indicação clara quanto ao risco de desenvolvimento de patologias associadas ao padrão de deposição adiposa. Para os homens é considerado um valor de risco um rácio PC / PA $\geq 0,90$. Para as mulheres esse valor é $\geq 0,85$ (WHO, 2011; Yugue, Ide & Tiengo, 2011).

3.1.2- Mini Nutritional Assessment® (MNA)

Nas últimas décadas do século XX foram desenvolvidos questionários de identificação de risco e avaliação nutricional validados para populações específicas incluindo a geriátrica, não só a nível da comunidade como também a nível hospitalar e unidades residenciais (Van, Herrmann, Gold, Michel & Rizzoli, 2001).

O MNA® é uma ferramenta de avaliação do estado nutricional de idosos. É o método de avaliação nutricional mais fundamentado sob o ponto de vista da investigação, sendo por isso o mais usado pelos profissionais de saúde que trabalham em Geriatria. O seu uso regular permite uma intervenção nutricional precoce, a correção de fatores de risco de desnutrição e consequente melhoria do estado nutricional. É mencionado como a ferramenta de maior especificidade e sensibilidade (Guigoz, 2006).

Foi desenvolvido nos anos noventa por profissionais especializados em geriatria como resultado de um projeto conjunto do Nestlé Research Centre - Suíça, do Centre for Infernal Medicine and Clinical Gerontology of Toulouse – França e da University of New México – Estados Unidos da América e tem vindo a ser adotado em vários países. Consiste num questionário de perguntas simples e breves, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde e concluído em 10 minutos (Guigoz, 2006).

É composto por duas secções, o MNA Short Form® (MNA SF®) para identificação do risco nutricional e o MNA Long Form® (MNA LF®) para a avaliação nutricional.

Em 2001, Rubenstein, Harker, Salvà, Guigoz e Vellas desenvolveram uma versão mais pequena do MNA SF® validada para as pessoas residentes na comunidade, e que permite de uma forma rápida identificar o risco nutricional a um grande número de pessoas, eliminando a obrigatoriedade de completar o MNA LF® quando há ausência de risco nutricional. Em situação de risco nutricional, o MNA LF® deve ser preenchido para confirmar se a pessoa está realmente desnutrida.

O MNA SF® é composto por seis questões que avaliam a diminuição da ingestão nos últimos três meses, perda ponderal nos últimos três meses, mobilidade, se houve alguma situação de *stress* psicológico ou doença aguda nos últimos três meses e se há algum problema neuro psicológico, nomeadamente situação de depressão ou demência. A sexta questão diz respeito à avaliação do índice de massa corporal (IMC) ou na impossibilidade de o obter a medição do perímetro geminal. Do preenchimento destas seis questões obtém-se um *score* que pode ser analisado em três níveis: 1) 0 a 7 indicativo de desnutrição; 2) 8 a 11 indicativo de risco de desnutrição; 3) 12 a 14 indicativo de estado nutricional normal (Guigoz,2006).Se o resultado indicar risco de desnutrição, segue-se para o preenchimento do MNA LF® que é composto por mais doze questões, num total de dezoito distribuídas em 4 grupos: avaliação antropométrica, avaliação geral, avaliação da ingestão nutricional e avaliação subjetiva. À semelhança do que acontece na MNA SF®, a cada resposta é atribuído um valor numérico que somados no final do preenchimento podem corresponder a: 1) desnutrição <17; 2) risco de desnutrição 17 a 23,5; 3) estado nutricional normal 24 a 30 (Guigoz, 2006; Kaiser, Bauer, Ramsch, et al, 2009).

De acordo com Loureiro (2008) têm sido efetuados alguns estudos ao longo dos últimos anos e todos são unânimes na utilização do MNA®. Um desses estudos realizado em Chicago, por Sieber em 2006 comparou a utilização do MNA®, 15 anos após ter surgido e ser validado, e de outros três questionários recomendados pela ESPEN. Chegaram à conclusão que o MNA® deveria fazer parte da avaliação global integrada em geriatria sendo um instrumento de fácil aplicação, reproduzível, apresentando uma sensibilidade de 96% e uma especificidade de 98% quando comparado o seu resultado com outros parâmetros clínicos utilizados na avaliação nutricional.

Segundo um estudo de Guigoz e Vellas (1995) o MNA® foi utilizado para rastrear/avaliar 14.149 idosos, na comunidade, 3.119 em unidades residenciais e 8.596 em instituições hospitalares. Os resultados indicaram risco/desnutrição na comunidade com uma prevalência de 26%, nas unidades residenciais para pessoas idosos de 54%, e 70% em instituições hospitalares. Na comunidade o MNA® detetou situações de desnutrição antes de haver manifestação clínica de alterações séricas de albumina e de variações ponderais. A nível hospitalar permitiu antever a necessidade de intervenção nutricional, minorando a morbidade e os custos (Loureiro, 2008).

A utilização do questionário MNA® está devidamente estudada e validada, nos países europeus incluindo Portugal mas, tal como indicam os autores, não deve ser o único meio de inquirição para a avaliação nutricional em pessoas idosas pois apresenta algumas limitações. Nomeadamente, em situações de alterações cognitivas, ou dificuldades de comunicação, sendo necessário o auxílio de familiares/cuidadores. Em doentes com suporte nutricional artificial o questionário tem questões que não podem ser respondidas (Loureiro, 2008).

4- Intervenção Comunitária e Educação Alimentar

Envelhecer com saúde, autonomia, independência e qualidade de vida o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico do país.

De acordo com a DGS (2004, p.3)

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Uma alimentação saudável, a prática de atividade física moderada e regular, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e coresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população (DGS, 2004).

Sabe-se que a nutrição adequada é fundamental na promoção e manutenção da saúde, independência e autonomia dos idosos, o que torna a intervenção neste âmbito uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública, numa situação privilegiada pelo contacto de proximidade com os cidadãos.

O enfermeiro, como membro da equipa multidisciplinar de saúde, é um elemento integrador e multiplicador de conhecimentos, através do diagnóstico de saúde da comunidade e do indivíduo, do planeamento de intervenções e da execução de projetos de intervenção comunitária, visando sempre, a adoção de estilos de vida promotores de saúde e claro, ganhos em saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A profissão de enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, distinguindo-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restauração, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao indivíduo, família e grupos que compõem a comunidade (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001).

O papel do profissional de saúde, em cuidados de saúde primários, na promoção de uma alimentação saudável é crucial. A abordagem à alimentação deve ser integrada sistematicamente na intervenção clínica, em todos os programas de saúde e em todas as fases do ciclo de vida da pessoa.

As intervenções devem basear-se em abordagens por ciclo de vida e por *settings*. A abordagem por ciclo de vida facilita uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que os cidadãos vão assumindo ao longo da vida. Esta abordagem salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco. A abordagem por *settings* inter-relaciona-se com a abordagem do ciclo de vida, na medida em que permite identificar intervenções adequadas para cada *setting* em cada etapa do ciclo de vida. Os *settings* a privilegiar variam, assim em função do ciclo de vida, incluindo a família, a escola, o local de trabalho, os locais de lazer, os lares de idosos e as unidades de prestação de cuidados saúde. Em conjunto, estas abordagens orientam a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, realçando momentos especiais, que representam

oportunidades de educação para a saúde. Ambas as abordagens são coerentes com a abordagem intersectorial (DGS, 2015;PNS, 2015).

É hoje indiscutível que a alimentação, para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano, é um dos elementos do estilo de vida mais determinante no estado de saúde das pessoas. “Somos o que comemos” é um velho aforismo que traduz bem este facto (Nunes & Breda, 2001; Santos & Precioso, 2012).

A alimentação que se pratica parece ser o resultado de um processo de aprendizagem contínuo que se estabelece desde o nascimento. Assim, as influências educativas onde progressivamente se vão adquirindo gostos e paladares iniciam-se no seio da família onde se está inserido, que vão determinar todo um processo de socialização alimentar. De facto, a família dada a sua função de agente de socialização primária, é a principal influência das opções alimentares dos indivíduos (Loureiro, 1999;WHO,2001). É a família que, assegurando a alimentação do jovem, constituindo modelos para o comportamento, transmite conhecimentos, desenvolve atitudes, práticas e preferências alimentares que vão condicionar os seus hábitos futuros (Moreira & Peres, 1996; Dixey, Heindl, Loureiro, Pérez-Rodrigo, Snel & Warnking, 1999;WHO, 2001).

Depois da família, o grupo de pares é um dos mais importantes microssistemas que contribui com grande importância para a formação e modificação dos valores e atitudes no que concerne à alimentação, especialmente na adolescência (Moreira & Peres, 1996). Segundo estes investigadores (p.29) “comer é uma forma importante de recreação e sociabilização, e o jovem deseja ir ao encontro do padrão e expectativas do seu grupo de amigos”. Em face do exposto, o grupo de pares parece funcionar com máxima importância nos processos de tomada de decisão dos adolescentes em relação à sua saúde alimentar.

A educação alimentar e nutricional tem como grande meta promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis para que favoreçam crescimento, desenvolvimento, bem-estar e ajudem à prevenção de doenças evitáveis. Tem que ser uma prática real e efetiva, constantemente assumida, valorizada e interiorizada por toda a comunidade. Deverá ser desenvolvida ao longo do ciclo de vida, mas para os vários níveis etários devem ser adaptados, e adotados, diferentes programas (Pardal, 1990; Contento, 1995). Santos e Precioso (2012) referem também, que os

programas de educação alimentar devem ser processos contínuos, que passam pelo acesso à informação, pela compreensão e interiorização dessa informação, pela motivação, pela capacidade e possibilidade de escolha e por estratégias de manutenção da mudança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Comissão da Comunidade Europeia (CCE) e o Conselho da Europa (CE) (1995) e Santos e Precioso (2012) referem-se à importância da seleção de bons métodos educacionais e respectivos materiais, para a efetiva promoção da saúde, referindo-se àqueles que produzem conhecimento, influenciam atitudes, habilidades, etc., criando condições adequadas para a aquisição de comportamentos nutricionais adequados. A mesma organização refere-se à importância da sua avaliação, considerando-a uma ferramenta poderosa que pode ser usada para informar sobre a sua eficácia e melhorar programas nutricionais. A avaliação permite determinar até que ponto o programa é implementado segundo o planeado e se permite os efeitos desejados. Com os programas avaliados é possível evitar a repetição de intervenções menos bem-sucedidas ou, então, a replicação de boas práticas. Aliás, uma faceta essencial de qualquer programa de intervenção é a avaliação dos resultados desse mesmo programa em termos de eficácia (WHO, 1998;WHO,2001).

Portugal, desde 2012, passou a dispor de um Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) que tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias (DGS,2012).

O PNPAS, enquanto estratégia nacional para a promoção da alimentação saudável, pretende implementar um conjunto de medidas com o objetivo de garantir a segurança alimentar da população portuguesa. Neste sentido, foram definidas três áreas de intervenção prioritárias, que correspondem a três dos cinco objetivos gerais do PNPAS: o aumento do conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências, em particular nos grupos socialmente mais desfavorecidos; o aumento da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários, em especial dos grupos mais desfavorecidos, para as escolhas e práticas alimentares saudáveis e o incentivo de boas

práticas sobre a rotulagem, publicidade e marketing a produtos alimentares; a melhoria qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar (DGS, 2012).

A abordagem educativa é a medida mais eficaz e de menor custo, tanto para prevenir, quanto para tratar a malnutrição (Mello, Beghetto, Teixeira & Luft, 2003).

Atualmente existem vários projetos que estão a ser desenvolvidos na área da promoção de uma alimentação saudável quer de âmbito nacional, quer local. É contudo vital que todos os esforços mobilizados em prol da alimentação / nutrição sejam sistematicamente avaliados e ajustados de acordo com a evidência científica e dados epidemiológicos atualizados.

Torna-se assim de extrema pertinência a realização desta investigação, procurando um conhecimento aprofundado sobre o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, podendo constituir-se um instrumento concreto e acessível às equipas de trabalho, visando, em objetivo máximo, melhorias efetivas na saúde pública da nossa população.

II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1- Metodologia

Qualquer investigação preconiza a descoberta ou resposta a uma situação considerada problemática num determinado campo do saber ou contexto, numa perspetiva de contribuição para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Weyne, 2004).

A metodologia de investigação constitui uma das partes nobres do estudo científico, permitindo responder às questões que se levantam, através da recolha de dados necessários, com procedimentos adequados, possibilitando a identificação e ênfase de aspetos mais relevantes (Ribeiro, 2010).

No decurso da fase metodológica procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter resposta à questão de investigação previamente formulada. Assim, neste capítulo serão descritos todos os passos relativos à realização deste trabalho de investigação.

1.1-Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo

Situado no extremo mais nordeste de Portugal, na província de Trás-os-Montes e Alto Douro, Região Norte, Bragança é um dos concelhos de maior dimensão do país, com uma superfície territorial aproximada de 1174Km², repartida em 39 freguesias (Câmara Municipal de Bragança, 2015) e contando com 34511 habitantes, dos quais 7952 são idosos (Pordata, 2015).

Com uma baixa densidade urbana e populacional, o concelho de Bragança apresenta uma população envelhecida, com níveis de instrução relativamente baixos e com baixo poder de compra. Insere-se num contexto socioeconómico e cultural marcado pela ruralidade e acentuada desertificação. É bastante disperso a nível geográfico, tendo freguesias muito distantes da sede de concelho. Salientam-se ainda, os percursos sinuosos e os invernos rigorosos que dificultam o acesso às localidades e agravam o isolamento de uma população envelhecida (Câmara Municipal de Bragança, 2015).

A cidade de Bragança surge como o grande espaço catalisador das dinâmicas urbanas e socioeconómicas com um raio de influência que extravasa claramente o perímetro do concelho. Os pequenos núcleos habitacionais dispersos pelo concelho têm um carácter marcadamente rural, sendo a sua economia em grande parte orientada para a produção agro-florestal (Câmara Municipal de Bragança, 2015). É na cidade que se localizam as principais atividades económicas, um número significativo de empresas, equipamentos, instituições e serviços entre os quais as duas unidades do centro de saúde (unidade da Sé e unidade de Santa Maria), que estão integrados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

A unidade do centro de saúde Santa Maria tem a sua sede edificada na cidade de Bragança, na União de Freguesias Sé, Santa Maria e Meixedo. É composto por duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e cinco extensões, S^o Julião, Quintanilha, afetas à UCSP de Santa Maria I, Babe, Coelhooso e Parada, afetas às UCSP de Santa Maria II. Tem um total de 24236 inscritos, dos quais 5373 (22.2%) são idosos (SINUS, 2015).

Em face do contexto acima descrito e, atendendo a que:

- Está previsto o continuado aumento da população com 65 e mais anos (INE, 2015);
- Os idosos são os principais utilizadores dos serviços públicos de saúde e de internamentos hospitalares frequentes (Lima-Costa & Veras, 2003);
- Estudos apontam que os idosos são mais suscetíveis a uma má nutrição do que os adultos jovens, e que apresentam maior risco de desenvolver deficiências nutricionais (Muñoz, Aranceta & Guijarro, 2006);
- No idoso uma má nutrição contribui para: aumento da morbilidade e mortalidade; aumento da incapacidade física; diminuição da qualidade de vida; comprometimento da resposta imunitária: aumento do risco de infeções, dificuldades de cicatrização, recuperação retardada da doença, maior tempo de internamento; comprometimento da função muscular; aumento do risco de quedas; aumento da necessidade e recurso aos cuidados de saúde com consequente aumento de custos em saúde (Kondrup, Rasmussen, Hamberg & Stanga, 2002).

- Intervenções preventivas na área da nutrição (incluindo a prevenção de desnutrição e da obesidade) têm o potencial de proteger a saúde e reduzir custos nos sistemas de saúde;
- A criação de políticas alimentares e nutricionais, necessárias para diminuir o problema da malnutrição nos idosos, requer evidência quanto à dimensão epidemiológica do problema;
- Em Bragança, não existem dados sobre o estado nutricional das pessoas idosas;

A relevância do presente estudo assenta no facto de não existirem dados consistentes sobre o estado nutricional dos idosos Bragantinos, tornando-se assim premente este conhecimento, para enfrentar o envelhecimento da população, visando a promoção e a proteção da saúde dos idosos.

Para a realização do presente estudo de investigação colocou-se a seguinte questão de investigação:

Qual o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de Saúde Santa Maria de Bragança?

Procurando responder à questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança;
- Identificar a prevalência de malnutrição nesta população em estudo;
- Relacionar o estado nutricional dos idosos com variáveis socioeconómicas demográficas, comportamentais e clínicas;
- Disponibilizar dados sobre a realidade nutricional da população em estudo;
- Realizar um plano estruturado de intervenção no âmbito da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

1.2-Variáveis e Hipóteses do Estudo

Variável Dependente: Estado Nutricional dos idosos

Variáveis Independentes (são agrupadas em quatro grupos):

- Socioeconómicas e demográficas (idade, sexo, estado civil, residência, escolaridade, coabitantes, convívio social, percepção da solidão, rendimentos);
- Comportamentais (consumo de tabaco e álcool);
- Clínicas (patologias, medicação, hospitalizações, estado da dentição)
- Nível de independência.

Como hipóteses de estudo definiram-se sete enunciados, que decorrem da relação das variáveis que se propõem investigar. Assim, como enunciados das hipóteses de estudo têm-se:

H1- O estado nutricional dos idosos é diferente segundo a idade, sexo, estado civil, residência, escolaridade, coabitantes, percepção da solidão e rendimentos dos inquiridos.

H2- Existe associação entre o estado nutricional dos inquiridos e o consumo de tabaco e/ ou álcool.

H3- Há associação entre o estado nutricional e a polimedicação na população em estudo.

H4- Há associação entre o estado nutricional e a multipatologia dos inquiridos.

H5- Há associação entre o estado nutricional e a existência de hospitalizações recorrentes nos inquiridos.

H6- Existe associação entre o estado de dentição dos inquiridos e o estado nutricional.

H7- O estado nutricional dos idosos é diferente segundo o nível de independência.

1.3-População e Amostra

A população do estudo é composta 5373 utentes, com idade mínima de 65 anos e de ambos os sexos, inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança.

Na tabela 1, encontram-se a distribuição da população por sexo e faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição da população por sexo e faixa etária

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
65 a 74 anos	1347	1265	2612
75 a 84 anos	1093	865	1958
Com 85 ou mais anos	524	279	803
Total	2964	2409	5373

Com base num erro amostral inferior a 5% e um nível de confiança de 95%, estudou-se uma amostra de 385 indivíduos, estratificados em função do sexo e grupo etário.

Para selecionar a amostra a investigar optou-se por um processo de amostragem não probabilística, selecionando-a acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados. Os elementos da amostra foram selecionados entre os que foram primeiramente contactados presencialmente no centro de saúde Santa Maria, e em visitação domiciliária no mês de setembro a dezembro de 2015.

Para identificar o erro amostral deste estudo, recorreu-se à fórmula definida por Oliveira e Grácio (2005). Assim, sendo a população em estudo composta por 5373 idosos e a amostra constituída por 385 indivíduos verificou-se que nesta investigação o erro amostral é inferior a 5%.

Definiram-se como critérios de inclusão da amostra: indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, conscientes, orientados e com capacidade de comunicação, que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

Na tabela 2 apresenta-se a distribuição da amostra por sexo e faixa etária.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por sexo e faixa etária

Faixa etária	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total N (%)
65 a 74 anos	93 (42,9)	87 (51,8)	180 (46,8)
75 a 84 anos	87 (40,1)	60 (35,7)	147 (38,1)
Com 85 ou mais anos	37 (17,0)	21 (12,5)	58 (15,1)
Total	217(100)	168(100)	385(100)

1.4- Procedimentos

1.4.1- Desenho do Estudo

No presente estudo, e tendo em consideração os objetivos definidos, optou-se pela abordagem quantitativa. Desenhou-se então um estudo observacional, analítico de carácter transversal, pois, como refere Ribeiro (2007,p.51), num estudo observacional “... o investigador não intervém. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos ou relações dos acontecimentos com as variáveis, e qual o efeito nos sujeitos em estudo”. Afirma ainda que estes estudos podem ser descritivos ou analíticos, sendo que os analíticos “...permitem responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características” (Ribeiro, 2007,p.52). Para o mesmo autor, os estudos analíticos podem ser transversais, de caso-controlo e prospetivos, onde os transversais “... procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento”.

1.4.2- Procedimento de Colheita de Dados

O presente estudo foi desenvolvido no centro de saúde Santa Maria de Bragança e a recolha de informação decorreu no período compreendido entre setembro a dezembro de 2015.

Os Idosos que recorreram ao centro de saúde Santa Maria e os que foram visitados no Domicilio no horário das 8h às 20h, durante os meses de setembro a dezembro de 2015,que preenchiam os critérios de inclusão foram abordados e convidados a participarem no estudo e elucidados sobre os objetivos do mesmo.

A colheita de dados foi efetuada por uma única investigadora, mediante realização de entrevista e medições antropométricas. Para a realização destas, recorreu-se aos mesmos instrumentos e técnicas, minimizando a possibilidade de erro de medição. Foi realizada

no centro de saúde ou no domicílio, em local reservado, para evitar dispersão, constrangimentos ou omissão de informação ao responder às perguntas.

De forma a limitar o viés à investigação, determinado pela presença da investigadora, procurou-se cumprir todos os pressupostos de informação, confidencialidade e empatia com os participantes, assegurando que a informação recolhida seria para tratamento estatístico exclusivo.

O tempo médio para a colheita de dados de cada participante foi de aproximadamente 35 minutos, variável de acordo com a capacidade de mobilização do idoso.

Após a recolha dos dados de todos os participantes, estes foram introduzidos numa base de dados, para efetuar os cálculos necessários e realizar a análise estatística.

1.4.3- Procedimentos Éticos e Deontológicos

Para a realização do estudo foi obtida a autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste (Anexo I)

A presente investigação respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003), em concordância também com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado dos participantes, confidencialidade, respeito, honestidade nas relações estabelecidas e garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, esclareceram-se todas as dúvidas relativas à natureza do trabalho e obteve-se consentimento dos participantes (Anexo II).

Em todos os casos a participação foi absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Todos os inquiridos foram também esclarecidos da possibilidade de desistir da sua participação a qualquer momento do estudo, podendo também, posteriormente, ter acesso aos dados da investigação.

A revisão bibliográfica efetuada respeitou os direitos de autor, tendo sido também obtida a autorização para a utilização do questionário MNA, no âmbito da colheita de dados (Anexo III).

1.5- Instrumentos de Medida

Para a concretização do estudo e tendo por base a diversa bibliografia consultada, foi desenvolvido um instrumento de recolha de informação (formulário) constituído por três partes distintas (Anexo IV):

- A primeira visa a obtenção de informação acerca do idoso e inclui:
 - A avaliação antropométrica (que possibilita a avaliação do estado nutricional);
 - Questões relativas a dados socioeconómicos e demográficos (idade, sexo, estado civil, residência, escolaridade, coabitantes, convívio social, percepção da solidão e rendimentos).
- A segunda visa a aquisição de informação acerca de comportamentos e informação clínica abrangendo questões relativas a:
 - Consumo de tabaco; número de cigarros/dia.
 - Consumo de bebidas alcoólicas; frequência do consumo
 - Existência de problemas de saúde/ patologias; especificação e número;
 - Toma de medicação e número de medicamentos/ dia;
 - Hospitalizações e frequência;
 - Estado da dentição: foi avaliado relativamente à dentição ser própria (natural) e /ou artificial (uso de prótese parcial ou total), sem dentição.
- A última parte do instrumento de recolha de dados contém:
 - O Índice de Barthel que possibilita a avaliação da independência nas atividades básicas de vida diária (ABVD);
 - O MNA que possibilita a avaliação do estado nutricional.

1.5.1- Avaliação Funcional do Idoso

Para a recolha de informação relativa ao nível de independência do idoso, foi aplicado o Índice de Barthel (IB). É um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene

pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, o despende pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação (Sequeira, 2007).

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada. Permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). Segundo este autor a classificação varia entre 0 a 100 pontos e são considerados os seguintes pontos de corte: 90-100 Independente; 60-89 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente

1.5.2- Avaliação Nutricional do Idoso

Para caracterizar nutricionalmente os idosos, utilizaram-se parâmetros antropométricos (altura, peso, IMC, PB, PG, PC e PA) e o questionário MNA.

Avaliação de Parâmetros Antropométricos

A avaliação foi efetuada com o rigor e fiabilidade essencial à utilização das medições nos seus devidos fins, tornando-se imprescindível respeitar e recorrer não só às técnicas de avaliação antropométrica mas também ao manuseamento dos instrumentos de medição e à interação com os idosos avaliados.

A avaliação antropométrica foi realizada de forma a respeitar a privacidade da pessoa idosa, evitando-se causar qualquer tipo de desconforto. Foram utilizados os procedimentos para utentes com mobilização e acamados ou presos à cadeira.

Foi avaliada a estatura, em primeiro lugar, em seguida o peso e posteriormente os perímetros da cintura, anca, geminal e braquial.

Altura - Para realizar a medição da altura utilizou-se, em idosos com mobilização, um estadiómetro acoplado à balança (SECA[®]), assente numa superfície plana, com estabilidade máxima. Solicitou-se previamente ao idoso para remover o calçado e outros acessórios que influenciassem a avaliação (chapéu, boné, lenço, laço, bandolete, gancho, entre outros); manteve-se a pessoa numa posição vertical e imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e com as palmas das mãos voltadas para dentro; colocou-se a cabeça da pessoa no plano horizontal de Frankfort (linha imaginária que passa pelo bordo inferior da órbita e pelo bordo superior do meato auditivo externo) mantendo um olhar fixo, em frente; colocaram-se os calcanhares da pessoa juntos e as pontas dos pés afastadas a 60°; colocaram-se os calcanhares, a região gemelar, a cintura pélvica, a cintura escapular e a região occipital em contacto com o metal do estadiómetro e de forma a manter o equilíbrio; solicitou-se à pessoa para inspirar e manter a posição ereta; realizou-se a medida com a craveira do estadiómetro num ângulo de 90° em relação à escala, movimentando-a lentamente até comprimir o cabelo e tocar o vértex (ponto mais alto do crânio); realizaram-se, sequencialmente, duas medições registando cada medição até ao mais próximo valor de 0,1cm, isto é, a última linha que realmente se conseguiu observar; calculou-se a média aritmética e registou-se no formulário o valor apurado.

Em idosos sem mobilização (acamados ou presos à cadeira) utilizou-se a fórmula para estimativa indireta da altura de Chumlea et.al., desenvolvida em 1998. Esta opção deve-se essencialmente pela sua ampla utilização na prática clínica e na investigação, por ser um método fundamentado sob o ponto de vista da investigação, devidamente estudado e validado, por esta ter sido elaborada a partir de uma amostra de idosos tal como nesta investigação e por ser a mais recente elaborada pelos autores. Assim, com o idoso sentado ou deitado, posicionou-se o membro inferior de modo a formar um ângulo de 90° entre o calcanhar e o joelho. Usou-se uma fita métrica maleável, colocando-a na superfície anterior do membro inferior, desde o calcanhar até 3cm acima da rótula. Registou-se o comprimento com aproximação de 0,1cm e o valor obtido foi aplicado na equação de referência, (Tabela 3) obtendo-se o resultado final.

Tabela 3- Fórmula Padrão de Cálculo da Altura

M	F
$78.31 + (1.94 \times \text{altura do joelho}) - (0.14 \times \text{idade})$	$82.21 + (1.85 \times \text{altura do joelho}) - (0.21 \times \text{idade})$
Erro Padrão – 3,74cm	Erro Padrão – 3,98cm

Fonte: Adaptado de Chumlea et.al., 1998

Peso - Para determinar o peso dos idosos que tinham mobilidade foi utilizada uma balança digital (SECA[®]). Antes de iniciar qualquer medição do peso acreditou-se que a balança estivesse calibrada e colocada numa superfície plana e firme, de absoluta estabilidade e rigidez. Garantiu-se que a pessoa idosa estivesse descalça e apenas com roupa leve, ou seja com o mínimo de roupa possível e sem qualquer acessório (como exemplos, relógio, cinto, colar, pulseira, bandolete, ganchos).

Solicitou-se à pessoa que subisse devagar para a plataforma e que ficasse parada, com os pés colocados em posição paralela, com o peso igualmente distribuído pelos dois pés no centro da plataforma; de seguida solicitou-se à pessoa que mantivesse posição vertical, imóvel, com a cabeça ereta, olhar fixo em frente e braços estendidos ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para dentro e que se mantivesse nessa posição; realizaram-se sequencialmente, duas medições, solicitando ao idoso que saísse e voltasse a subir para a plataforma a fim de se repetir o procedimento; avaliou-se cada observação em quilogramas até à primeira casa decimal; calculou-se a média aritmética das duas avaliações efetuadas; para cálculo final do peso a registar, subtraiu-se 0,5 kg à média citada no ponto anterior (correção do peso relativa ao uso de roupa leve) e registou-se no formulário o peso final apurado.

Para obter o peso dos idosos sem mobilidade utilizou-se a fórmula para estimativa indireta do peso de Rabito et al. (2008), fundamentalmente pela sua ampla utilização na prática clínica e na investigação e por estar devidamente estudado e validado, apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Fórmula Padrão de Cálculo do Peso

$P = (0,5759 \times P. \text{ Braço}) + (0,5263 \times P. \text{ Cintura}) + (1,2452 \times P. \text{ Perna}) - (4,8689 \times \text{Sexo}) - 32,924$
Sendo 1 para masculino e 2 para feminino

Fonte: Adaptado de Rabito et.al., 2008

Índice de Massa Corporal (IMC) - A relação entre o peso e a altura permite calcular o IMC e desta forma ordenar o estado nutricional dos utentes em classes de baixo peso, adequado ou eutrófico, sobrepeso e obesidade. Para obter o IMC, procedeu-se a um cálculo matemático de divisão do peso atual (em Kg) do utente pela sua altura (em metros) ao quadrado. Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2002) o IMC para as pessoas idosas classifica-se da seguinte forma (Tabela 5).

Tabela 5- Classificação do IMC segundo Opas (2002)

Classificação	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	<23
Adequado ou Eutrófico	23-28
Sobrepeso	28-30
Obesidade	>30

Fonte: Sabe- Saúde, bem-estar e envelhecimento- O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/ Maria Lúcia Lebrão- Brasília: Organização Pan-Americana da saúde,2003.256p. Disponível em <http://www.opas.org.br/publicacoes-opas-e-oms/>

Perímetro Braquial (PB) - Foi medido no membro superior não dominante, no ponto médio entre o acrómio e o olecrânio. O ponto médio foi obtido com o braço fletido a 90° e o valor do perímetro foi obtido com o braço relaxado para baixo. O membro superior do idoso estava posicionado ao longo do tronco com a palma da mão virada para a coxa. A medição foi efetuada com uma fita métrica (maleável), com a precisão de 1mm, sem compressão dos tecidos, com o idoso sentado ou em decúbito dorsal.

Os valores de interpretação foram os estabelecidos no MNA e apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Valor de referência para o PB

Classificação PB (cm)	Classificação
<21	Abaixo da média
> 21 e <22	Normal
≥ 22	Acima da média

Fonte: Mini Nutritional Assessment. Nestlé Nutrition Institute. Disponível em:

http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf.

Perímetro Geminal (PG) - Para determinar o PG posicionou-se o joelho num ângulo de 90° em relação à coxa. A fita métrica foi colocada em volta da barriga da perna na porção mais larga e procedeu-se à leitura do valor obtido, sem compressão dos tecidos. Este valor, à semelhança do perímetro braquial, foi obtido para ser incluído no MNA. Os valores de interpretação foram os estabelecidos no MNA® e descritos na Tabela 7.

Tabela 7 -Valor de referência para o PG

Classificação PG (cm)	Classificação
<31	Deficit de massa magra
≥31	Massa magra normal

Fonte: Mini Nutritional Assessment. Nestlé Nutrition Institute. Disponível em:

http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf.

Perímetro da Cintura (PC) e Perímetro da Anca (PA)

Para a avaliação do PC e PA foi utilizada uma fita métrica maleável, inelástica, com escala em milímetros, polegadas impressas nos dois lados da fita e com 1.5m de comprimento.

A avaliação do PC foi efetuada sobre a pele abdominal, solicitando-se, para tal, que o idoso não tivesse qualquer roupa na zona a avaliar e verificando-se que não é exercida nenhuma força sobre a zona a analisar (exemplo: cinto ou equivalente). A avaliação realizou-se em local/gabinete com privacidade; colocou-se a pessoa com o tronco na vertical, imóvel, abdómen relaxado, braços pendentes ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para dentro, cabeça ereta, pés unidos e o peso do corpo igualmente distribuído pelos dois pés; A medição foi efetuada no ponto médio entre o bordo inferior da última costela palpável e o bordo superior da crista ilíaca, com a fita métrica colocada em plano paralelo ao pavimento, sempre no final do ciclo respiratório, isto é, no momento final de uma expiração normal e sem que a fita métrica exerça qualquer compressão sobre a pele mas fique a ela ajustada; realizaram-se duas medições, retirando totalmente a fita métrica após a primeira avaliação e recolocando-a, nas condições citadas anteriormente; registou-se cada medição até ao mais próximo 0,1 cm, isto é, a última linha que realmente se consiga observar, em cada medição; repetiram-se as duas medições quando se verificou uma diferença avaliada superior a 1 centímetro e

consideraram-se válidas no caso de a diferença ser igual ou inferior a 1 centímetro; calculou-se a média aritmética e registou-se no formulário o valor apurado.

Relativamente à avaliação do PA, o procedimento foi o mesmo descrito anteriormente distinguindo-se aqui a colocação da fita métrica que foi posicionada na área de maior protuberância glútea.

A partir das duas medidas, PC e PA, calculou-se a variável razão cintura/anca (RCA), um indicador muito utilizado para identificar o padrão de distribuição de gordura (tabela 8).

Tabela 8 - Risco de complicações metabólicas e perímetros da cintura e anca

Designação	Cut- point	Risco de complicações metabólicas
Perímetro da cintura	>94 cm (H); > 80 cm (M)	Aumentado
Perímetro da cintura	>102 cm (H) ; > 88 cm (M)	Muito aumentado
Razão cintura/anca	≥0,90 (H); ≥ 0,85 (M)	Muito aumentado

Fonte: Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8 – 11 December 2008.

World Health Organization, 2011.

Mini Nutritional Assessment® (MNA)

O MNA® é uma ferramenta de avaliação nutricional simples e rápida que permite uma identificação do estado nutricional além de identificar riscos, em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos. Consiste em um questionário que pode ser completado em 10 minutos, constituído por dezoito perguntas agrupadas em categorias, que vão desde uma avaliação geral, avaliação subjetiva, avaliação dietética e avaliação antropométrica. Do preenchimento da totalidade do questionário resulta um *score* que permite a classificação do idoso em relação ao seu estado nutricional, como apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 - Score do MNA®

(pontuação)	Interpretação
<17	Desnutrição
17 – 23,5	Risco de Desnutrição
24 – 30	Estado nutricional normal

Fonte: Mini Nutritional Assessment. Nestlé Nutrition Institute. Disponível em:

http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf.

1.6- Tratamento de Dados

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows, versão 20.0, utilizando a seguinte metodologia estatística:

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média e desvio padrão.

A análise estatística dos resultados obtidos foi realizada através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorre-se ao teste exato de Fisher.

Posteriormente recorreu-se ao cálculo dos *odds ratio* e respetivos valores de prova de forma a especificar em função das variáveis independentes os idosos com maior/menor possibilidades de estado nutricional normal segundo o instrumento MNA®

1.6.1- Operacionalização das Variáveis

Para a realização do tratamento estatístico definido, houve necessidade de proceder à transformação de algumas variáveis, e que se passa a descrever:

- Idade - Variável numérica e utilizada como tal para o cálculo das medidas de tendência central e dispersão e posteriormente operacionalizada em classes de amplitude 10 (65 a 74 anos, 75 a 84 anos e pelo menos 85 anos).
- Estado civil - Variável nominal com quatro possibilidades de resposta, de acordo com a condição do idoso (1- solteiro; 2- casado/união de facto; 3- divorciado/separado; 4- viúvo). Posteriormente foi transformada e consideradas três opções: 1- solteiro/divorciado/separado; 2- casado/união de facto; 3- viúvo;
- Habilitações literárias - Variável nominal com possibilidade de resposta a cinco categorias (1- Não frequentou a escola; 2- Menos de 4 anos de escolaridade; 3- 4 Anos de escolaridade; 4- 6 Anos de escolaridade; 5- > 9 Anos de escolaridade. Mais tarde, esta variável foi operacionalizada nas opções: sem estudos/incompleta e com escolaridade.
- Coabitação - Inicialmente consideraram-se seis opções (1-sozinho; 2-com cônjuge, 3- cônjuge e filhos; 4- filhos; 5- filhos/nora/genro/netos; 6- outros familiares; 7- outra situação. Mais tarde, esta variável sofreu transformação, tendo sido recodificada em quatro categorias: sozinho, cônjuge, familiares e outra situação.
- Perceção da solidão - Esta variável contemplava cinco opções: nunca, quase nunca, algumas vezes, muitas vezes e sempre. Posteriormente foi reagrupada em três opções: raramente ou nunca, às vezes, sempre ou quase sempre.
- Estado da Dentição - Variável nominal com seis opções: 1- própria completa; 2- própria incompleta; 3- artificial completa; 4- artificial incompleta; 5- própria mais artificial; 6- sem dentição. Mais tarde, operacionalizou-se a variável nas opções: própria (1), artificial (2), própria mais artificial (3) e sem dentição (4).
- Mini Nutritional Assessment (MNA) - Após a aplicação do instrumento foi necessário (pois apenas se obteve três idosos desnutridos) reagrupar as

classificações obtidas juntando os 3 casos de desnutrição aos restantes 93 em risco de desnutrição, obtendo-se os grupos: risco de desnutrição e normal (sem risco de desnutrição).

2- Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta secção apresenta-se a caracterização da amostra relativamente às variáveis socio demográficas e económicas, comportamentais, clínicas, independência e nutricionais, assim como os resultados obtidos por inferência estatística de forma a concluir sobre as hipóteses em estudo.

2.1- Caracterização Sociodemográfica e Económica

Na tabela 2 e tabela 10, apresentam-se as características sociodemográficas da amostra em estudo, estando representadas as frequências absolutas e relativas para as diferentes variáveis.

Pela análise da tabela 2, verifica-se que a amostra é composta por 385 utentes com pelo menos 65 anos, dos quais 56,4% (n= 217) são mulheres e 43,6% (n=168) são homens.

Relativamente à variável idade, constata-se uma idade média de 76,39 anos com desvio padrão de 7,18 anos, a partir de um mínimo de 65 e de um máximo de 98 anos. Sendo a idade média das mulheres de 76,77 anos com desvio padrão de 7,34 anos e nos homens a média é de 75,90 anos com desvio padrão de 6,96 anos.

Analisando a tabela 10, no que concerne ao estado civil, observa-se que a maioria dos idosos (62,9%; n=242) é casada ou vive em união de facto, seguindo-se os viúvos (28,6%; n=110), os solteiros (4,7; n=18) e por último os divorciados/separados (com 3,9%; n=15).

Relativamente à residência a amostra recolhida é maioritariamente (51,7%; n=199) composta por idosos do meio rural e os restantes (48,3%; n=186) moram no meio urbano.

No que respeita às habilitações literárias verifica-se que 26% (n=100) dos idosos não possui estudos; 35,3% (n=136) tem menos de 4 anos de escolaridade; 28,8% (n=111) referem ter feito o 4º ano, 9,1% (n=35) afirmam ter feito o 6º ano e 0.8 % (n=3) declaram ter o 9º ano de escolaridade.

Quanto à coabitação verifica-se que a maioria (52,7%;n=203) dos inquiridos habita com o cônjuge, seguindo-se os que vivem sozinhos (24,7%; n=95),os que vivem com o cônjuge e filhos (9,1%; n=35),e os que vivem outra situação (3,6%; n=14).

No que respeita ao convívio social, constata-se que a maioria dos utentes em estudo refere relacionar-se com familiares (86,2%; n=332), seguindo-se os vizinhos (76,6%; n=295), e os amigos (20%; n=77). Observa-se ainda que 4,2% (n=16) relata não se relacionar.

Relativamente à perceção de solidão, verifica-se que 10,1% (n=39) declaram sentir-se sempre sós, 24,7% (n=95) afirmam que muitas vezes sentem-se sozinhos,19,5% (n=75) relatam sentir solidão algumas vezes e 24,4% (n=94) declaram quase nunca sentir solidão.

Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N	%	
Estado civil	Solteiro	18	4,7
	Casado/União de facto	242	62,9
	Divorciado/Separado	15	3,8
	Viúvo	110	28,6
	Total	385	100,0
Residência	Rural	199	51,7
	Urbana	186	48,3
	Total	385	100,0
Habilitações Literárias	Sem estudos	100	26,0
	Inferior a 4 anos	136	35,3
	4 anos	111	28,8
	6 anos	35	9,1
	Pelo menos 9 anos	3	0,8
	Total	385	100,0
Coabitação	Sozinho	95	24,7
	Cônjuge	203	52,7
	Cônjuge e filhos	35	9,1
	Filho/nora/genro/netos	27	7,0
	Outros familiares	11	2,9
	Outra situação	14	3,6
	Total	385	100,0
Relacionamento	Não tem relacionamentos	16	4,2
	Familiares	332	86,2
	Vizinhos	295	76,6
	Amigos	77	20,0
	Equipa Saúde	14	3,6
	Outros	20	5,2
Solidão	Sempre	39	10,1
	Muitas vezes	95	24,7
	Algumas vezes	75	19,5
	Quase nunca	94	24,4
	Nunca	82	21,3
	Total	385	100,0

Na tabela 11, apresenta-se a caracterização económica dos utentes em estudo. Pela sua análise, verifica-se que na maioria dos casos o rendimento é proveniente da pensão de velhice (70,6%; n=272), seguindo-se da pensão de invalidez (24,7%; n=95).

Quanto ao rendimento auferido pelo idoso constata-se que na maioria dos casos concede a sobrevivência de duas pessoas (52,2%; n=201) e em 36,9% (n=142) dos casos permite a sobrevivência de uma só pessoa. Pela análise da tabela, verifica-se ainda que a maioria dos utentes (52,7%; n=203) declara que o rendimento é suficiente, mas apenas chega

para os gastos, seguindo-se os que afirmam que o rendimento não é suficiente (45,5%; n=175).

Tabela 11 - Caracterização económica da amostra

Variáveis		Frequência absoluta	Frequência relativa
Origem do rendimento	Emprego ou negócio	10	2,6
	Rendimentos de capital	8	2,1
	Pensão de invalidez	95	24,7
	Pensão velhice	272	70,6
	Total	385	100,0
Número de pessoas que vivem desse rendimento	Uma	142	36,9
	Duas	201	52,2
	Três	35	9,1
	Quatro	7	1,8
	Total	385	100,0
Suficiência dos rendimentos	Não são suficientes	175	45,5
	Sim, mas chegam apenas para os gastos	203	52,7
	Sim, cobrem sem problemas os gastos	7	1,8
	Total	385	100,0

2.2- Caracterização Antropométrica

Na tabela 12, apresenta-se a caracterização antropométrica dos idosos em função do género. Analisando a tabela, verifica-se que 163 (42,34%) idosos têm peso adequado (81 mulheres e 82 homens), 113 (29,35%) apresentam obesidade (dos quais 70 mulheres e 43 homens), 53 (13,77%) têm sobrepeso (36 mulheres e 17 homens) e 56 (14,54%) possuem baixo peso (30 mulheres e 26 homens).

Constata-se que são as mulheres que apresentam maior prevalência de sobrepeso e obesidade, desviando-se da prevalência teórica esperada. Pela aplicação do teste do qui-quadrado, verifica-se que não existe associação estatisticamente significativa ($p=0,053$) entre género e IMC.

Quanto ao PC verifica-se que a maioria dos utentes (58,44%; n=225) apresenta risco muito aumentado de complicações metabólicas, destacando-se o elevado número de mulheres nestas circunstâncias (n=164). Pela aplicação do teste do qui-quadrado,

verifica-se que existe associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o género e o PC.

Relativamente ao PB observa-se que a maioria das mulheres (n=205) e homens (n=157) apresentam resultados acima da média. Pela aplicação do teste do qui-quadrado constata-se que não existe associação estatisticamente significativa entre género e perímetro braquial ($p = 0,894$).

No PG observam-se resultados idênticos para deficit e normalidade de massa magra em cada género. Certifica-se pela aplicação do teste do qui-quadrado que não existe associação estatisticamente significativa entre o género e o PG ($p = 0,472$).

Tabela 12 - Caracterização antropométrica em função do sexo

Medida	Classificação	Sexo		Total	Qui-quadrado
		Feminino	Masculino		
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	ET(p)
IMC	Baixo peso	30(31,6)	26(24,4)	56(56,0)	9,808 (0,053)
	Adequado	81(91,9)	82(71,1)	163(163,0)	
	Sobrepeso	36(29,9)	17(23,1)	53(53,0)	
	Obesidade	70(63,7)	43(49,3)	113(113,0)	
	Total	217(217,0)	168(168,0)	385(385,0)	
PC	Sem risco	22(43,4)	55(33,6)	77(77,0)	61,365 (<0,001)
	Risco aumentado	31(46,8)	52(36,2)	83(83,0)	
	Risco muito aumentado	164(126,8)	61(98,2)	225(225,0)	
	Total	217(217,0)	168(168,0)	385(385,0)	
PC/PA	Sem risco	2(1,1)	0(0,9)	2(2,0)	(0,507) ^a
	Risco muito aumentado	215(215,9)	168(167,1)	383(383,0)	
	Total	217(217,0)	168(168,0)	385(385,0)	
Braquial	Abaixo da média	7(7,3)	6(5,7)	13(13,0)	0,209 (0,894)
	Normal	5(5,6)	5(4,4)	10(10,0)	
	Acima da média	205(204,0)	157 (158,0)	362(362,0)	
	Total	217(217,0)	168(168,0)	385(385,0)	
Geminal	Deficit de massa magra	108(104,3)	77(80,7)	185(185,0)	0,588 (0,472)
	Massa magra normal	109(112,7)	91(87,3)	200(200,0)	
	Total	217(217,0)	168(168,0)	385(385,0)	

fo - frequência absoluta observada; fe - frequência teórica esperada; ET - estatística do teste; p- valor de prova.

^a - utilizou-se teste exato de Fisher

2.3- Caracterização do Estado Nutricional segundo o IMC

Com o intuito de responder a dois dos objetivos desta investigação (caracterizar o estado nutricional e identificar a prevalência de malnutrição), expõe-se a tabela 13, que ilustra a caracterização do estado nutricional dos idosos através do IMC.

Analisando a tabela, verifica-se que 163 (42,34%) idosos têm peso adequado, 113 (29,35%) apresentam obesidade, 53 (13,77%) têm sobrepeso e 56 (14,54%) possuem baixo peso.

Constata-se que a prevalência de malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança é de 57,66% (n=222 idosos), sendo que 61,26% (n=136) são mulheres e 38,74% (n=86) são homens.

Dos idosos malnutridos verifica-se que 45,95% (n=102) pertencem à classe etária dos 65-74 anos (55 mulheres e 47 homens); 40,09% (n=89) têm idades compreendidas entre 75-84 anos (56 mulheres e 33 homens) e 13,96% (n=31) têm 85 ou mais anos (25 mulheres e 6 homens).

Verifica-se também que 43,11% (n=166) da amostra apresenta sobrenutrição (53 pessoas com sobrepeso e 113 com obesidade) e 14,54% (n=56) revela desnutrição; Observa-se que dos idosos com sobrenutrição 106 são mulheres e 60 são homens; Dos idosos com desnutrição 30 são mulheres e 26 são homens.

Tabela 13 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e classificação do IMC

	Faixa etária	Baixo peso N (%)	Normal N (%)	Sobrepeso N (%)	Obesidade N (%)	Total N (%)
Feminino	65 a 74 anos	3(5,4)	38(23,3)	14(26,4)	38(33,6)	93(24,3)
	75 a 84 anos	17(30,4)	31(19,0)	16(30,2)	23(20,4)	87(22,6)
	≥85 anos	10(17,9)	12(7,4)	6(11,3)	9(8,0)	37(9,6)
	Total	30(53,6)	81(49,7)	36(67,9)	70(61,9)	217(56,4)
Masculino	65 a 74 anos	15(26,8)	40(24,5)	8(15,1)	24(21,2)	87(22,6)
	75 a 84 anos	8(14,3)	27(16,6)	8(15,1)	17(15,0)	60(15,6)
	≥85 anos	3(5,4)	15(9,2)	1(1,9)	2(1,8)	21(5,5)
	Total	26(46,4)	82(50,3)	17(32,1)	43(38,1)	168(43,6)
Total		56(100)	163(100)	53(100)	113(100)	385(100)

2.4- Caracterização dos Comportamentos

Neste estudo são analisados os comportamentos relativos aos consumos de tabaco e álcool. Verifica-se que 9,6% (n=37) dos idosos fuma, dos quais 32 são homens e 5 são mulheres.

Na figura 1, apresenta-se o consumo de cigarros por dia em função do sexo, observando-se que os homens fumam mais cigarros que as mulheres.

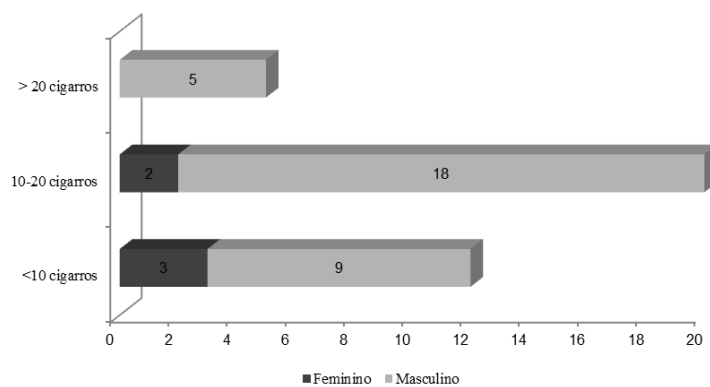


Figura 1 - Consumo diário do número de cigarros em função do sexo

Quanto ao consumo de álcool observa-se que 50,1% (n=193) dos idosos bebe bebidas alcoólicas (destes 132 são homens e 61 são mulheres).

Na figura 2, apresenta-se a frequência do consumo de álcool em função do género, podendo verificar-se que a maioria dos homens ingere álcool diariamente e que a maioria das mulheres bebe esporadicamente.

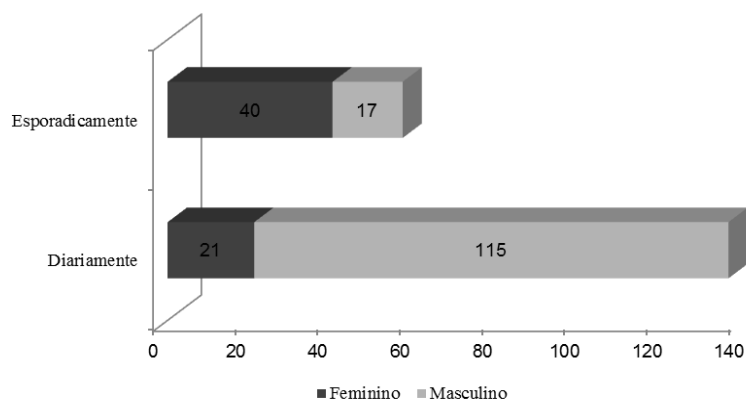


Figura 2 - Consumo de álcool em função do sexo

2.5- Caracterização Clínica

Os utentes em estudo foram questionados quanto à existência de problemas de saúde, verificando-se que 99,0% (n=381) refere padecer de uma ou mais patologias.

No gráfico da figura 3, apresentam-se os registos de cada problema de saúde em função do género. Verifica-se que os problemas de saúde com maior prevalência são: hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, diabetes, problemas emocionais e doença gastrointestinal.

Pode ainda observar-se que dos 168 homens em estudo 150 padecem hipertensão, 115 de dislipidemia, 77 são portadores de problemas respiratórios, 73 padecem diabetes e 42 de problemas gastrointestinais. Relativamente às 217 mulheres em estudo verifica-se que 169 sofrem de hipertensão arterial, 128 de dislipidemia, 97 padecem de problemas emocionais, 79 sofrem de doença cardiovascular, 74 de diabetes e ainda 49 referem padecer de problemas gastrointestinais.

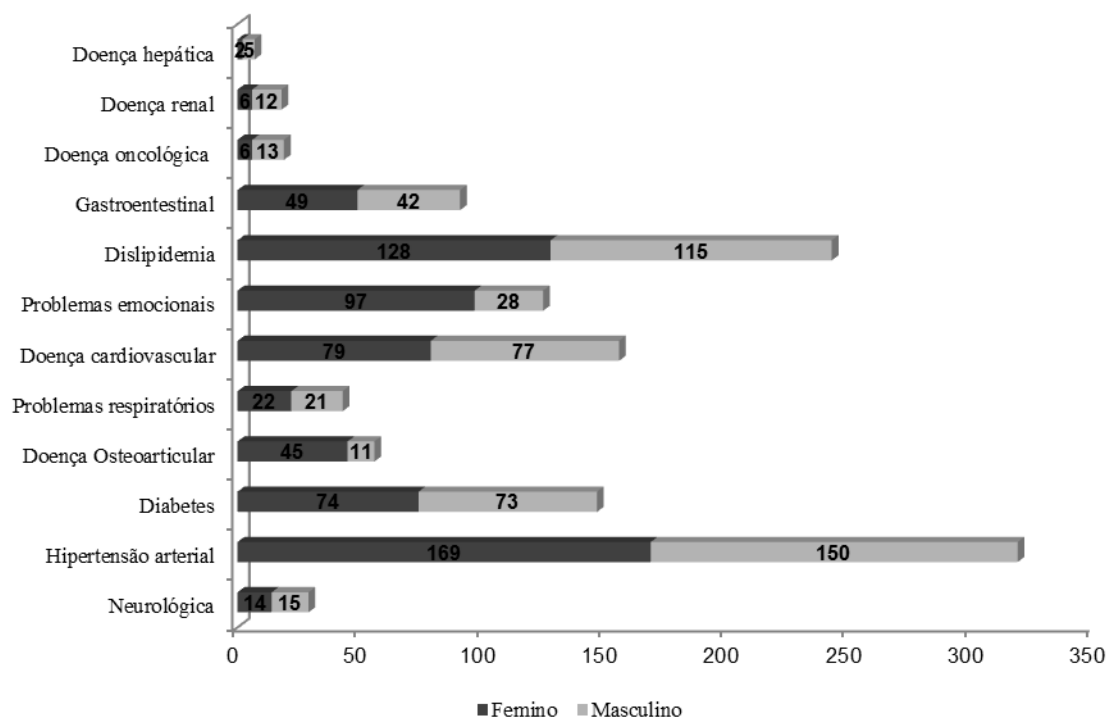


Figura 3 - Caracterização dos problemas de saúde em função do sexo

Pela análise da tabela 14, observa-se que a maioria dos idosos (66,9%; n=255) sofre de duas a quatro patologias diagnosticadas (destes 150 são mulheres e 105 são homens), 20,2% (n=77) padece de cinco ou mais patologias (39 mulheres e 38 homens) e 12,9% (n=49) sofre de uma patologia (25 mulheres e 24 homens). Na análise da tabela evidencia-se a pluripatologia tão frequente nesta camada da população.

Tabela 14 - Caracterização do número de patologias em função do sexo

Sexo	Número de patologias			
	Uma	Duas a quatro	Cinco ou mais	Total
Feminino	25 (11,7%)	150 (70,1%)	39 (18,2%)	214 (100%)
Masculino	24(14,4%)	105 (62,9%)	38 (22,8%)	167 (100%)
Total	49 (12,9%)	255 (66,9%)	77 (20,2%)	381(100%)

Relativamente à medicação constata-se que 97,9% (n=377) dos idosos toma medicação diária.

Analisando a tabela 15, onde se apresenta a caracterização da toma diária de medicamentos em função do número de patologias, observa-se que 34,7% (n=131) dos idosos toma diariamente menos de 5 medicamentos, sendo que 43 utentes sofrem de uma patologia e 88 utentes manifestam duas a quatro patologias. Verifica-se que 41,9% (n=158) dos idosos em estudo tomam 5 a 10 medicamentos por dia sendo que a maioria destes indivíduos (n=149) padecem de duas a quatro patologias. Verifica-se ainda que 23,3% (n=88) dos utentes toma mais de 10 medicamentos por dia, destes 18 padecem duas a quatro patologias e 70 refere padecer de pelo menos cinco patologias. Em concordância com os resultados da tabela anterior, a polimedicação está patente na análise da presente tabela onde 235 idosos (65,2%) tomam 5 ou mais medicamentos por dia.

Tabela 15 - Toma diária de medicamentos em função do nº. de patologias

Medicamentos diários	Número de patologias			
	Uma	Duas a quatro	Cinco ou mais	Total
Inferior a 5	43 (95,6%)	88 (34,5%)	0 (0,0%)	131 (34,7%)
5 a 10	2 (4,4%)	149 (58,4%)	7 (9,1%)	158 (41,9%)
Superior a 10	0 (0,0%)	18 (7,1%)	70 (90,9%)	88 (23,3%)
Total	45 (100%)	255 (100%)	77 (100)	377(100%)

Ao longo do último ano 24,7% (n=95) dos utentes refere ter estado hospitalizado. Destes, 69 estiveram internados uma vez, 22 duas vezes e 4 mais de duas vezes.

No que respeita ao estado da dentição, verifica-se que 43,1% (n=166) dos idosos possui dentição própria incompleta, 27% (n=104) apresenta dentição própria conjuntamente com artificial, 15,8% (n=61) dos idosos faz uso de dentição artificial completa e 11,4% (44) não possui qualquer dentição.

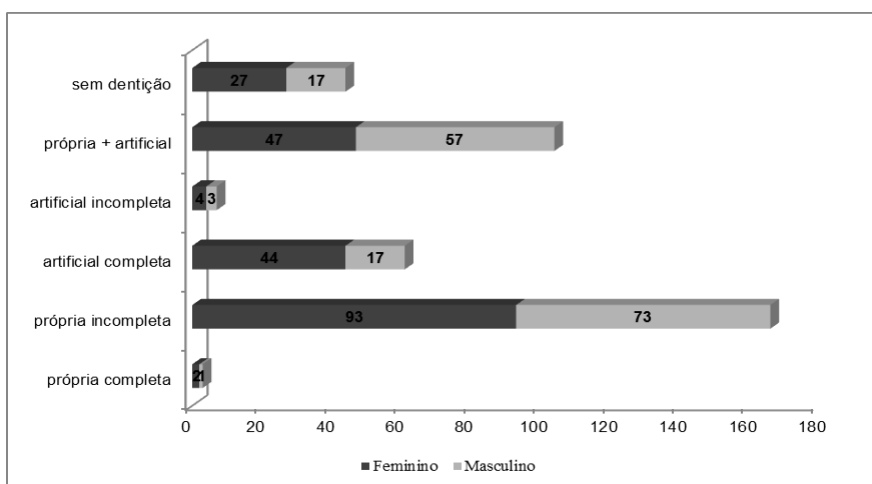


Figura 4 - Caracterização do estado da dentição em função do sexo

2.6- Caracterização do Estado Funcional

Na tabela 16, apresenta-se a caracterização da funcionalidade por atividade avaliada através do índice de Barthel.

Analisando a tabela, conclui-se que em todos os itens avaliados a maioria dos registos acontece na opção independente ou na opção que lhe é equivalente. De salientar que 51 idosos são dependentes para tomar banho, 29 para a higiene pessoal, 3 na utilização do WC, 2 na mobilidade, 4 para subir e descer escadas e 2 na alimentação.

Tabela 16 - Caracterização da funcionalidade por atividade segundo o IB

Variáveis		Frequência absoluta	Frequência relativa
Alimentação	Independente	346	89,9
	Precisa alguma ajuda	37	9,6
	Dependente	2	0,5
	Total	385	100,0
Transferências	Independente	348	90,4
	Precisa alguma ajuda	37	9,6
	Necessita de ajuda de outra pessoa	0	0,0
	Dependente	0	0,0
Total	385	100,0	
Toalete/Higiene pessoal	Independente	356	92,5
	Dependente	29	7,5
	Total	385	100,0
Utilização WC	Independente	352	91,4
	Precisa de alguma ajuda	30	7,8
	Dependente	3	0,8
	Total	385	100,0
Banho	Toma banho sozinho	334	86,8
	Dependente	51	13,2
	Total	385	100,0
Mobilidade	Caminha 50 m	351	91,2
	Caminha menos de 50 m	30	7,8
	Independente em cadeira de rodas	2	0,5
	Imóvel	2	0,5
	Total	385	100,0
Subir e descer escadas	Independente	345	89,6
	Precisa de ajuda	36	9,4
	Dependente	4	1,0
	Total	385	100,0
Vestir	Independente	348	90,4
	Com ajuda	37	9,6
	Impossível	0	0,0
	Total	385	100,0
Controlo Intestinal	Controla perfeitamente	373	96,9
	Acidente ocasional	7	1,8
	Incontinente	5	1,3
	Total	385	100,0
Controlo Unitário	Controla perfeitamente	332	83,6
	Acidente ocasional	62	16,1
	Incontinente	1	0,3
	Total	385	100,0

Na tabela 17, apresenta-se a distribuição dos idosos segundo a classificação da funcionalidade de acordo com os pontos de corte previamente estabelecidos. Verifica-se que a maioria dos utentes (86,8%; n=334) é funcionalmente independente (187

mulheres e 147 homens) e os restantes (13,3%; n= 51) apresentam algum tipo de dependência.

Tabela 17- Caracterização da avaliação funcional em função do sexo

Avaliação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Severamente dependente	2(0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)
Moderadamente dependente	8 (3,7%)	8 (4,8%)	16 (4,2%)
Ligeiramente dependente	20 (9,2%)	13 (7,7%)	33 (8,6%)
Independente	187 (86,2%)	147 (87,5%)	334(86,8%)
Total	217 (100%)	168 (100%)	385 (100%)

2.7- Caracterização do Estado Nutricional segundo o MNA®

Na tabela 18, apresenta-se a caracterização dos idosos segundo a triagem estabelecida pela aplicação do MNA®. Pela análise da mesma, pode verificar-se que 53,2% (n=205) dos idosos não teve perda de apetite nos últimos três meses e 46,5% (n=180) tiveram perda moderada de apetite. Relativamente à perda ponderal nos últimos três meses, observa-se que 92,5% (n=356) dos idosos não tiveram perdas de peso, 7% (n=27) perderam 1 a 3 kg e 0,5% (n=2) perderam mais de 3 kg. Quanto à mobilidade verifica-se que 89,1% (n=343) sai do domicílio, 9,1% (n=35) deambula mas não é capaz de sair de casa e 7 idosos estão limitados à cama ou cadeira de rodas. Dos idosos em estudo constata-se que 16,1% (n=62) passaram por algum *stress* psicológico ou doença aguda nos últimos três meses. Quanto aos problemas neuro psicológicos, estes são do tipo moderado em 26,5% (n=102) dos idosos e graves em 2,1% (n=8), os restantes idosos (71,4%; n=275) não tem diagnosticados problemas deste foro. Relativamente ao IMC apresentado constata-se que 86,5% (n=333) dos idosos tem valores superiores ou iguais a 23 pontos e 6 idosos apresentam valores inferiores a 19 pontos.

Do preenchimento da triagem obtém-se um *score* indicativo de que 289 (75%) idosos em estudo apresentam estado nutricional normal (uma vez que a pontuação é de pelo menos 12 pontos) e que aos restantes 96 idosos (25%) deve ser aplicada a avaliação global do MNA®.

Tabela 18 - Caracterização da Triagem MNA®

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa	
Perda de apetite	Perda severa de apetite	1	0,3
	Perda moderada de apetite	179	46,5
	Sem perda de apetite	205	53,2
	Total	385	100,0
Perda de peso nos últimos 3 meses	Perda superior a 3 kg	2	0,5
	Não sabe	0	0,0
	Perda entre 1 a 3 Kg	27	7,0
	Sem perda de peso	356	92,5
Total	385	100,0	
Mobilidade	Limitado à cama ou cadeira de rodas	7	1,8
	Deambula mas não é capaz de sair de casa	35	9,1
	Sai do domicílio	343	89,1
	Total	385	100,0
Algum stresse psicológico	Sim	62	16,1
	Não	323	83,9
	Total	385	100,0
Problemas neuro psicológicos	Demência ou depressão grave	8	2,1
	Demência ou depressão moderada	102	26,5
	Sem problemas	275	71,4
	Total	385	100,0
IMC	<19	6	1,6
	19 a 21	25	6,5
	21 a 23	21	5,5
	≥23	333	86,5
	Total	385	100,0

Na tabela 19, apresenta-se a caracterização amostra através da avaliação global do instrumento MNA®. Analisando a tabela observa-se que dos idosos (n=96) sujeitos a avaliação global MNA® a maioria (71,9%; n=69) vive em casa própria, 86,5% (n=83) dos idosos toma três ou mais medicamentos diferentes por dia e 24% (n=23) tem escaras ou feridas cutâneas. Relativamente à alimentação destes idosos verifica-se que a maioria (78,1%; n=75) toma três refeições completas por dia, 47,9% (n=46) teve dois registos entre: consumo diário de pelo menos uma porção de produtos lácteos; consumo semanal de pelo menos duas porções de leguminosas ou ovos e consumo diário de carne, peixe e ovos. Verifica-se ainda que 89,6% (n=86) dos idosos consome por dia pelo menos duas porções de fruta/vegetais e 51% (n=49) bebe diariamente 3 a 5 copos/chávenas de água, sumo, café, leite ou chá. Consta-se também que a maioria

dos idosos (70,8%; n=68) alimenta-se sozinho sem dificuldade, 69,8% (n=67) dos idosos acredita não ter problema nutricional, 66,7% (n=64) acredita que tem um estado de saúde pior quando se compara com outros nas mesmas condições. Quanto ao perímetro do meio braço a maioria dos idosos apresenta valores acima da média e no caso do perímetro da barriga da perna a maioria apresenta resultados que indicam deficit de massa magra.

Tabela 19 - Caracterização da Avaliação Global MNA®

O utente:	Opções de resposta	Frequência absoluta	Frequência relativa
Vive na própria casa	Não	27	28,1
	Sim	69	71,9
	Total	96	100,0
Toma mais de 3 medicamentos/dia diferentes	Sim	83	86,5
	Não	13	13,5
	Total	96	100,0
Tem escaras ou feridas cutâneas	Sim	23	24,0
	Não	73	76,0
	Total	96	100
Consome refeições completas/dia	Uma	2	2,1
	Duas	19	19,8
	Três	75	78,1
	Total	96	100,0
Consome ^a	No máximo 1 opção	12	12,5
	Duas opções	46	47,9
	As três opções	38	39,6
	Total	96	100,0
Consome dia \geq 2 porções de fruta/vegetais	Não	10	10,4
	Sim	86	89,6
	Total	96	100,0
Consome por dia água, sumo, café, leite, chá...	<3 copos/chávenas	5	5,2
	3 a 5 copos/chávenas	49	51,0
	>5 copos/chávenas	42	43,8
	Total	96	100
Alimenta-se	Não é capaz sozinho	3	3,1
	Sozinho com alguma dificuldade	25	26,0
	Sozinho sem dificuldade	68	70,8
	Total	96	100
Considera ter algum problema nutricional	Acredita estar desnutrido	1	1,0
	Não sabe	28	29,2
	Acredita não ter problema	67	69,8
	Total	96	100
Comparado com outros como classifica a própria saúde	Pior	64	66,7
	Não sabe	8	8,3
	Tão boa	23	24,0
	Melhor	1	1,0
	Total	96	100
Perímetro do meio braço	PMB<21	7	7,3
	21≤PMB≤22	7	7,3
	PMB>22	82	85,4
	Total	96	100
Perímetro barriga perna	PBP<31	72	75,0
	PBP≥31	24	25,0
	Total	96	100

^a-entre as opções: \geq 1 porção diária de lácteos; \geq 2 porções semanais de leguminosas ou ovos e Diariamente carne, peixe ou ovos

Através da pontuação total obtida pelo instrumento MNA®, classificam-se 3 (0,8%) idosos em estado desnutrido (uma mulher e dois homens), 93 (24,16%) em risco de

desnutrição (55 mulheres e 38 homens) e os restantes 289 (75%) em estado nutricional normal (161 mulheres e 128 homens).

Pela análise da tabela 20, verifica-se que nas mulheres a faixa etária com maior relevância em risco de desnutrição é entre 75 a 84 anos (n=28) e nos homens é a faixa dos 65 aos 74 anos (n=21).

Tabela 20 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e classificação MNA®

	Faixa etária	Desnutridos N (%)	Risco desnutrição N (%)	Estado nutricional normal N (%)	Total N (%)
Feminino	65 a 74 anos	0 (0,0)	14 (15,1)	79 (27,3)	93 (24,2)
	75 a 84 anos	0 (0,0)	28 (30,1)	59 (20,4)	87 (22,6)
	≥85 anos	1 (33,3)	13 (14,0)	23 (8,0)	37 (9,6)
	Total	1 (33,3)	55 (59,1)	161 (55,7)	217 (56,4)
Masculino	65 a 74 anos	2 (66,7)	21 (22,6)	64 (22,1)	87 (22,6)
	75 a 84 anos	0 (0,0)	12 (12,9)	48 (16,6)	60 (15,6)
	≥85 anos	0 (0,0)	5 (5,4)	16 (5,5)	21 (5,5)
	Total	2 (66,7)	38 (40,9)	128 (44,3)	168 (43,6)
Total		3 (100)	93 (100)	289 (100)	385 (100)

2.8- Inferência Estatística

Após a caracterização da amostra, procurou-se avaliar a relação entre o estado nutricional e dados sociodemográficos, económicos, comportamentais, clínicos e nível de independência.

O estado nutricional dos idosos foi avaliado segundo dois métodos diferentes (o cálculo do IMC e a aplicação do MNA® que são de natureza diferente e como tal apresentam resultados distintos). O IMC permite identificar os idosos com baixo peso, estado normal, sobrepeso e obesidade, por sua vez o MNA® identifica os idosos desnutridos,

em risco de desnutrição e idosos com estado nutricional normal (sem risco de desnutrição).

Na tabela 21, apresentam-se os resultados obtidos para o cruzamento entre as classificações obtidas segundo o IMC e segundo o MNA®. Analisando a tabela, verifica-se que dos 96 idosos considerados em risco de desnutrição pelo MNA, o IMC classifica em baixo peso 40,6% (n=39), estado normal 37,5% (n=36), sobrepeso 8,3% (n=8) e obesos 13,5% (n=13).

Constata-se que dos 56 idosos considerados em baixo peso pelo IMC, 17 estão classificados sem risco de desnutrição pelo MNA.

Tabela 21 - Cruzamento entre resultados do IMC e MNA®

IMC	MNA		Total
	Risco de desnutrição	Normal (sem risco de desnutrição)	
Baixo peso	39 (40,6%)	17 (5,9%)	56 (14,5%)
Normal	36 (37,5%)	127 (43,9%)	163 (42,3%)
Sobrepeso	8 (8,3%)	45 (15,6%)	53 (13,8%)
Obesidade	13 (13,5%)	100 (34,6%)	113 (29,4%)
Total	96 (100%)	289 (100%)	385 (100%)

Através da correlação de Pearson mediu-se a relação entre as classificações estabelecidas IMC e MNA, obteve-se um coeficiente de correlação significativo de 0,233 ($p=0,022$). Embora a correlação seja estatisticamente significativa, traduz uma relação entre as variáveis fraca.

2.8.1- Estado de Nutrição versus Características Sociodemográficas e Económicas

Nas tabelas 22 e 23 apresentam-se os resultados do cruzamento das variáveis sociodemográficas e económicas e do estado nutricional segundo MNA® e IMC, respetivamente.

Pela análise da tabela 22, verifica-se que o estado nutricional segundo MNA® do idoso está significativamente associado com o estado civil ($p < 0,001$), as habilitações literárias ($p = 0,002$), a coabitação ($p < 0,001$) e a solidão ($p < 0,001$). Quanto ao sexo, faixa etária, residência e rendimento suficiente não é encontrada evidência estatística, a um nível de significância de 5%, que permita afirmar que qualquer uma destas variáveis esteja estatisticamente associada ao estado nutricional do idoso segundo MNA.

Relativamente ao estado civil, são os idosos casados ou em união de facto que apresentaram maiores probabilidades (quase o triplo) de estado nutricional normal face os idosos solteiros ou divorciados ($OR = 2,925$). Inclusive os viúvos apresentam melhores indicadores de estado nutricional normal ($OR = 1,183$) que os solteiros/divorciados, embora este resultado não apresente relevância estatística.

Quanto às habilitações literárias, os idosos com escolaridade registam maior possibilidade de estado nutricional normal ($OR = 2,287$) que os idosos sem escolaridade. No que trata à coabitação verifica-se que o facto de o idoso viver sozinho ($OR = 4,777$), ou coabitar com o cônjuge ($OR = 8,350$) ou com familiares ($OR = 3,456$), potencia significativamente a possibilidade de estado nutricional normal face um idoso que viva noutra situação.

Constata-se ainda que os idosos que se sentem sozinhos às vezes ou raramente têm possibilidade de estado nutricional normal cerca de 1,5 e 4,7 vezes superior, aos idosos que habitualmente se sentem sozinhos.

Pela análise da tabela 23, verifica-se que o estado nutricional segundo IMC do idoso está significativamente associado com o estado civil ($p = 0,005$), as habilitações literárias ($p = 0,023$) e a coabitação ($p = 0,002$). Quanto ao sexo, faixa etária, residência, solidão e rendimento suficiente não foi, a um nível de significância de 5%, encontrada evidência estatística que permitisse afirmar que qualquer uma destas variáveis estivesse estatisticamente associada ao estado nutricional segundo IMC do idoso.

Relativamente ao estado civil, constata-se que são os idosos casados ou em união de facto que apresentam frequência observada superior ao esperado nos estados normal e sobrepeso, os restantes idosos apresentam nestes estados frequências inferiores ao esperado. Por outro lado, os idosos solteiros/divorciados/separados e os viúvos apresentam frequência em baixo peso superior ao esperado.

No que trata às habilitações literárias, observa-se que os idosos sem estudos apresentam frequência superior ao esperado no baixo peso e resultados inferiores aos esperados no peso normal e sobrepeso. Os idosos com estudos apresentam resultados superiores aos esperados no peso normal e sobrepeso. Destaca-se que o baixo peso é mais comum nos idosos sem estudos e o sobrepeso nos idosos com estudos.

Quanto à coabitação, os idosos que vivem sozinhos apresentam resultados superiores aos esperados no baixo peso e na obesidade. Por sua vez os idosos que vivem com os familiares ou noutra situação registam incidência de baixo peso superior ao esperado. Os idosos que coabitam com o cônjuge apresentam observações inferiores ao esperado no baixo peso e superiores ao esperado no peso normal e sobrepeso.

Assim, relativamente à hipótese 1, **“O estado nutricional dos idosos é diferente segundo a idade, sexo, estado civil, residência, escolaridade, coabitantes, perceção da solidão e rendimentos dos inquiridos”** pode-se dizer que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística para afirmar que:

- o estado nutricional avaliado através do MNA está associado às variáveis: estado civil, escolaridade, coabitantes, perceção da solidão;
- o estado nutricional avaliado através do IMC está associado às variáveis: estado civil, escolaridade e coabitantação.

Tabela 22 - Caracterização do estado nutricional segundo o MNA® em função das variáveis sociodemográficas e económicas

Variáveis sociodemográficas		Estado Nutricional			Qui-quadrado	Odds ratio
		Risco desnutrição	Normal (Sem risco desnutrição)	Total		
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)		
Sexo	Feminino	56 (54,1)	161 (162,9)	217 (217)	0,202 (0,722)	
	Masculino	40 (41,9)	128 (126,1)	168(168)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Faixa etária	De 65 a 74	37 (44,9)	143 (135,1)	180 (180)	4,148 (0,127)	
	De 75 a 84	40 (36,79)	107 (110,3)	147 (147)		
	≥ 85 anos	19 (14,5)	39 (43,5)	58 (58)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Estado Civil	S/D/S	13 (8,2)	20 (24,8)	33 (33)	16,086 (<0,001)	1†
	C/Uf	44 (60,3)	198 (181,7)	242 (242)		2,925 (0,006)
	Viúvo	39 (27,4)	71 (82,6)	110 (110)		1,183 (0,680)
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Habilitações Literárias	Sem estudos	72 (58,8)	164 (177,2)	236 (236)	10,120 (0,002)	1†
	Com estudos	24 (37,2)	125 (111,8)	149 (149)		2,287 (0,002)
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Residência	Rural	54 (49,6)	145 (149,4)	199 (199)	1,066 (0,346)	
	Urbano	42 (46,4)	144 (139,6)	186 (186)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Coabitação	Sozinho	26 (23,7)	69 (71,3)	95 (95)	20,888 (0,000)	4,777 (0,010)
	Cônjuge	36 (50,6)	167 (152,4)	203 (203)		8,350 (<0,001)
	Familiares	25 (18,2)	48 (54,8)	73 (73)		3,456 (0,042)
	Outra Situação	9 (3,5)	5 (10,5)	14 (14)		1†
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Solidão	Habitualmente	54 (33,4)	80 (100,6)	134 (134)	31,558 (<0,001)	1†
	Às vezes	20 (18,7)	55 (56,3)	75 (75)		1,456 (0,050)
	Raramente	22 (43,9)	154 (132,1)	176 (176)		4,725 (<0,001)
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Rendimento suficiente	Não	38 (43,6)	137 (131,4)	175 (175)	1,778 (0,195)	
	Sim	58 (52,4)	152 (157,6)	210 (210)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		

1† - classe de referência

Tabela 23 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis sociodemográficas e económicas

Variáveis sociodemográficas	Estado Nutricional segundo IMC				Total	Qui-quadrado
	Baixo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidade		
	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	ET(p)
Sexo	Feminino	30(61,6)	81(91,9)	36(29,9)	70(63,7)	7,439 (0,059)
	Masculino	26(24,4)	82(71,1)	17(23,1)	43(49,3)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Faixa etária	De 65 a 74	18(26,2)	78(76,2)	22(24,8)	62(52,8)	11,296 (0,080)
	De 75 a 84	25(21,4)	58(62,2)	24(20,2)	40(43,1)	
	≥ 85 anos	13(8,4)	27(24,6)	7(8,0)	11(17,0)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Estado Civil	S/D/S	10(4,8)	10(14,0)	3(4,5)	10(9,7)	18,515 (0,005)
	C/Uf	22(35,2)	112(102,5)	37(33,3)	71(71,0)	
	Viúvo	24(16,0)	41(46,6)	13(15,1)	32(32,3)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Habilitações Literárias	Sem estudos	44(34,3)	94(99,9)	28(32,5)	70(69,3)	9,570 (0,023)
	Com estudos	12(21,7)	69(63,1)	25(20,5)	43(43,7)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Residência	Rural	33(28,9)	84(84,3)	20(27,4)	62(58,4)	5,766 (0,124)
	Urbano	23(27,1)	79(78,7)	33(25,6)	51(54,6)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Coabitação	Sozinho	17(13,8)	32(40,2)	11(13,1)	35(27,9)	26,668 (0,002)
	Cônjuge	17(29,5)	99(85,9)	32(27,9)	55(59,6)	
	Familiares	16(10,6)	27(30,9)	8(10,0)	22(21,4)	
	Outra Situação	6(2,0)	5(5,9)	2(1,9)	1(4,1)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Solidão	Habitualmente	25(19,5)	52(56,7)	16(18,4)	41(39,3)	10,402 (0,109)
	Às vezes	15(10,9)	31(31,8)	7(10,3)	22(22,0)	
	Raramente	16(25,6)	80(74,5)	30(24,2)	50(51,7)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	
Rendimento suficiente	Não	24(25,5)	78(74,1)	20(24,1)	53(51,4)	1,900 (0,593)
	Sim	32(30,5)	85(88,9)	33(28,9)	60(61,6)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	

1† - classe de referência

2.8.2- Estado de Nutrição versus Comportamentos

Nas tabelas 24 e 25 apresenta-se a caracterização do estado nutricional segundo MNA e IMC, respetivamente em função das variáveis comportamentais.

Analisando a tabela 14, observa-se que o estado nutricional segundo MNA está significativamente associado ($p= 0,034$) ao consumo de álcool e que os registos de consumo de álcool com risco de desnutrição são inferiores ao esperado.

Pela determinação do *odds ratio* é possível afirmar que os idosos que consomem álcool apresentam maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos que não consomem, em cerca de 66,7%.

Relativamente ao estado nutricional segundo IMC (tabela 24) observa-se, a um nível de significância de 5%, que não está significativamente associado ao consumo de álcool nem ao consumo de tabaco.

O consumo de álcool revela-se significativo, pois verifica-se que os idosos que bebem álcool têm maiores probabilidades de estado nutricional normal face os que não bebem álcool já o consumo de tabaco não constitui fator determinante no estado nutricional dos idosos em estudo.

Assim, relativamente à hipótese 2 - **Existe associação entre o estado nutricional dos inquiridos e o consumo de tabaco e/ ou álcool**, pode-se afirmar que não existe associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional segundo o MNA e segundo o IMC dos inquiridos e o consumo de tabaco, no entanto o estado nutricional segundo MNA está significativamente associado ao consumo de álcool.

Tabela 24 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função das variáveis comportamentais

Comportamentos		Estado Nutricional segundo MNA			Qui- quadra do	Odds ratio
		Risco de desnutrição	de Sem risco de desnutrição	Total		
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)		
Consome tabaco	Sim	10 (9,2)	27 (27,8)	37 (37)	0,096 (0,842)	
	Não	86 (86,8)	262 (261,2)	348 (348)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Consome álcool	Sim	39 (48,1)	154 (144,9)	193 (193)	4,622 (0,034)	1†
	Não	57 (47,9)	135 (144,1)	192 (192)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		

1† - classe de referência

Tabela 25 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis comportamentais

Comportamentos	Estado Nutricional segundo IMC					Total	Qui- quadro ET(p)
	Baixo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidade			
	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)		
Consome tabaco	Sim	10(5,4)	15(15,7)	5(5,1)	7(10,9)	37 (37)	5,935 (0,115)
	Não	46(50,6)	148(147,3)	48(47,9)	106(102,1)	348 (348)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	
Consome álcool	Sim	26(28,1)	92(81,7)	21(26,6)	54(56,6)	193 (193)	5,493 (0,139)
	Não	30(27,9)	71(81,3)	32(26,4)	59(56,4)	192 (192)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	

1† - classe de referência

2.8.3- Estado de Nutrição versus Características Clínicas

Nas tabelas 26 e 27 apresenta-se os resultados da caracterização do estado nutricional segundo MNA e IMC, respetivamente, em função das variáveis clínicas.

Analisando a tabela 26, constata-se que o estado nutricional segundo MNA do idoso está significativamente associado ao número de medicamentos diferentes tomados por dia ($p < 0,001$), associado também à ocorrência de hospitalizações recorrentes ($p < 0,001$), à frequência das hospitalizações ($p = 0,007$) e ao estado de dentição ($p < 0,001$).

Relativamente ao número de medicamentos diferentes tomados por dia verifica-se que o idoso que ingere menos de cinco tem cerca de 3,3 mais probabilidades de estado nutricional normal que o idoso que ingere mais de dez medicamentos, assim como os idosos que ingerem cinco a dez medicamentos por dia apresentaram cerca de 2,2 mais probabilidades de estado nutricional normal que os idosos que ingerem mais de dez medicamentos.

A não existência de hospitalizações recorrentes potencia em cerca de 2,8 a possibilidade de o idoso estar em estado nutricional normal. No caso dos idosos com hospitalização verificou-se que aqueles que estiveram internados uma vez ou internados raramente apresentam possibilidade de estado nutricional normal cerca de 4 vezes superior, aos idosos que estiveram hospitalizados duas vezes.

Quanto ao estado da dentição verificou-se que todos os idosos com dentição própria, artificial e própria com artificial apresentam maiores probabilidades de estado nutricional normal comparativamente aos idosos sem dentição.

Assim, pode inferir-se que o elevado número de medicamentos diariamente ingeridos, a existência de hospitalização, o número de hospitalizações e a falta de dentição são fatores explicativos do risco de desnutrição segundo o instrumento MNA.

Relativamente ao estado nutricional segundo IMC (tabela 27) verifica-se que, a um nível de significância de 5%, este está associado ao estado da dentição ($p < 0,001$). Quanto às outras variáveis: problemas de saúde, número de patologias, medicamentos por dia, hospitalizações recorrentes e frequência das hospitalizações não foi possível, a um nível de significância de 5%, encontrar evidência estatística suficiente para afirmar que estas variáveis estivessem significativamente associadas ao estado nutricional segundo IMC.

Assim, relativamente às hipóteses:

H3- Há associação entre o estado nutricional e a polimedicação na população em estudo.

H4- Há associação entre o estado nutricional e a multipatologia dos inquiridos.

H5- Há associação entre o estado nutricional e a existência de hospitalizações recorrentes nos inquiridos.

H6- Existe associação entre o estado de dentição dos inquiridos e o estado nutricional.

Pode-se constatar que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística para afirmar que:

- O estado nutricional segundo MNA está significativamente associado à polimedicação, à existência de hospitalizações recorrentes e ao estado de dentição dos inquiridos e não está significativamente associado à multipatologia.
- O estado nutricional segundo IMC está significativamente associado ao estado da dentição.

Tabela 26 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função das variáveis clínicas

Variáveis clínicas		Estado Nutricional segundo MNA		Total	Qui-quadrado	Odds ratio
		Risco de desnutrição	Sem risco de desnutrição			
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	ET(p)	OR (p)
Problema de saúde	Sim	96 (95,0)	285 (286,0)	381 (381)	(0,576) ^a	
	Não	0 (1,0)	4 (3,0)	4 (4)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Nº patologias	Uma	11 (12,3)	38 (36,7)	49 (49)	3,770 (0,159)	
	Duas a quatro	59 (64,3)	196 (190,7)	255 (255)		
	≥ Cinco	26 (19,4)	51 (57,6)	77 (77)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Medicamentos dia	<Cinco	22 (32,7)	109 (98,3)	131 (131)	15,184 (<0,001)	3,272 (0,001)
	Cinco a dez	37 (39,4)	121 (118,6)	158 (158)		2,160 (0,007)
	>Dez	35 (21,9)	53 (66,1)	88 (88)		1†
	Total	94 (94)	283 (283)	377 (377)		
Hospitalizações recorrentes	Sim	39 (23,7)	56 (71,3)	95 (95)	15,504 (<0,001)	1† 2,847 (<0,001)
	Não	57 (72,3)	233 (217,7)	290 (290)		
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		
Frequência hospitalizações	Uma	21 (28,3)	48 (40,7)	69 (69)	13,595 (<0,001)	4,000 (0,007)
	Duas	14 (9,0)	8 (13,0)	22 (22)		1†
	>Duas	4 (1,6)	0 (2,4)	4 (4)		-----
	Total	39 (39)	56 (56)	95 (95)		
Dentição	Própria	31 (42,1)	138 (126,9)	169 (169)	29,398 (<0,001)	5,857 (0,000)
	Artificial	19 (17,0)	49 (51,0)	68 (68)		3,393 (<0,001)
	Própria+Artificial	21 (25,9)	83 (78,1)	104 (104)		5,201 (<0,001)
	Sem dentição	25 (11,0)	19 (33,0)	44 (44)		1†
	Total	96 (96)	289 (289)	385 (385)		

1† - classe de referência; ^a - utilizou-se teste exato de Fisher

Tabela 27 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função das variáveis clínicas

Variáveis clínicas	Estado Nutricional segundo IMC				Total	Qui-quadrado	
	Baixo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidade			
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	ET(p)	
Problema de saúde	Sim	56(55,4)	161(161,3)	52(52,4)	112(111,8)	381 (381)	
	Não	0(0,6)	2(1,7)	1(0,6)	1(1,2)		4 (4)
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)		
Patologia	Uma	7(7,2)	24(20,7)	5(6,7)	13(14,4)	49 (49)	
	Duas a quatro	36(37,5)	112(107,8)	39(34,8)	68(75,0)	255 (255)	
	≥ Cinco	13(11,3)	25(32,5)	8(10,5)	31(22,6)	77 (77)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	
Medicamentos dia	<Cinco	20(19,5)	60(54,9)	16(18,1)	35(38,6)	131 (131)	
	Cinco a dez	22(23,5)	70(66,2)	24(21,8)	42(46,5)	158 (158)	
	>Dez	14(13,1)	28(36,9)	12(12,1)	34(25,9)	88 (88)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	377 (377)	
Hospitalizações recorrentes	Sim	19(13,8)	34(40,2)	11(13,1)	31(27,9)	95 (95)	
	Não	37(42,2)	129(122,8)	42(39,9)	82(85,1)	290 (290)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	
Frequência hospitalizações	Uma	13(13,8)	24(24,7)	9(8,0)	23(22,5)	69 (69)	
	Duas	4(4,4)	8(7,9)	2(2,5)	8(7,2)	22 (22)	
	>Duas	2(0,8)	2(1,4)	0(0,5)	0(1,3)	4 (4)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	95 (95)	
Dentição	Própria	18(24,6)	75(71,6)	20(23,3)	56(49,6)	169 (169)	
	Artificial	13(9,9)	24(28,8)	10(9,4)	21(20,0)	68 (68)	
	Própria+Artificial	11(15,1)	50(44,0)	16(14,3)	27(30,5)	104 (104)	
	Sem dentição	14(6,4)	14(18,6)	7(6,1)	9(12,9)	44 (44)	
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	

1† - classe de referência; ^a - utilizou-se teste exato de Fisher

2.8.4- Estado de Nutrição versus Nível de Independência

Nas tabelas 28 e 29 apresenta-se a caracterização do estado nutricional segundo MNA e IMC, respetivamente, em função do estado de independência do idoso.

Analisando a tabela 18, verifica-se que o estado nutricional segundo MNA está significativamente associado ($p < 0,001$) ao estado de independência.

Pode observar-se que os registos de dependência ligeira a moderada com risco de desnutrição foram superiores ao esperado.

Pela determinação do *odds ratio* é possível afirmar que os idosos independentes apresentaram maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos com dependência ligeira a moderada, em cerca de 10 vezes.

Analisando a tabela 29, verifica-se que o estado nutricional segundo IMC a um nível de significância de 5%, está significativamente associado ($p = 0,002$) ao estado de independência.

Também se observa que os registros de dependência ligeira a moderada com baixo peso foram superiores ao esperado e inferiores nas restantes classes do IMC.

Assim, relativamente à hipótese 7, **o estado nutricional dos idosos é diferente segundo o nível de independência**, pode-se comprovar que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística para afirmar que o estado nutricional segundo MNA e também segundo IMC é diferente segundo o nível de independência do idoso.

Tabela 28 - Caracterização do estado nutricional segundo MNA® em função do estado de independência do idoso

Barthel		Estado Nutricional segundo MNA			Total	Qui-quadrado	Odds ratio
		Risco de desnutrição	Sem risco de desnutrição				
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)			
Nível de independência	Ligeiro a moderado	34 (12,0)	15 (37,0)	49 (49)	ET(p)	1†	
	Independente	60 (82,09)	274 (252)	334 (334)	61,016 (<0,001)	10,351 (<0,001)	
	Total	94 (94)	289 (289)	383 (383)			

1† - classe de referência

Tabela 29 - Caracterização do estado nutricional segundo IMC em função do estado de independência do idoso

Barthel		Estado Nutricional segundo IMC				Total	Qui-quadrado
		Baixo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidade		
		fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)	fo(fe)		
Nível de independência	Ligeiro a moderado	16(7,2)	17(20,7)	6(6,7)	10(14,5)	49 (49)	
	Independente	40(48,8)	145(141,3)	46(45,3)	103(98,5)	334 (334)	14,912 (0,002)
	Total	56(56)	163(163)	53(53)	113(113)	385 (385)	

1† - classe de referência

3- Discussão dos Resultados

A relevância do presente estudo assenta na importância da malnutrição como fator de vulnerabilidade na população idosa, que é referenciada pela comunidade científica como situação prevalente na comunidade, nas instituições hospitalares e nas estruturas residenciais para idosos.

Para a avaliação do estado nutricional dos idosos, o estudo desenvolvido integrou dois parâmetros, um focado na avaliação através do cálculo do IMC, o outro na avaliação por meio de um instrumento internacional de referência e validado para a população portuguesa, o MNA®.

Considerando as opções metodológicas, os resultados obtidos são consistentes com os descritos em estudos de natureza idêntica realizados em todo o mundo, podendo, assim, ser constatada a adequação dos critérios de seleção amostral e alguma especificidade das opções utilizadas para a avaliação do estado nutricional.

Em relação às características sociodemográficas e económicas verifica-se que 56,4% dos idosos que participam no estudo são mulheres e 43,6% são homens. Observa-se uma ligeira predominância do sexo feminino, estando a distribuição por sexo na amostra em consonância com a população alvo do estudo (SINUS, 2015), bem como com a realidade demográfica do país onde, nas idades mais avançadas predominam as pessoas do sexo feminino. De facto, de um total de pessoas com 65 e mais anos 58,9% pertencem ao sexo feminino (Pordata, 2016).

A amostra recolhida, é maioritariamente composta por idosos do meio rural (51,7%), é casada ou vive em união de facto (62,9%), coabita com o cônjuge e / ou familiares (71,7%) e o rendimento é proveniente da pensão de velhice (70,6%), resultados que o que retratam a realidade dos idosos residentes no concelho em estudo.

Quanto à escolaridade 26% dos idosos são analfabetos e os restantes (74%) têm baixa escolaridade. Os dados apurados estão de acordo com os descritos nos censos 2011 para

a população em estudo (INE, 2011) e são sobreponíveis aos descritos por Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais e Veríssimo (2010) para a população portuguesa.

Em relação aos comportamentos, e no que diz respeito aos hábitos etanólicos, verifica-se que são maioritariamente os inquiridos do sexo masculino (50,1%) a consumir bebidas alcoólicas e a apresentar hábitos de ingestão diários. Quanto ao consumo de tabaco, verifica-se que a quase totalidade da amostra (90,4%) não apresenta hábitos tabágicos, o que é consistente com os dados publicados por Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais e Veríssimo (2010), no Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, mas dissonante com o descrito no estudo European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), em que a percentagem de indivíduos não fumadores era inferior ao encontrado no presente estudo (Buckland, et al.,2010).

Na amostra em estudo 99,0% dos idosos afirma ter problemas de saúde, sendo os mais prevalentes a hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, diabetes, problemas emocionais e doença gastrointestinal. Também em outras investigações, como a de Banhoto, Silva, Magalhães e Mota (2008), a maioria dos idosos (78,8%) referiu ter problemas de saúde e as patologias mais frequentes foram: hipertensão arterial, reumáticas, cardiovascular e diabetes. Ainda na investigação de Afonso, Morais e Almeida (2012) observou-se que 89% dos idosos a viver em comunidade referem padecer de doenças, sendo mais prevalentes as doenças ósseas seguidas de hipertensão arterial, dislipidémias e doença cardíaca.

Dos idosos em estudo, constata-se que a maioria (66,9%) padece de duas a quatro patologias diagnosticadas seguindo-se os que sofrem de pelo menos cinco patologias (20,2%). Numa investigação realizada em 1991, por Saint-Jean, Bérigaud e Bouchon, concluiu-se que o número de problemas crónicos que coexistem na mesma pessoa vai aumentando à medida que a idade avança. Mais tarde, em 1997, Broeiro e Ramos afirmam que a multipatologia e as suas consequências poderão vir a ser um problema de saúde pública e dos sistemas de saúde, atendendo ao crescente envelhecimento da população.

De acordo com Moraes (2012) a multipatologia é comum no idoso e constitui um dos principais fatores de risco para iatrogenia. Este autor refere que idosos com idade igual ou superior a 80 anos, com multipatologia, polimedicação, história de hospitalizações

recentes, emagrecimento significativo não intencional ($\geq 4,5\text{kg}$ ou $\geq 5\%$ do peso corporal total no último ano) ou risco psicossociofamiliar elevado apresentam alto risco para o desenvolvimento de incapacidades, sendo considerados portadores de declínio funcional iminente.

Segundo Oliveira (2008) e Yim e Graham (2009) com o aumento da proporção de idosos na população em geral, vai haver um franco predomínio destes com multipatologias e polimedicados a recorrer aos serviços de urgência quer de CSP quer hospitalares, e, nas consultas do Médico de Família, bem como um aumento na necessidade de cuidados domiciliários (área da saúde e sociais). Com efeito, corroborando com Zaida Azeredo (2014) atualmente, os cuidados domiciliários realizados nos CSP são sobretudo dirigidos a idosos e a pessoas com grau de dependência elevado, sofrendo de patologias (frequentemente de multipatologias) sobretudo de foro crónico-degenerativo.

Em 2000, Mateus num dos seus estudos aponta que a multipatologia é muito comum em idosos e está intimamente relacionada ao uso de vários medicamentos em simultâneo para tratar condições clínicas coexistentes. Alude ainda que a multipatologia aumenta o número de efeitos adversos dos medicamentos, com o conseqüente aumento da iatrogenia. Numa investigação realizada por Simkins (2007) concluiu que são os idosos os grandes consumidores dos serviços de saúde, principalmente pelas situações clínicas mais complexas (multipatologia) e necessidades de mais cuidados (associada à maior dependência funcional) e, por acréscimo, também, são os grandes consumidores de medicamentos.

Pelo exposto, a abordagem da multipatologia é uma área a privilegiar nos cuidados de saúde primários, pois o aumento do número de doenças implica o recurso a um maior número de medicamentos e utilização dos serviços de saúde.

Relativamente à medicação, verifica-se que 97,9% dos idosos toma medicação diária. Destes, 41,9% toma 5 a 10 medicamentos por dia e 23,3% toma mais de 10 medicamentos. Constata-se assim, a presença de polimedicação na maioria dos idosos deste estudo. De acordo com as conclusões do estudo de Pfrimer e Ferrioli realizado em 2009, a polimedicação pode influenciar negativamente a nutrição dos idosos; o uso de múltiplos medicamentos pode influenciar a ingestão, a digestão, a absorção, o

metabolismo e a excreção de nutrientes e para além disso, a prescrição de fármacos de diferentes grupos farmacêuticos aumenta também o risco de interações medicamentosas que podem ter efeitos negativos.

Atualmente, diversos estudos apontam diferentes valores para a prevalência da polimedicação, consoante o local onde são feitos e os critérios que adotam. Há referência a valores de 40% em residentes em lares de idosos nos EUA (Dwyer, Han, Woodwell & Rechtsteiner, 2010). Noutro estudo, também nos EUA, realizado por Johnell, Weitoft e Fastbom (2009), foi descrito que 60% dos idosos toma cinco ou mais medicamentos e cerca de 20% faz dez ou mais medicamentos diariamente.

Resultados semelhantes aos deste estudo são os de Jyrkka et al. (2009) que efetuaram uma pesquisa na Suécia, com idosos, e nessa amostra, 43% tomavam menos que cinco medicamentos, 34% cinco a nove e 23% dez ou mais. Noutro estudo cujo objetivo visava a avaliação dos resultados de uma revisão da medicação por médicos geriatras num lar de idosos no Hawaii, identificou que 46,2% dos utentes tomavam nove ou mais medicamentos, 68% dos quais com posologia fixa e 32% conforme as necessidades (Tamura, Bell, Lubimir, Iwasaki, Ziegler & Masaki, 2011). Também numa pesquisa feita na Austrália, 81% dos idosos que entraram na urgência estavam polimedicados e 43,6% tinham polimedicação excessiva (Yong, Lau, Li, Hakendorf & Thompson, 2012). Num estudo, realizado em 2011, em Olhão, por Sousa, Pires, Conceição, Nascimento, Grenha e Braz, de uma amostra composta por 51 idosos de um centro de dia, 63% tomavam 5 ou mais medicamentos, e 6% tomavam mais de 10. Corroborando a opinião destes autores, deverão ser criadas estratégias preventivas e programas de intervenção, para que se consigam reduzir os custos associados à polimedicação e contribuir para a melhoria da saúde da população detetando e evitando o consumo desnecessário de medicamentos.

Pelo aumento da população idosa, acréscimo do número de patologias associado ao envelhecimento e da quantidade de fármacos disponíveis e necessários para a tratar, o problema da polimedicação ameaça assumir proporções preocupantes. Muitas das vezes, este problema, pelo seu carácter progressivo, escapa à atenção dos profissionais de saúde. Assim, é fundamental e imprescindível uma maior atenção aos utentes

polimedicados uma vez que o uso indiscriminado e excessivo de medicamentos pode expô-los a efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas.

Relativamente ao estado de dentição, constata-se que 43,1% dos idosos possui dentição própria incompleta, 27% possui dentição própria mais artificial, 15,8% tem dentição artificial completa e 11,4% não possui qualquer tipo de dentição, realçando desta forma, uma dentição comprometida na amostra em estudo. Durante a última década, vários estudos têm demonstrado que a saúde oral pode ser considerada um indicador de risco de má alimentação e nutrição, prejudicando, conseqüentemente, a qualidade de vida, especialmente das pessoas idosas (Samnieng, Ueno, Kayoko, Zaitzu, Wright & Kawaguchi, 2011). Uma investigação levada a cabo por Lee, Weyant, Corby, Kritchevsky, Harris, Rooks, et al. (2004) concluiu que os idosos com menos peças dentárias, dentes com mobilidade avançada ou edêntulos, por reportarem dificuldades em mastigar alimentos de consistência dura e fibrosa, são conhecidos por serem particularmente propensos a terem uma alimentação menos rica em nutrientes.

Outra investigação, realizada por Ritchie, Joshipura, Hung e Douglass, em 2002, expõe que a perda de dentes pode influenciar negativamente a mastigação, a deglutição, a seleção e a qualidade dos alimentos, diminuindo o interesse e o prazer do idoso em alimentar-se, facto que poderá causar um forte impacto na qualidade de vida. De acordo com o estudo de Butz-Jorgensen (1999) nos idosos com perda dentária parcial ou total, a terapia protética é importante para manter ou restaurar a função mastigatória. No entanto, constata-se que a perda dentária não é satisfatoriamente compensada por próteses removíveis, uma vez que os pacientes portadores de próteses totais têm aproximadamente 10-20% da eficiência mastigatória dos indivíduos com dentição completa, logo, está longe de ser equivalente a uma pessoa com a dentição natural completa. Compreende-se assim, que a preservação de dentes naturais saudáveis seja um objetivo importante, uma vez que os dentes são um pré-requisito para efetuar a mastigação e a preparação dos alimentos para a deglutição e digestão. Pelo exposto, proporcionar uma educação oral e nutricional em todas as fases do ciclo de vida, é nesta perspetiva, essencial, devendo-se inculcar a importância da higiene oral regular e aconselhar a vigilância periódica pelos Médicos Dentistas.

Para a caracterização nutricional, de acordo com autores, como Delacorte, Moriguti, Matos, Pfriner, Marchini e Ferriolli (2004), não existe um método de avaliação nutricional considerado um Gold Standard, pelo que, como referido anteriormente, no presente estudo, foram utilizados parâmetros antropométricos e o MNA® para estabelecer a avaliação nutricional dos participantes.

Em relação aos parâmetros antropométricos, o IMC é o parâmetro mais utilizado universalmente, no entanto, de acordo com Cervi, Franceschini e Priore (2005) ainda não há uma definição clara dos pontos de corte para a classificação do IMC, para os idosos. Neste estudo a classificação utilizada para o IMC teve por base o facto de ser indicada para pessoas com idade superior a 65 anos e com detalhe para as categorias abaixo e acima da eutrofia, sendo utilizada a classificação da Organização Pan Americana de Saúde- OPAS (2002).

Neste estudo, verifica-se que segundo a classificação utilizada 42,34% de idosos têm peso adequado, 29,35% apresentam obesidade, 13,77% têm sobrepeso e 14,54% possuem baixo peso, verificando-se maior prevalência de obesidade e sobrepeso nas mulheres. Os resultados obtidos no presente estudo são concordantes com o descrito noutros estudos científicos (Hollander, Zutphen, Bogers, Bemelmans & Groot, 2012), onde há referência a 75% da população idosa apresentar valores de IMC superiores a 23Kg/m². Também concordantes com este estudo estão os dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (2000), que refletiam uma percentagem de 30,5% de obesidade e verificando também uma maior prevalência de obesidade entre as mulheres idosas comparativamente com os homens idosos. Outra pesquisa realizada por Soini, Routasalo e Lagstrom (2004) em idosos de uma zona rural da Finlândia que vivem em suas casas mas com apoio domiciliário, permitiu, através do cálculo do IMC observar que 30% tinham IMC > 30 Kg/m², valor também semelhante ao do presente estudo. A elevada prevalência de obesidade e sobrepeso encontrada nos idosos em estudo é um dado preocupante devido às inúmeras consequências que daí podem advir. A pesquisa de Dorner e Rieder (2012) expõe que o comprometimento da capacidade funcional, particularmente relacionada à mobilidade, é significativamente maior em idosos obesos e com sobrepeso em relação a idosos eutróficos. Esta pesquisa concluiu que o sobrepeso em idosos não se associa ao aumento da mortalidade geral. Em idosos

com insuficiência cardíaca o sobrepeso e a obesidade associam-se à redução da mortalidade em relação aos idosos com peso normal. Os pacientes com peso abaixo ou no limite inferior da normalidade apresentam aumento da mortalidade geral. Contudo, embora muitos estudos demonstrem mais sobrevida em obesos portadores de insuficiência cardíaca, a qualidade de vida pode ser comprometida pela obesidade.

A pesquisa de Adams, Schatzkin, Harris, Kipnis Mouw, Ballard-Barbash et al. (2006) também concluiu que o sobrepeso reduz a mortalidade por todas as causas em idosos e expõe que a redução da mortalidade observada em idosos gera um paradoxo ao ir contra as evidências em jovens. No entanto, o estudo de Stephen e Janssen (2009) concluiu que a obesidade causa complicações clínicas graves, com consequente aumento da morbidade, impacto na qualidade de vida e morte prematura. Outra investigação de Folsom, Kushi, Anderson, Mink, Olson, Hong, et al (2000) apontou que o sobrepeso e a obesidade são conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Apesar da importância dos dados sobre mortalidade, também a compressão da incapacidade tem importante papel na qualidade de vida dos idosos.

A pesquisa de Al Snih, Ottenbacher, Markides, Kuo, Eschbach e Goodwin (2007), com 8.359 americanos independentes e sem incapacidades, provenientes de cinco centros do Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly, fez interessante análise sobre o tema após detetar aparecimento de incapacidades durante o período de seguimento de sete anos. O IMC inicial igual a 24 estava associado a baixo risco de incapacidade. Já os valores extremos de IMC ($<18,5$ ou ≥ 30) exibiam riscos mais elevados de desenvolver incapacidade. Ao analisar as duas variáveis (incapacidade e mortalidade), a expectativa de vida livre de incapacidade foi maior nos indivíduos com IMC entre 25 e 30. No estudo holandês de Walter, Kunst, Mackenbach, Hofman e Tiemeier (2009), com 5980 idosos, detetou-se que o aumento de peso está associado a alta incidência e persistência de incapacidade para atividades da vida diária bem como valores mais elevados de anos de vida perdidos por incapacidade.

Uma investigação realizada por Miller, Nicklas, Davis, Loeser, Lenchik e Messier (2006) concluiu que aliado ao real benefício da perda de peso no controle da

hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, osteoartrite e doença vascular periférica, a recomendação para os idosos perderem peso não é simples.

De acordo com Miller, Nicklas, Davis, Loeser, Lenchik e Messier (2006,p.72):

as perdas de peso não intencionais em idosos devem ser valorizadas, mesmo entre aqueles que estão acima do peso normal. Sobrepeso associado a alterações metabólicas ou sintomas de difícil controlo sugere a necessidade de um programa de perda de peso. O objetivo do programa de perda de peso deve ser atingir perdas modestas, resultando em melhora na condição de saúde relacionada ao excesso de peso. Esse efeito é bem nítido nos pacientes com osteoartrite de joelho.

Uma pesquisa de Halter (2008) salienta, ainda, que idosos submetidos a um programa de perda de peso apresentam perdas de tecido ósseo e massa muscular nas mesmas proporções dos jovens. Contudo, como eles iniciam o programa com níveis proporcionalmente reduzidos desses tecidos, perdas excessivas de massa muscular e óssea podem aumentar o risco de fratura ou de sarcopenia. Os programas de perda de peso devem ser evitados ou interrompidos em situações de alto risco de perda involuntária de peso. Em idosos frágeis o risco de um programa de redução de peso é mais alto ainda. Em 2013, o estudo de Santos, Bicalho, Mota, Oliveira e Moraes, destaca a importância da avaliação do estado nutricional como parte integrante da avaliação multidimensional do idoso. Concluiu, que o sobrepeso é benéfico para os idosos e que a prioridade é reconhecer e controlar as comorbidades diretamente relacionadas ao sobrepeso, assim como evitar ganhos ou perdas involuntárias de peso entre os idosos.

Ao efetuar a análise por grupos quanto à idade e sexo verifica-se que os mais velhos de ambos os sexos tinham valores de IMC mais baixos. Este resultado é concordante com os resultados do estudo de Corish e Kennedy (2003) que numa amostra de 874 pessoas idosas a viver na comunidade verificou que à medida que aumenta a idade, diminui o IMC e a MMC, enquanto a MGC apenas diminui nas mulheres.

Jensen e Berg (2004) aludem que a obesidade é frequente até aos 80 anos, ponto a partir do qual a sua prevalência decresce rapidamente, associada à perda de peso e aumento da mortalidade. Os dados deste estudo vêm corroborar esta afirmação, observando-se uma diminuição do número de mulheres (9) e homens (2) obesos na faixa etária ≥ 85 anos.

Alguns resultados do estudo publicado por Hollander, Zutphen, Bogers, Bemelmans e Groot (2012) apontaram que o IMC, quando analisado como variável contínua nos idosos entre 70-75 anos, está associado com todas as causas de mortalidade. Foi o IMC de 27 kg/m² o que apresentou mais baixo risco, aumentando significativamente acima de 31 kg/m² e abaixo de 21 kg/m².

Neste estudo, verifica-se que o estado nutricional segundo o IMC está significativamente associado ao estado civil, escolaridade, coabitação, estado da dentição e ao nível de independência do idoso.

Em relação ao PB, verifica-se que a maioria de homens e mulheres apresentam resultados acima da média, o que está concordante com o descrito no estudo de validação do MNA[®] para a população portuguesa (Loureiro,2008). Podemos relacionar este facto como sendo a mais representativa da camada adiposa subcutânea, por ser a uma parte corporal menos ativa nas pessoas idosas (Acunã & Cruz, 2004).

No que diz respeito ao PG, verificam-se resultados idênticos para deficit (48.05%) e normalidade (51,94%) de massa magra em cada género. Os dados observados são superiores aos encontrados nos idosos do estudo de validação do MNA[®] para a população portuguesa, uma vez que os autores referem uma percentagem de 35% de pessoas idosas com PG baixo (inferior a 31cm) (Loureiro,2008).Em relação ao PG este parâmetro emerge como sinalizador menos flutuante da massa magra corporal, o que está de acordo com a WHO que recomenda esta medição nas pessoas idosas para avaliar a perda de MIG (Onis & Habicht,1996).

Quanto ao PC verifica-se que a maioria dos utentes (58,44%) apresenta risco muito aumentado de complicações metabólicas, destacando-se o elevado número de mulheres nestas circunstâncias. Uma meta-análise publicada em 2012, também por Hollander, Zutphen, Bogers, Bemelmans e Groot, que envolveu mais de 58000 idosos entre os 65-74 anos, mostrou que um perímetro da cintura igual ou superior a 88 cm nas mulheres e

102 cm nos homens estava associado a um aumento da mortalidade por todas as causas, incluindo a doença cardiovascular, em qualquer categoria de IMC superior a 20 kg/m².

No que diz respeito ao MNA®, foi referido ao longo deste trabalho como sendo um instrumento que se encontra validado para pessoas idosas, a nível mundial e em Portugal, sendo recomendada pela ESPEN para efeitos de investigação e intervenção (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth,2002; Loureiro,2008).

A sua aplicação na amostra em estudo permite identificar 3 idosos desnutridos, 93 em risco de desnutrição e 289 em estado nutricional normal. Apesar de a prevalência de desnutrição encontrada ser baixa, a de idosos em risco nutricional é preocupante.

Vários estudos têm sido feitos utilizando o MNA®, no entanto os resultados variam de acordo com o local de permanência da população idosa avaliada. De uma forma geral, pode-se dizer que na comunidade, os níveis de desnutrição são mais baixos, rondando os 0,7 a 5,8% (Morley,2011) o que está de acordo com os dados encontrados nesta amostra. Um estudo efetuado, nos lares e nos centros de dia de Torre de Moncorvo, por Rodrigues e Amaral (2011) aponta uma prevalência de 2,2% de idosos desnutridos e de 8,4% em risco de desnutrição pelo MNA, sendo este último substancialmente inferior ao encontrado nesta amostra. Outro estudo realizado por Soini, Routasalo e Lagstrom (2004) em idosos de uma zona rural da Finlândia que vivem em suas casas mas com apoio domiciliário, apresentou, através do MNA, uma frequência de desnutrição (3%) e risco de desnutrição (48%), superior aos resultados encontradas na amostra em estudo.

Uma investigação realizada em 2004, por Hajjar et al., salienta que os níveis de conhecimento e a consciência geral que cerca a questão da desnutrição permanecem ainda reduzidos entre os prestadores de cuidados de saúde. Como consequência, a desnutrição continua a ser sub-reconhecida e sub-tratada, apesar da existência de diretrizes de tratamento. Estudos de grande escala no Reino Unido e Holanda têm mostrado que cerca de 1 em cada 4 pacientes estão em risco de desnutrição após admissão hospitalar e muitos mais não são diagnosticados devido ao rastreio inadequado (Meijers et al.,2009).

Verifica-se neste estudo, que o estado nutricional segundo MNA®, está significativamente associado com o estado civil, escolaridade, coabitação, solidão, consumo de álcool, polimedicação, existência de hospitalizações recorrentes, estado de

dentição e ao nível de independência do idoso. Alguns destes dados são concordantes com os referidos na literatura, em que o baixo nível educacional e a solidão estão diretamente relacionados com o elevado risco de desenvolver desnutrição, principalmente em população idosa (Anand, Raper & Tong, 2006).

Ao analisar a correlação entre os diferentes níveis do *score* do MNA® e os parâmetros antropométricos, verifica-se que a valores de MNA® indicativos de risco de desnutrição correspondem valores baixos de índice de massa corporal. Estes dados são coerentes, uma vez que é espectável que a pessoa idosa com risco ou com desnutrição já instalada apresente baixo peso.

Considerando o MNA® e o IMC instrumentos que permitem a avaliação do estado nutricional dos idosos é natural e previsível uma correlação positiva e significativa (Medina Mesa & Dapcich, 2004). No presente estudo foi encontrada uma correlação positiva e significativa e vários são os estudos desenvolvidos com idosos que também conseguiram demonstrar essa correlação significativa entre o MNA® e o IMC (Guigoz, Lauque, Vellas, 2002; Ferry, Alix, Brocker, Constans, Lesourd, Mischlich, et. al., 2006; Vellas, Villars, Abellan, Soto, Rolland, Guigoz, et al., 2006).

Neste estudo, dois parâmetros identificaram o estado nutricional dos idosos, o IMC e o MNA®. O IMC revelou situações de eutrofia, desnutrição e sobrenutrição e o MNA® identificou situações de desnutrição, risco de desnutrição e estado nutricional normal. A utilização destes instrumentos na comunidade permitiu concluir a presença de malnutrição em mais de metade da amostra. A elevada prevalência de situações de malnutrição e de risco de desnutrição, realça a importância da prática protocolada da avaliação nutricional e da identificação do risco nutricional, da sensibilização e motivação dos profissionais de saúde, da literacia dos cidadãos e da consciencialização pública sobre esta problemática.

Assim, a avaliação do estado nutricional permite identificar os idosos que possam beneficiar de uma intervenção nutricional adequada e atempada.

4- Conclusões do Estudo

Cabe agora, tecer as considerações finais, resumindo dados abordados nos capítulos anteriores.

A evidência científica de que a malnutrição é um grave problema da saúde pública, com implicações dramáticas na saúde individual e coletiva é consistente e consensual. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito da prevenção da malnutrição, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde.

A amostra deste estudo é composta por 385 idosos, representativos da distribuição por sexo e faixa etária da população alvo, sendo que 56,4% são mulheres e 43,6% são homens;

Como principais resultados e segundo o IMC, evidencia-se uma acentuada prevalência de malnutrição (57,66%), rastreando-se 43,11% dos idosos como sobrenutridos e 14,54% desnutridos. Através da aplicação do MNA® identificam-se 25% de situações de risco nutricional.

Relativamente às principais características sociodemográficas, económicas, comportamentais, clínicas e estado funcional dos idosos malnutridos, conclui-se que:

- 61,26% (136) são mulheres e 38,74% (86) são homens.
- Em ambas as situações de malnutrição (sobrenutrição e desnutrição) a prevalência é maior nas mulheres.
- A malnutrição diminui com a idade; É na classe etária dos mais velhos que se verifica menor prevalência de malnutrição:
 - 45,95% (102) são da classe etária 65-74 anos(55 mulheres e 47 homens);
 - 40,09% (89) são da classe etária 75-84 anos (56 mulheres e 33 homens);
 - 13,96% (31) da classe etária com pelo menos 85 anos(25 mulheres e 6 homens).
- Dos 25% de idosos que apresentam risco nutricional segundo o MNA®:
 - 35 são da classe etária 65-74 anos(14 mulheres e 21 homens);
 - 40 são da classe etária 75-84 anos (28 mulheres e 12 homens);
 - 18 são da classe etária com pelo menos 85 anos (5 mulheres e 13 homens).
- Dos idosos em risco de desnutrição a maioria vive em casa própria, toma três ou mais medicamentos diferentes por dia, consome três refeições completas por dia,

consome pelo menos duas porções de fruta/vegetais por dia, acredita não ter problemas nutricionais e pensam que o seu estado de saúde é pior que o dos outros em idêntica situação.

- O estado nutricional segundo MNA®, está significativamente associado com o estado civil, escolaridade, coabitação, solidão, consumo de álcool, polimedicação, existência de hospitalizações recorrentes, estado de dentição e ao nível de independência do idoso.
- O estado nutricional segundo o IMC está significativamente associado ao estado civil, escolaridade, coabitação, estado da dentição e ao nível de independência do idoso.

Relativamente a fatores de risco é possível concluir que:

- Ser solteiro/divorciado/separado, não ter estudos, coabitar em outra situação e sentir-se só potenciam significativamente o risco de desnutrição segundo o instrumento MNA.
- Os idosos que consomem álcool apresentam maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos que não consomem, em cerca de 70%.
- O elevado número de medicamentos diariamente ingeridos, a existência de hospitalização, o número de hospitalizações e a falta de dentição são fatores explicativos do risco de desnutrição segundo o instrumento MNA.
- Os idosos independentes apresentam maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos com dependência ligeira a moderada, em cerca de 10 vezes.

Face ao exposto, a intervenção na área da nutrição é uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública numa situação privilegiada para intervir na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na prevenção da malnutrição (DGS,2005).

Os resultados obtidos evidenciam claramente a importância da avaliação do estado/risco nutricional dos idosos, na prevenção e controle da malnutrição. É necessário o delineamento de estratégias e a implementação de procedimentos que permitam o diagnóstico precoce de situações de malnutrição. A deteção precoce permite a

intervenção atempada, com estabelecimento de objetivos de intervenção nutricional, implementação de suporte nutricional individualizado e a sua estreita monitorização.

Face às conclusões torna-se clara a necessidade de planeamento, execução e avaliação de intervenções psicoeducativas junto dos cidadãos, no sentido de aumentar a sua literacia alimentar e nutricional e a sua capacitação para as escolhas e práticas alimentares saudáveis.

A luta contra a malnutrição deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores e modelos sociais é da maior relevância.

Neste sentido e para responder a um dos objetivos centrais desta investigação, apresenta-se um projeto estruturado de intervenção no âmbito da malnutrição (Anexo V), que procura intervir nas principais problemáticas identificadas com o presente estudo. O desenvolvimento deste plano de intervenção baseia-se numa ação concertada com a UCC e as juntas de freguesia do concelho, tendo-se já iniciado a sua implementação.

5- Limitações e Sugestões do Estudo

O presente estudo reveste-se de dupla face: por um lado, o sentimento de mais uma tarefa concluída e, por outro, a vontade de continuar com esta linha de investigação.

Relativamente à presente investigação é fundamental considerar as limitações inerentes ao processo de amostragem não probabilística e ao tipo de estudo observacional transversal, não permitindo a extrapolação dos resultados. Contudo, é de salientar a pertinência desta investigação, que permitiu um diagnóstico do estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança fundamentando a intervenção comunitária ajustada à problemática da malnutrição.

Os resultados obtidos nesta investigação poderão ser também, o motor para a realização de novos estudos específicos às problemáticas observadas, podendo-se optar por estudos observacionais longitudinais, com a aplicação de programas de prevenção e respetiva avaliação, que permitam a alteração do estado nutricional. Perante a preocupante prevalência de malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, é também fulcral que sejam realizados mais estudos de monitorização da prevalência do estado nutricional.

Vários foram os obstáculos encontrados e, que de forma mais ou menos fácil tiveram de ser ultrapassados. O principal prendeu-se com o facto da realização desta investigação ter sido efetuada simultaneamente com o desenrolar duma atividade profissional tão exigente como a enfermagem, bem como a atividade familiar e as funções a ela inerentes.

Com empenho ultrapassaram-se todas as dificuldades inclusive as inerentes ao processo de investigação e conseguiram-se alcançar os objetivos delineados para o presente estudo.

Esta etapa académica apresenta-se, não como um fim alcançado, mas como mais um passo no percurso académico e profissional.

Referências Bibliográficas

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2012). *Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Obesidade-Formação contínua*. Consultado em 01.02.2016, disponível em:
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/OBESIDADE.pdf>
- Acuña, K.& Cruz, T. (2004). *Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional na População Brasileira*. Arq. Bras Endocrinol Metab;48(3):345-361.
- ADA - American Dietetic Association (2010). Position of the American Dietetic Association: *food and nutrition programs for community-residing older adults*. Journal of the American Dietetic Association.110: 463-472.
- Adams, K.F.,Schatzkin,A., Harris,T.B., Kipnis, V.,Mouw,T., Ballard-Barbash,R. et al. (2006). *Overweight,obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old*. N. Engl. J. Med.Aug. 24;355 (8):763-78.
- Afonso, C., Morais, C.& Almeida, M.D.V. (2012). *Alimentação e Nutrição* in Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lidel.
- Alto comissariado da saúde (2011). Plano Nacional de Saúde 2011/2016 – *Estratégias para a Saúde* - do PNS: Ações e Recomendações. MS. Lisboa.
- Al Snih, S., Ottenbacher, K.J., Markides, K.S., Kuo, Y.F. Eschbach, K. & Goodwin, J.S.(2007). *The effect of obesity on disability vs mortality in older americans*. Arch Intern Med.Apr 23;167(8):774-80.
- Anand,J., Raper, N. & Tong, A. (2006). *Report Quality assurance during data processing of food and nutrient intakes*. Journal of Food Composition and Analysis; 19(1):S86-S90.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P, Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Banhoto, C. F. E., Silva, A. C. K., Magalhães, C. N. & Mota, E. M. (2008). Aspectos

- sociais e da saúde em Adultos Mayores: Aspectos sociais e de saúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira. *PePSIC*, (14), 1-8.
- Bates, C.J., Benton, D., Biesalski, H.K., Staehelin, H.B., Van Staveren, W., Stehle, P. et al.(2002). *Nutrition and aging: a consensus statement*. *The Journal of Nutrition Health and Aging*; 6:103-116
- Baumgartner, R.N. (1995). *Body composition and the epidemiology of chronic disease*.
- Bento, A., Martins, A., Cordeiro, T. (2009). *Intervenção Farmacêutica no Idoso – Guia Prático Volume II – Nutrição e o Idoso*. 1ª Edição. Associação Nacional das Farmácias.5-18.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.
- Boehm, T.K., & Scannapieco, F.A. (2007). *The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults*. *The Journal of the American Dental Association*.138:26–33.
- Boyce, J.M. & Shone, G.R. (2006). *Effects of ageing on smell and taste*. *Postgrad Med J.*; 82(966):23941.
- Boyle, M.A. (1999). *Community Nutrition in Action: an entrepreneurial approach*. 2 Edition. Wadsworth.
- Broeiro, P. & Ramos, V. (1997). Multipatologia e Polifarmácia no Idoso. *Rev Port Clin Geral*1997; 14:8-22.
- Buckland, G., Agudo, A., Luján, L., Jakszyn, P., Bueno-de-Mesquita, H.B., Palli, D., et al.(2010). *Adherence to a Mediterranean diet and risk of gastric adenocarcinoma* within the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort study.*Am J Clin Nutr*; 91(2):381–90.
- Budtz-Jorgensen, E. (1999). *Prosthodontics for the Elderly*. Bateman LA, editor. Quintessence Publishing Co, Inc; p. 49 – 73.
- Câmara Municipal de Bragança (2015).Bragança Município. Consultado em 08.12.2015 disponível em: http://www.cm-braganca.pt/frontoffice/pages/547?news_id=1432
- Carmo, I., Carreira, M., Almeida, M.D.V., Lima Reis, J.P., Medina, J.L., Galvão, Teles, A. (2000). *Estudo da prevalência da obesidade em Portugal*. *Boletim da SPEO*:3-5

- Carrilho, M.J. (2014). Statistics Portugal. *Revista de estudos demográficos*, nº 54.
- Carvalho, J. (2006). *Envelhecimento e Obesidade – Confluência de duas “epidemias”*. O Papel da atividade física, *Endocrinologia Metabolismo & Nutrição* Setembro/Outubro; Vol. (15); N.º 5: 240-243.
- Castro, V., Moraes, S. A., Freitas, I. C. M. (2010). Concordância de medidas antropométricas em estudo epidemiológico de base populacional. Ribeirão Preto: Projeto OBEDIARP. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, 2010. V. 13, n. 1, p: 58-68.
- Cervi, A., Franceschini, S.C.C.& Priore, S.L. (2005). Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr, Campinas*, v.18, n.6, p.765-77, nov/dez.
- Chumlea et al. (1998). *Prediction Equations for Elderly non - Hispanic White, non – Hispanic black, and Mexican -American Persons Developed from NHANES III Data*. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98(2):137-42.
- Chumlea et al. (1998). *Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility- -impaired or handicapped persons*. *Journal of American Dietetic Association*. 1998; 94(12):1385-8.
- Contento, I. (1995). *The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research – a review of research*. *Journal of Nutrition Education*, 27, 279-418.
- Corish, C.A. & Kennedy, N.P. (2003). *Anthropometric measurements from a cross sectional survey of Irish free-living elderly subjects with smoothed centile curves*. *Br J Nutr*;89(1):137– 145.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- Cowan, D., Roberts, J., Fitzpatrick, J., Whilev & Baldwin, J. (2004). *Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions*. *International Journal of Nursing Studies*. Mar; 41(3):225–37.
- Dapcich, V. (2004). *Epidemiologia nutricional del anciano en España*. In: Hornillos MM, Bartrina JA, Garcia JLG. *Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores*. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.; p.31-37
- Del Duca, G. F. et al. (2012). *Peso e altura autorreferidos para determinação do estado*

- nutricional de adultos e idosos: validade e implicações em análises de dados.*
Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2012. v. 28, n. 1, p: 75-85.
- Delacorte, R.R., Moriguti, J.C., Matos, F.D., Pfrimer, K., Marchini J. S. & Ferrioli, E.
(2004). *Mini-Nutritional Assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons.* J Nutr Health Aging. 8 (6):531-4.
- Dey, D.K. (1999). *Height and body weight in the elderly: I. A 25 year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years.* Eur J Clin Nutr; 53, 905-14.
- Di Francesco, V., Zamboni, M., Dioli, A. et al. (2005). *Delayed post prandial gastric emptying and impaired gallbladder contraction together with elevated cholecystokinin and peptide YY serum levels sustain satiety and inhibit hunger in healthy elderly persons.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 60:1581– 5.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde Circular Normativa. Nº: 13/DGCG. 02/07/04
- DGS -Direção-Geral da Saúde (2005). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional de combate à obesidade. – Lisboa: DGS, 2005. – 24 p. ISBN 972-675-128-4.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2012). Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Orientações Programáticas. Consultado em 05.12.2015 em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/objetivos/>
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2013). Orientação nº 017/2013, de 05.12.2013. *Avaliação Antropométrica no Adulto.* Consultado em 28.09.2015, disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444914557Orientaçãoavaliaçãoantropométricanoadulto.pdf
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2014). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Portugal - Alimentação Saudável em Números - 2014. Consultado em 02.02.12.2015, disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/>
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a

2020. Consultado em 03.01.2016, disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015., Lisboa. julho de 2015. Consultado em 03.01.2016, disponível em <https://www.ond.pt/noticias/2015/07/dgssaudeportugueses2015.pdf>
- DGS. Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Consultado em 02.02.2016, disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Departamento da Qualidade na Saúde. Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português. Consultado em 02.01.2016, disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/utentes-portuguesessatisfeitos-com-o-sistema-de-saude.aspx>
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Direção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Epidemiologia e Vigilância. Consultado em 02.02.12.2015, disponível em: <http://www.dgs>.
- Dipietro, L. (1999). *Excess abdominal adiposity remains correlated with altered lipid concentrations in healthy older women*. Int J Obes Related Metabol Disord, 23 (4), 432-6.
- Dixey, R., Heindl, I., Loureiro, I., Pérez-Rodrigo, C., Snel, J. & Warnking, P. (1999). *Healthy eating for young people in Europe*. A school-based nutrition education guide. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Dorner, T.E. & Rieder, A. (2012). *Obesity paradox in elderly patients with cardiovascular diseases*. Int J Cardiol. Feb 23; 155(1):56-65.
- Dwyer, L.L., Han, B., Woodwell, D.A. & Rechtsteiner, E.A. (2010). *Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the 2004 National Nursing Home Survey*. The American journal of geriatric pharmacotherapy.2010; 8(1):63-72.
- Ehizele, A.O., Ojehanon, P.I. & Akhionbare, O. (2009). *Nutrition and oral health*. Journal of Postgraduate Medicine. 11(1):76-82.
- Elia, M. & Stratton, R. (2005). *The costs associated with disease-related malnutrition in*

- the UK and economic considerations for the use oral nutritional supplements in adult.* In: Health economic report on malnutrition in the UK. Bapen. Consultado em 01.11.2015, disponível em: http://www.bapen.org.uk/pdfs/health_econ_exec_sum.pdf.
- Enoki, H., Kuzuya, M., Masuda, Y., Hirakawa, Y., Iwata, M., Hasegawa, J. et al. (2007). *Anthropometric measurements of mid-upper arm as a mortality predictor for communitydwelling Japanese elderly: The Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly (NLS-FE).* Clin Nutr; 26(5):597–604.
- EPIC - *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition.* Consultado em 01.11.2015, disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/European_Pro prospective_ Investigation_ into_ Cancer_ and_ Nutrition
- European Nutrition for Health Alliance (2006). *Malnutrition among older people in the community policy recommendations for change.* Consultado em 01.11.2015, disponível em: <http://www.europeannutrition.org/publications.cfm>
- Eurostat (2015). Consultado em 01.11.2015, disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Evans, C. (2005). *Malnutrition in the Elderly: A Multifactorial Failure to Thrive.* The Permanente Journal 2005;9 (3): 38-42.
- Ferry, M. & Alix, E. (2004). *A Nutrição da Pessoa Idosa. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.* Revisão Técnica da Tradução: Profª Isabel do Carmo. ISBN: 972-8383-73-8.
- Ferry, M., Alix, E., Brocker, P., Constans, T., Lesourd, B., Mischlich, D. et. al. (2006). *A Nutrição da pessoa Idosa: Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais.* Loures: Lusociência.
- Filho, W. & Gorzoni, M.L. (2008). *Geriatrics e Gerontologia. O que todos devemos saber.* 1o ed. Editora Roca; p. 63 – 83.
- Flodin, L., Svensson, S. & Cederholm, T. (2000). *Body mass index as a predictor of 1 year mortality in geriatric patients.* Clin Nutr; 19(2):121–5.
- Folsom, A.R., Kushi, L.H., Anderson, K.E., Mink, P.J., Olson, J.E., Hong, C.P. et al.

- (2000). *Associations of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women: The Iowa women's health study*. Arch Intern Med. July 24; 160 (14):2117-28.
- Frisancho, A.R. (1981). New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr;34(11):2540-2545.
- Frisancho, A.R.(1990). *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 1990.
- Garrow, J.S. & Webster, J. (1985). *Quetelet's Index (W/H²) as a measure of fatness*. Int J. Obes; 9(2):147-53.
- Guigoz, Y. (2006). *The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of the literature: what does it tell us?* Journal Nutrition Health Aging, 10, 466-487..
- Guigoz, Y., Vellas, B. (1995). *Test dévaluation de l'état nutritionnel de la personne agee: le MiniNutritional Assessment (MNA) [Test to assess the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment (MNA)]*. Med Hyg; 53:1965-1969.
- Guigoz, Y., Lauque, S. & Vellas, B. (2002). *Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment*. Clin Geriatr Med. Nov; 18 (4):737-57
- Goés, D. & Simões, R. (2010). *Avaliação nutricional em idosos*. Apostila de avaliação nutricional. Cap.4.
- Hajjar, R. et al. (2004). *Malnutrition In Aging*. The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology 1(1).
- Hammond, B.R. (2000). *Dietary and Clinical Assessment*. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's Food Nutrition, & Diet Therapy. 10th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company. p.353-379.
- Harris, B. (1988). *Body Mass Index and Mortality Among Nonsmoking Older Persons, The Framingham Heart Study*, Jama.
- Harris, B. (2000). *Nutrition and aging*. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's Food Nutrition, & Diet Therapy. 10th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; p.287-305.
- Halter, J.B. (2008). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 6 illust ed. New York: McGraw-Hill Education.

- Higgins, M. (1993). *Benefits And Adverse Effects of Weight Loss: Observations from the Framingham Study*.
- Hollander, E.L., Zutphen, M., Bogers, R.P., Bemelmans, W.J. & Groot, L.C. (2012). *The Impact of BMI in Old Age on cause-specific Mortality*. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*; 16 (1): 100-6.
- Hughes, V.A., Roubenoff, R., Frontera, W.R., Evans W.J. & Singh, M.A. (2004). *Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly*. *Am J Clin Nutr*; 80:475-82.
- Hughes, V.A., Nelson, M.E., Morganti, C., Kehayias, J. & Singh, M.A. (2006). *Malnutrition and ageing* *Postgrad. Med J*; 82: 2-8.
- ICOR - *Inquérito às condições de vida e rendimento* (2013). Consultado em 02.2016, disponível em: <http://smi.ine.pt/SuporteRecolha/Detalhes/?id=10122&lang>
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: INE, 2011 (b).
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011- Resultados Pré-definidos*. Fev, p:1-2.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2012). *Destaque, informação à comunicação social: Rendimento e Condições de Vida 2011 (Dados Provisórios)*. Lisboa: INE, 2012 (a).
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2015). *Projeções de população residente 2012 2060*. Destaque, Informação à comunicação social, consultado em 02.05.2015 disponível em: <https://www.ine.pt/xportal>
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estimativas de População Residente em Portugal*. Destaque, informação à comunicação social: 2015. Consultado em 16.06.2015, disponível em: <http://www.peprobe.com/pt-pt/document/estimativas-de-populacao-residente-2014-ine>
- Jensen, G.L. & Berg, M.B. (2004). *Obesity in Middle and Older Age*. In: Bales CW., Ritchie CS. *New Jersey: Handbook of Clinical Nutrition and Aging*. New Jersey: Humana Press Inc.; p.517-529.
- Jyrkka, J. et al. (2009). *Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy*

- and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis.* *Drugs & aging.* 2009; 26(6):493-503.
- Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J.(2009). *Malnutrition in a home living older population: prevalence, incidence and risk factors.* A prospective study. *Journal of Clinical Nursing.* 2009 May;18(9):1354–64.
- Johnell,K., Weitoft,G.R. & Fastbom,J. (2009). *Sex differences in inappropriate drug use: a register-based study of over 600,000 older people.* *The Annals of pharmacotherapy.*2009; 43(7):1233-8.
- Kaiser, M. J., Bauer, M.J., Ramsch, C.et al. (2009). *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short- Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* *J Nutr Health Aging;* 13: 782-788.
- Kondrup, J.,Allison,S.P., Elia, Vellas,B. & Plauth,M. (2002). *Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals.* *Clin Nutr* 21(6):461–468.
- Kondrup, J., Rasmussen, H.H., Hamberg, O., Stanga, Z.(2002). *Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on ananalysis of controlled clinical trials.* *Clin Nutr.* 2002a Jun; 22(3):321-336.
- Kravchenco,J. (2008). *Nutrition and the Ederly.* In B Caballero, L Allen, A Prentice. *Encyclopedia of Human Nutrition.* Elsevier 578-587.
- Kremer, S.,Bult, J.H.,Mojet, J. & Kroeze, J.H. (2007). *Food perception with age and its relationship to pleasantness.* *Chemical Senses.*Jul; 32(6):591–602.
- Kyle, U.G., Kossovsky, M.P., Karsegarda, V.L. & Pichard, C. (2006).*Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study.* *Clin Nutr.*25 (3):409–17.
- Lee, J.S., Weyant, R.J., Corby, P., Kritchevsky,S.B.,Harris, T.B., Rooks, R. et al. (2004). *Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the health, aging, and body composition study.* *The American Journal of Clinical Nutrition.* Mar; 79 (2):295–302.
- Liang, X., Jiang, Z.M., Nolan, M.T., Efron, D.T. & Kondrup, J. (2008). *Comparative*

- survey on nutritional risk and nutritional support between Beijing and Baltimore teaching hospitals.* Nutrition;24 (10):969-76.
- Lima-Costa, F. & Veras, R. (2003). *Saúde pública e envelhecimento.* Cadernos de saúde pública. vol. 19, p.700-701.
- Lochs, H., Allison, SP., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J, Schneider, St., van den Bergh, G., Pichard, C.(2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: *Terminology, Definitions and General Topics.* Clin Nutr. 2006; 25(2):180-6.
- Lohman, T.G., Roche, A.F. & Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics Books.
- Lopes,C. (2015). *Malnutrição no idoso.* Consultado em 20.05.2015,disponível em: <http://www.justnews.pt/artigos/malnutricao-no-idoso/#.VsD6xfmLTIU>
- Loureiro, I. (1999) - *A importância da educação alimentar na escola.* In Sardinha, L., Matos, M. e Loureiro, I. (Eds). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo.* Lisboa: Edições FMH, 57- 84.
- Loureiro, M.H.V.S. (2004).*Validação do “Mini Nutritional Assessment” em idosos internados.* Tese de Licenciatura em Nutrição e Alimentação apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Loureiro, M.H.V.S. (2008). *Validação do Mini Nutritional Assessment® em Idosos.* (Dissertação Mestrado). Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina. Consultado em 02.01.2016,disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/10439>
- MacIntosh, C.G., Morley, J.E., Chapman I.M., & Horowitz, M. (2002).“*The anorexia of aging*”.Biogerontology. 3:67-71.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index.* Maryland State Medical Journal, n.14, p. 61-65.
- Marchi, R.J., Hugo, F.N. Hilgert, J.B. & Padilha, D.M. (2008). *Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people.* Nutrition.Jun; 24(6):546–53.
- Mateus,A.L. (2000).*Prevenção da Iatrogenia.* Consultado em 02.03.2016, disponível: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/28/99_texto.html

- Mathey, M.F.A.M., Zandstra, E.H., Graaf, C. & Staveren, Van. (2000). *Social and physiological factors affecting food intake in elderly subjects: an experimental comparative study*. Food Qual Pref;11:397-403.
- Medina Mesa, R. & Dapcich, V. (2004). *Escalas de evaluación rápida del estado nutricional*. In: Hornillos MM, Bartrina JA, Garcia JLG. Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.; p. 45-51.
- Meijers et al.(2009). *Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the annual dutch national prevalence measurement of care problems*. Br J Nutr 101:417-423.
- Mello, E.D., Beghetto, M.G., Teixeira, L.C. & Luft, V.C. (2003). A competência dos profissionais em identificar a desnutrição hospitalar. *Rev Nutr Clin*; 18(4): 173.
- Miller, G.D., Nicklas, B.J., Davis, C., Loeser, R.F., Lenchik, L. & Messier, S.P. (2006). *Intensive weight loss program improves physical function in older obese adults with knee osteoarthritis*. Obesity; 14(7):1219-30.
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009- 2012*. Consultado em 08.12.2015, disponível em:
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>
- MNA. Consultado em 15.03.2015, disponível em:
http://www.mnaelderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf
- Molls, R.R., Ahluwalia, N., Mastro, A.M. & Handte, G.C. (2005). *Nutritional Status Predicts Primary Subclasses of T Cells and the Lymphocyte Proliferation Response in Healthy Older Women*. J. Nutr.135(11): 2644- 2650.
- Monteiro, F.A. (2001). *A Influencia da Nutrição, da Actividade Física e do Bem-estar em Idosas*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção.
- Monteiro, R. S. C. (2009). *Estimativa de peso, altura e índice de massa corporal em adultos e idosos americanos: revisão*. Distrito Federal: Com. Ciências da Saúde. v. 20, n. 4, p: 341-50.
- Moraes, E.N. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Consultado em

02.03.2016, disponível em:

[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-
WEB1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-
WEB1.pdf)

- Moreira, P. & Peres, E. (1996). Alimentação de adolescentes. *Revista de Alimentação Humana*, 2 (4), 4-44. - Moreira P. e Teixeira, J. (1994). Educação alimentar e modificação de conhecimentos alimentares de crianças do ensino básico. *Revista Forum de Projectos de Educação Alimentar - Actas*, 24-28.p.29.
- Morley, J.E. (2001). “*Decreased food intake with aging*”. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 5: 81-88.
- Morley, J.E. (2011). *Assessment of Malnutrition in Older Persons: a focus on the MNA*. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*; 15 (2): 87-90.
- Moynihan, P., Thomason, M., Walls, A., Gray-Donald, K., Morais, J.A., Ghanem, H. et al. (2009). *Researching the impact of oral health on diet and nutritional status: methodological issues*. *Journal of Dentistry*. Apr; 37(4):237- 49.
- Muñoz, M., Aranceta, J. & Guijarro, J.L. (2006). *Libro Blanco de la Alimentacion de los Mayores*. Editorial Medica Panamericana: 205- 213.
- Nakanishi, N., Hino, Y., Ida, O. et al. (1999). *Associations between self-assessed masticatory disability and health of community-residing elderly people*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 27 (5):366– 71.
- Najas, M.S. (2005). *Nutrição em Gerontologia*. IN: *Tratado de Geriatria e Gerontologia* 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. 1180-1187.
- Najas, M.S. & Nebuloni, C.C. (2005). *Avaliação Nutricional* In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Geriatria e Geontologia* . Barueri: Manole, 1ª ed. p 299.
- NIA & NIH- Instituto nacional sobre o envelhecimento & Instituto nacional da saúde (2011). *Global Health and Aging*. Consultado em 03.01.2016, disponível em:
https://d2cauhfh6h4x0p.cloudfront.net/s3fspublic/global_health_and_aging.pdf
- Nunes, E. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ockenga, J., Freudenreich, M., Zakonsky, R. Norman, K., Pirlich, M. & Lochs, H.

- (2005). *Nutritional assessment and management in hospitalised patients: Implication for DRG-based reimbursement and health care quality*. Am. J Clin Nutr; 24(6):913-916.
- Oliveira, A. (2008). *Hiperutilizadores e urgência*. Act Med Port; 21(6):553- 558.
- Oliveira, C.R., Rosa, M.S., Pinto, A.M., Botelho, M.A.S., Morais, A. & Veríssimo, M.T.(2010). *Estudo do Perfil do envelhecimento da População Portuguesa*. Alto Comissariado da Saúde.
- Oliveira, E.F.T. & Grácio, M.C.C. (2005). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. *Revista de Ciência da Informação*, 6 (3): 80-96.
- Omran, M.L. & Morley, J.L. (2000). “*Assessment of protein energy malnutrition in older persons, Part I: History, examination, body composition*,”
- OMS, CCE & CE- Organização Mundial de Saúde, Comissão da Comunidade Europeia e Conselho da Europa (1995). *Promover a saúde da juventude europeia*. Educação para a saúde nas escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens. Lisboa: Ministério da Educação.
- Onis, M. & Habicht, J.P. (1996). *Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee*. Am J Clin Nutr;64(4):650-58.
- OPAS - Organização Pan-Americana (2002). XXXVI Reunión del Comitê Asesor De Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – *Salud Beinestar y Envejecimeiento* (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. Consultado em 30.11.2015 disponível em: <http://www.opas.org/program/sabe.htm>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual* - Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Pardal, M. (1990). *Educação para a saúde – conceitos e perspectivas*. Saúde e Escola, 6, 11-14.
- Parker, B.A. & Chapman, I.M. (2002). *Food intake and ageing*. Mech Ageing Dev.125:859-866.
- Peng, S. (2011). Validity of self-reported height and weight and derived body mass index in middle-aged and elderly individuals in Australia. Aust NZ J Public Health, 2011. v. 35, n. 6, p: 557-63.
- Peris, P. & Rexach, J.A. (2004). *Valoración del estado nutricional y valoración geriátrica integral*. In: Candela CG., Fernández JMR. Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Barcelona:Novartis Consumer Health S.A.; 2004.p.43-56
- Perissinotto, E. (2002). *Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences*. BJN. v.87, p. 177-186.
- Pickering, G. (2004). *Frail elderly, nutritional status and drugs*. Arch. Gerontol. Geriatr.38(2):174-180.
- Pfrimer, K. & Ferrioli, E. (2009). *European Journal of Clinical Nutrition*. 63, 1192-1199;doi:10.1038/ejcn.2009.54. consultado em 01.02.2016,disponível em: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v63/n10/pdf/ejcn200954a.pdf>.
- PNS (2015). Plano nacional de saúde. *Revisão e extensão a 2020*. Ministério da saúde. consultado em 01.02.2016,disponível em: <http://www.insa.pt/sites/insa/portugues/cominf/noticias/documents/2015/junho/pns-2020.pdf>
- Pordata (2015).Municípios. Consultado em 20.10.2015, disponível em: <http://www.pordata.pt/>
- Pordata (2016).População residente do sexo feminino segundo os censos: total e por grupo etário. disponível em: <http://www.pordata.pt/>
- Rabito et al.(2008). Weight and height prediction of immobilized patients. *Rev. Nutr. Campinas*. 19(6):655-661.
- Rendas, AB. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento: *Idade Biológica versus Idade Cronológica*. In: Quarteto Ed. Envelhecer Vivendo pp. 47-56; Coimbra.

- Rezende, F. A. C. et al. (2009). Avaliação da aplicabilidade de fórmulas preditivas de peso e estatura em homens adultos. Campinas: *Revista de Nutrição*, 2009. v. 22, n. 4, p:443-51.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.^a ed.). Porto: Legis/Livpsic.
- Ritchie, C.S., Joshipura, K., Hung, H.C. & Douglass, C.W. (2002). Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: *Associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes*. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. May 1; 13(3):291–300.
- Rockey, D.C. & Cello, J.P. (1993). *Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron deficiency anemia*. *N Engl J Med*. 2;329 (23):1691-5.
- Rodrigues, E. & Amaral, T. (2011). *Avaliação do Estado Nutricional de Idosos Utentes dos Lares e Centros de dia*. *Nutricias*; (11): 36-8.
- Rodrigues, PA., Rufino, MCB., Correia, EA., Lima, JMR., Lisboa, AAQ. (2011). *Correlação das medidas antropométricas reais do peso e da altura com os métodos de estimativa em pacientes adultos do Hospital Regional de Ceilândia*. *Com Ciênc Saúde*; 21(3):237-44.
- Rubenstein, L.Z., Harker, J.O., Salvà, A., Guigoz, Y. & Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in geriatric practice: *developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF)*. Consultado em 10.12.2015, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11382797>
- Russell, T.L., Berardi, R.R., Barnett, J.L., Dermentzoglou, L.C., Jarvenpaa, K.M., Schmaltz, S.P. et al. (1993). *Upper gastro-intestinal pH in 79 healthy elderly North American men and women*. *Pharm. Res*. 10(2); 187–196.
- Saint-Jean, O. Bérigaud, S. & Bouchon, J.P. (1991). *Polypathologie et co Morbidité: un mode dynamique de description de la morbidit chez le sujets agês*. *Ann Med Interne* 1991; 142:563-69.
- Saldanha, H. (2006). Envelhecer em Portugal no Início do Século XXI. *Revista*

Alimentação Humana. Porto, Volume 12, nº1, suplemento nº1: Alimentação na idade sénior. ISSN 0873-4364. p. 23-27.

- Samnieng, P., Ueno, M., Kayoko, S., Zaitso, T., Wright, F. & Kawaguchi, Y. (2011). *Oral health status and chewing ability is related to Mini-Nutritional Assessment results in an older adult population in Thailand*. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*.30 (3):291,304.
- Santos, M.B.G.S. & Precioso, J.A.G. (2012). *Educação Alimentar na Escola. Avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 8º ano de escolaridade*. Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, (INSA, IP). ISBN: 978-972-8643-73-0. Lisboa.
- Santos, R.R., Bicalho, M.A.C., Mota, P., Oliveira, D.R. & Moraes, E.M. (2013). *Obesidade em idosos*, consultado a 2.02.2016, disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/12#>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sieber, C.C. (2006). *Nutritional Screening Tools – How does the MNA® Compare?* Proceedings of the session held in Chicago May 2-3, 2006. (15 Years of Mini Nutritional Assessment). *J Nutr Health Aging*;10(6):488-92.
- Silva, P., Luís, S. & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: Um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20:323-336. Consultado em 11.12.2015, disponível em: <http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20080303142138468221.pdf>
- Simkins, C. (2007). Ageism's influence on health care delivery and nursing practice. *Journal of Nursing Student Research*, Pennsylvania, v. 5, n. 1, p. 24-28, 2007.
- SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde (2015). *Listagem da população com idade superior a 64 anos, inscrita no Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança*. Consulta realizada dia 01 de maio de 2015.
- Soini, H., Routasalo, P. & Lagstrom, H. (2004). *Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in Elderly Home-care Patients*. *European Journal of Clinical Nutrition*; 58: 64-70.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A. & Braz, L. (2011).

- Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista portuguesa de clínica geral*. 27:176-82.
- Souza, R. et al. (2013). Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 16, n. 1, p: 81-90.
- SPSS- Statistical Package for Social Sciences, Version 20.0, for Windows (2011). *Manual de utilização*.
- Stephen, W.C. & Janssen, I. (2009). *Sarcopenic-obesity and cardiovascular disease risk in the elderly*. *J Nutr Health Aging*. May; 13(5):460-6.
- Stratton, R.J., Green, C.J. Elia, M. (2003). *Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment*. Wallingford, UK: CABI Publishing; p. 35- 92.
- Tamura, B.K., Bell, C.L., Lubimir, K., Iwasaki, W.N., Ziegler, L.A. & Masaki, K.H. (2011). *Physician intervention for medication reduction in a nursing home: the polypharmacy outcomes project*. *Journal of the American Medical Directors Association*. 12(5):326-30.
- Tomás, A. (2015). *No futuro haverá mais idosos mas serão mais funcionais*. Consultado em 07.07.2015 em : <http://ionline.pt/393259?source=social>
- Van, M.C., Herrmann, F.R., Gold, G., Michel, J.P. & Rizzoli, R. (2001). *Does the Mini Nutritional Assessment predict hospitalization outcomes in older people? Age and Ageing*. 30 (3):221- 26.
- Vellas, B. (1999). *The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients*. *Nutrition*, 15 (2), 116-122.
- Vellas, B. Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y. et al. (2006). *Overview of the MNA -Its History and Challenges*. *J Nutr Health Aging*. Nov-Dec; 10:456-465.
- Virtuoso-Júnior, J. S & Oliveira-Guerra, R. (2010). Validade concorrente do peso e estatura auto-referidos no diagnóstico do estado nutricional em mulheres idosas. *Rev. salud pública*. v. 12, n. 1, p: 71-81.
- Walter, S., Kunst, A., Mackenbach, J., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2009). Mortality and disability: *The effect of overweight and obesity*. *Int J Obes*. Dec; 33(12):1410-1418).

- Weyne, G.R.S. (2004). *Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde*. Arq. Med ABC, 29 (2): 112-117.
- WHO - World Health Organization (1998). Presenting and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Genebra, p.14.
- WHO - World Health Organization (2000). The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva.
- WHO - World Health Organization (2001). Local action: creating Health Promoting Schools. Geneva: WHO
- WHO - World Health Organization (2003). *Diet Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva 2003. WHO technical report series; 916.
- WHO - World Health Organization (2011). Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Consultado em 12.12.2015, disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wilson, M.M. & Morley, J.E. (2003). *Aging and energy balance*. J Appl Physiol; 95: 1728-1736.
- Yim, V. W. T. & Graham, C.A. (2009). *A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong*. Int J. Emerg Med; 2:19-24.
- Yong, T.Y., Lau, S.Y., Li, J.Y., Hakendorf, P. & Thompson, C.H. (2012). *Medication prescription among elderly patients admitted through an acute assessment unit*. Geriatrics & Gerontology international. 12 (1):93-101.
- Yugue, S. F., Ide, H. W. & Tiengo, A. (2011). Comparação da avaliação antropométrica em pacientes internados por intermédio de métodos estimativos e diretos. *Revista Ciências da Saúde*, v. 1, n. 3, p: 1-10.
- Xavier Malcata, F. (2003). *O idoso, a nutrição e a sociedade: considerações sobre quantidade e qualidade de vida*. Geriatria; 151(15):23-37.
- Zaida Azeredo (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. Consultado em 03.2016, disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao4-2014/o-idoso-no-servico-de-urgencia-hospitalar>.

Anexos

Anexo I

Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ULSNE e respectiva Autorização

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
Administração da Unidade Local
de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente, Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 2, do Centro de Saúde Santa Maria de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., encontrando-se a frequentar o Mestrado em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do IPB, com o Trabalho de projeto subordinado ao tema “Estado Nutricional dos Idosos inscritos no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança”, sob a orientação das Professoras Dr.^a Maria Augusta Pereira da Mata e Dr.^a Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira, vem por este meio solicitar a V. Ex. autorização para aplicação do formulário a utentes inscritos no referido centro de saúde, no período compreendido entre julho a setembro de 2015.

Com o estudo, pretende-se conhecer o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de Saúde Santa Maria de Bragança.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar a prevalência de malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança;
- ✓ Caracterizar o estado nutricional desta população em estudo;
- ✓ Relacionar o estado nutricional dos idosos com variáveis socioeconómicas demográficas, comportamentais e clínicas;
- ✓ Promover o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da prevenção e / ou controle da malnutrição nos idosos em estudo;
- ✓ Disponibilizar dados sobre a realidade nutricional da população em estudo;
- ✓ Realizar um plano estruturado de intervenção no âmbito da malnutrição nos idosos dependentes inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança

intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

O estudo não envolve qualquer risco ou custo, sendo apenas solicitada a autorização para aplicação do formulário a utentes inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança.

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo seguem ordenados os seguintes documentos: registo e projecto de investigação, consentimento informado e instrumento de colheita de dados.

Pede deferimento,

Bragança, 27 de abril de 2015



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE EPE

Exmo. Senhor

IPB – Escola Superior de Saúde de Bragança

Prof. Doutora Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança

Sua Referência
Proc. 2015/00082

Sua Comunicação de
00265/22-07-2015

15 10-12 11:41 003825

Nossa Referência

Data
12-10-2015

ASSUNTO: Pedido de colaboração em estudo

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex^ª, para a aluna/enfermeira Alexandra Mariza de Egas Geraldes Parente, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



Anexo II

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Trabalho: Estado Nutricional dos Idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente
Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

Exmo.(a). Sr.(a).

O presente trabalho de Investigação está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança.

A realização deste trabalho pretende Avaliar o estado Nutricional dos Idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança.

Todos os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais, sendo apenas utilizados para fins educativos ou científicos.

A sua participação é fundamental para a realização desta investigação, sendo totalmente voluntária e tendo direito a desistir ou ter acesso aos dados obtidos sempre que solicitado.

Se estiver de acordo em fazer parte da investigação, por favor assine o espaço em baixo e, obrigada pelo seu importante contributo na realização desta investigação.

Eu abaixo-assinado, _____
declaro que

me encontro suficientemente esclarecido(a) pela investigadora (Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária) sobre a minha participação neste estudo e autorizo a realização da Avaliação do meu Estado Nutricional. Autorizo também a eventual publicação dos resultados obtidos com este estudo para fins educativos e científicos.

Assinatura do participante (ou responsável legal):

Bragança, _____ de _____ de 2015

Anexo III

Pedido de Autorização de utilização do Teste MNA e respectiva Autorização

Pedido de autorização MNA

Novo Responder Excluir Arquivar Mover para Categorias alexandra p

pedido de autorização para aplicação do teste MNA



alexandra parente 13/04/2015

Para: info@mna24.com

Boa noite, o meu nome é Alexandra Parente, sou enfermeira no centro de saúde Santa Maria de Bragança.

No âmbito do mestrado em enfermagem comunitária, que estou a frequentar, pretendo realizar um trabalho de investigação sobre "A Avaliação nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria.

Venho por isso e por este meio, pedir autorização ao autor do teste (ou representante...) para aplicação do mesmo.

Caso não seja este o Email correto... peço orientação.

Aguardo resposta de V.ª Ex.ª

Atenciosamente Alexandra Parente

alexandraegg@hotmail.com

Autorização para aplicação do MNA

Novo Responder Excluir Arquivar Lixo Eletrónico Limpar Mover para Categorias alexandra parente

RE: pedido de autorização para aplicação do teste MNA



Dear Alexandra,

Thank you for your interest in Nestlé's Mini Nutritional Assessment (MNA®). Nestlé is pleased to have the MNA® used in clinical practice and in research. No special permission is required to use the MNA® in your research project as long as absolutely no changes are made to the MNA® as downloaded from the website. If you decide to submit your research for publication after it is completed, you must request permission to include the MNA® in your manuscript. You may submit your request to this same e-mail address.

Good luck with your research project. We look forward to seeing the results of your work. Please let me know if you have further questions.

Anexo IV

Instrumento de Colheita de Dados

FORMULÁRIO

ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS INSCRITOS NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARIA DE BRAGANÇA

O presente instrumento de colheita de dados enquadra-se na investigação a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança.

Pretende-se conhecer o estado nutricional dos idosos inscritos no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança identificando a prevalência de malnutrição e caracterizando o estado nutricional na população em estudo.

O instrumento de colheita de dados é o formulário, anónimo, onde toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosamente confidencial e destinar-se-á exclusivamente ao estudo da temática em apreço.

Consciente, de que para levar a bom porto este trabalho é indispensável a sua colaboração, a qual desde já agradeço.

A sua colaboração e seriedade são preciosas. Obrigada pela sua participação!

A investigadora,

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

(Enfermeira Graduada e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária)

I PARTE

Avaliação antropométrica

Peso (kg) _____

Altura (m) _____

IMC (kg/m²) _____

Perímetro da cinta (cm) _____

Perímetro da anca (cm) _____

Perímetro braquial (cm) _____

Perímetro geminal (cm) _____

1. Idade: _____

2. Sexo:

(1) F (2) M

3. Estado Civil:

(1) Solteiro/a

(2) Casado/a / União de facto

(3) Divorciado/a / Separado/a

(4) Viúvo/a

4. Residência: (1) Rural (2) Urbana

5. Habilitações Literárias:

(1) Não frequentaram a escola

(2) Menos de 4 anos de escolaridade

(3) 4 Anos de escolaridade

(4) 6 Anos de escolaridade

(5) > 9 Anos de escolaridade

6. Com quem vive

(1) Vive sozinho/a

(2) Cônjuge

(3) Cônjuge + filho/a

(4) Filho/a

(5) Filho/a+ nora/ genro + neto/s

(6) Outros familiares

(7) Outra situação Especificar _____

7. Convívio e Vida Social. Com quem se relaciona?

(1) Não se relaciona

(2) Familiares

(3) Vizinhos

(4) Amigos

(5) Equipa de Saúde

(6) Outros Especificar _____

14.1- Se sim, qual? (*pode assinalar uma ou várias opções*)

- (1) Neurológica
- (2) Hipertensão arterial
- (3) Diabetes
- (4) Doença Osteoarticular
- (5) Problemas respiratórios
- (6) Doença cardiovascular
- (7) Problemas emocionais, psicose, depressão
- (8) Dislipidemia
- (9) Gastrointestinal
- (10) Doença oncológica
- (11) Doença renal
- (12) Doença hepática
- (13) Outra Qual? _____

14.2-Total de problemas de saúde/ patologias

- (1) 1 patologia
- (2) 2 a 4 patologias
- (3) 5 ou mais patologias

15. Toma medicação diariamente, há mais de 3 meses?

- (1) Sim
- (2) Não

15.1-Se sim, quantos medicamentos / dia

- (1) Menos de 5 medicamentos/dia
- (2) Entre 5 a 10 medicamentos / dia
- (3) Mais de 10 medicamentos / dia

16.Teve no último ano Hospitalizações recorrentes:

- (1) Sim
- (2) Não

16.1- Se sim, com que frequência?

- (1) 1 x ano
- (2) 2 x ano
- (3) mais do que 2 x ano

17.Estado da dentição:

- (1) Própria, completa
- (2) Própria, incompleta
- (3) Artificial, completa
- (4) Artificial, incompleta
- (5) Própria + Artificial
- (6) Sem dentição

III PARTE

ÍNDICE DE BARTHEL

1. 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
2. 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
3. Toailete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. 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
6. 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, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. 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
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar 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 a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

MNA MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT

Rastreio

A. Nos últimos três meses houve diminuição do consumo alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigação ou deglutição?

0 = Perda severa de apetite

1 = Perda moderada de apetite

2 = Sem perda de apetite

B. Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = Perda de peso superior a 3 kg

1 = Não sabe

2 = Peso perdido entre 1 e 3 kg

3 = Sem perda de peso

C. Mobilidade

0 = Limitado à cama ou cadeira de rodas

1 = Deambula mas não é capaz de sair do domicílio

2 = Sai do domicílio

D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?

0 = Sim 2 = não

E. Problemas neuro psicológicos

0 = Demência ou depressão grave

1 = Demência ou depressão moderada

2 = Sem problemas psicológicos

F. IMC (Peso/ (Estatura) 2 em kg/m2)

0 = IMC <19

1 = 19_ IMC <21

2 = 21_ IMC <23

3 = IMC ≥23

Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12 Pontos ou mais _ normal; desnecessário continuar a avaliação.

11 Pontos ou menos _ possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação.

Avaliação global

G. O utente vive na sua própria casa (não num lar de idosos ou hospital)?

0 = Não 1 = sim

H. Toma mais de 3 medicamentos diferentes por dia?

0 = Sim 1 = não

I. Escaras ou feridas cutâneas?

0 = Sim 1 = não

J. Quantas refeições completas toma por dia?

0 = Uma refeição

1 = Duas refeições

2 = Três refeições

K. O utente consome:

Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

Duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

Carne, peixe ou aves todos os dias?

0,0 = Se nenhuma ou uma resposta sim

0,5 = Duas respostas sim

1,0 = Três respostas sim

L. O utente consome duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia?

0 = Não 1 = sim

M. Quantos copos/chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, ...) consome por dia?

0,0 = Menos de 3 copos/chávenas

0,5 = 3 a 5 copos/chávenas

1 = Mais de 5 copos/chávenas

N. Modo de se alimentar

0 = Não é capaz de se alimentar sozinho

1 = Alimenta-se sozinho, mas com alguma dificuldade

2 = Alimenta-se sozinho sem dificuldade

O. O utente considera ter algum problema nutricional?

0 = Acredita estar desnutrido

1 = Não sabe

2 = Acredita não ter problema nutricional

P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = Não muito boa

0,5 = Não sabe

1,0 = Tão boa

2,0 = Melhor

Q. Perímetro do meio braço (PMB em cm)

0,0 = PMB <21

0,5 = 21 _PMB_ 22

1,0 = PMB ≥ 22

R. Perímetro da barriga da perna (PBP em cm)

0 = PBP <31 1 = PBP ≥31

Avaliação global (máximo 16 pontos) _____

Escore da triagem _____

Escore total (máximo 30 pontos) _____

*Avaliação do Estado Nutricional
De 17 a 23,5 pontos -risco de desnutrição
Menos de 17 pontos- desnutrido*

Em caso de risco de desnutrição ou desnutrido registrar **Nop** _____

FIM

Grata pela sua Colaboração

Anexo V

Projeto de Intervenção Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária



1. Âmbito

O projeto Nutridoso visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos!

Refletindo sobre o impacto económico, social e humano, a malnutrição afirma-se como um problema de saúde pública, que exige a ação concertada multidisciplinar e transversal à dinâmica social. Neste sentido, o presente projeto contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção e tratamento de todas as formas de malnutrição e promoção de uma alimentação saudável. Pretende que seja útil e produza resultados positivos na crescente consciência sobre a importância desta matéria, que deveria ser uma preocupação fundamental da família, da escola, da educação, formação e desenvolvimento ao longo da vida. Ambiciona despertar para novas mentalidades, positivas e proactivas, e contribuir para capacitar mais as pessoas de que, em qualquer idade, podem fazer muito pelas suas próprias vidas, e pela dos outros, melhorando a sua alimentação e nutrição e sendo um exemplo de alimentação saudável para os netos e toda a família, amigos e comunidade.

Conhecendo os fatores que podem condicionar o estado nutricional dos idosos (fatores ambientais, neuro psicológicos, fisiológicos, socioeconómicos e culturais) é fundamental uma intervenção adequada de forma articulada com diferentes profissionais, nomeadamente enfermeiros, nutricionistas, médicos, dentistas, entre outros, bem como cuidadores, famílias, centros de convívio e autarquias, procurando promover um ambiente sociocultural promotor de estilos de vida saudáveis.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência deve ser um objetivo individual de vida e, em simultâneo, uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas!

2. Enquadramento

Um dos principais determinantes de doença e diminuição da qualidade de vida nos idosos é a malnutrição que constitui um exemplo de estado nutricional em que a deficiência ou excesso de energia, de proteína ou de outros nutrientes provoca efeitos adversos mensuráveis sobre a forma e função corporal, com resultados clínicos (Elia & Stratton, 2005).

A malnutrição deve ser encarada como uma das maiores ameaças para a saúde, bem-estar e autonomia dos idosos, prejudicando a sua saúde física e psicológica, predispondo-o ao desenvolvimento de doenças, ao mesmo tempo que condiciona negativamente o seu prognóstico (Stratton, Green & Elia, 2003; Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin, 2004).

Intervenções preventivas nesta área (incluindo a prevenção de desnutrição e da obesidade) têm o potencial de proteger a saúde, reduzir custos nos sistemas de saúde e proporcionar melhorias relevantes em termos de qualidade de vida do idoso. Através da sensibilização e formação dos profissionais de saúde, é possível, utilizando ferramentas eficazes de triagem, diagnosticar a malnutrição e identificar situações de risco nutricional antes da sua evolução para situações de doença crónica e de tratamento complexo e oneroso (Elia, Stratton, Russel, Green & Pang, 2005).

A malnutrição a nível europeu, afeta mais de 30 milhões de pessoas e tem um custo estimado de 170 mil milhões de euros por ano. Em Portugal três em cada dez portugueses sofrem deste problema, sendo os idosos os principais afetados (Lusa, 2010).

Segundo dados da Food and Agriculture Organization of the United Nations, actualmente, 870 milhões de pessoas a nível mundial estão cronicamente malnutridas, sendo que esta malnutrição assume diversas formas e apresenta um grande peso a nível económico, uma vez que leva a vários tipos de doenças e, por consequente, a elevados custos em saúde (Silvino, 2013).

A malnutrição pode resultar numa resposta imunitária comprometida, o que pode conduzir a um risco aumentado de infeções, dificuldades de cicatrização, recuperação retardada da doença e maior tempo de internamento (Kondrup et al.,2002).Outras consequências incluem a função muscular comprometida, pior qualidade de vida, aumento da morbidade e mortalidade, bem como um aumento de recurso aos cuidados de saúde e aumento de custos com a saúde (Stratton, & Elia, 2007).

De acordo com cálculo publicado num relatório da Food and Agriculture Organization of the United Nations em 2013, a malnutrição custa ao mundo cerca de US\$ 500 (aproximadamente 464 €) por indivíduo ou US\$ 3,5 trilhões (3.25 trilhões €) por ano, valor equivalente ao PIB da Alemanha, a maior economia da Europa. O montante também equivale a 5% do PIB mundial e foi calculado com base nos custos relativos à perda de produtividade e gastos com a saúde gerados por uma dieta deficiente. O órgão alerta ainda que, embora cerca de 870 milhões de habitantes do planeta ainda passem fome, segundo dados do biênio 2010-2012, outros bilhões sofrem com a má ingestão de alimentos. Além disso, 2 Bilhões de pessoas têm deficiências de um ou mais micronutriente, enquanto outras 1,4 bilhões estão com sobrepeso, das quais 500 milhões já são obesos (BBC,2013).

A Malnutrição não só representa um problema no mundo em desenvolvimento, mas afeta também um grande número de pessoas nos países industrializados (European Food Information Council, 2011).

Segundo os dados do European Nutrition for Health Aliance, a prevalência da malnutrição nas pessoas idosas é elevada (Bento; Martins & Cordeiro, 2009).

A luta contra a malnutrição deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos e do poder local. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores e modelos sociais é da maior relevância. Assim, os serviços de saúde, os profissionais, os cuidadores, os familiares, em parceria com as redes sociais, devem promover a adoção de comportamentos saudáveis, de forma a preservar ao máximo a integração deste grupo na sociedade, bem como acompanhar o envelhecimento individual, as suas fragilidades e as alterações demográficas.

2.1. Malnutrição no Centro de saúde Santa Maria de Bragança

No que concerne à malnutrição dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, os resultados do estudo realizado, remetem-nos para algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção ajustada.

Assim, apresenta-se a análise dos resultados mais relevantes:

- Verificou-se uma preocupante prevalência (57,66%;n=222) de malnutrição nos idosos, sendo que 61,26% são mulheres (136) e 38,74% são homens (86).
- Quanto às formas de malnutrição verifica-se que grande parte (43,11%) dos idosos apresenta sobrenutrição e cerca de um quarto (14,54%) possui desnutrição.
- 29,35% dos idosos apresentam obesidade, 13,77% têm sobrepeso e 14,54% apresentam baixo peso.
- Em ambas as situações de malnutrição a prevalência é maior nas mulheres.
- A malnutrição diminui com a idade; É na classe etária dos mais velhos que se verifica menor prevalência de malnutrição:
 - 45,95% (102) são da classe etária 65-74 anos(55 mulheres e 47 homens);
 - 40,09% (89) são da classe etária 75-84 anos (56 mulheres e 33 homens);
 - 13,96% (31) da classe etária com pelo menos 85 anos (25 mulheres e 6 homens).
- 25% dos idosos apresentam risco de desnutrição, sendo que:
 - 35 são da classe etária 65-74 anos(14 mulheres e 21 homens);
 - 40 são da classe etária 75-84 anos (28 mulheres e 12 homens);
 - 18 são da classe etária com pelo menos 85 anos (5 mulheres e 13 homens).
- Dos idosos em risco de desnutrição a maioria vive em casa própria, toma três ou mais medicamentos diferentes por dia, consome três refeições completas por dia, consome pelo menos duas porções de fruta/vegetais por dia, acredita não ter problemas nutricionais e pensam que o seu estado de saúde é pior que o dos outros em idêntica situação.
- O estado nutricional segundo MNA®, está significativamente associado com o estado civil, escolaridade, coabitação, solidão, consumo de álcool, polimedicação, existência de hospitalizações recorrentes, estado de dentição e ao nível de independência do idoso.

- O estado nutricional segundo o IMC está significativamente associado ao estado civil, escolaridade, coabitação, estado da dentição e ao nível de independência do idoso

Relativamente a fatores de risco foi possível concluir que:

- Ser solteiro/divorciado/separado, não ter estudos, coabitar em outra situação e sentir-se só potenciaram significativamente o risco de desnutrição segundo o instrumento MNA.
- Os idosos que consumiam álcool apresentavam maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos que não consomem, em cerca de 70%.
- O elevado número de medicamentos diariamente ingeridos, a existência de hospitalização, o número de hospitalizações e a falta de dentição são fatores explicativos do risco de desnutrição segundo o instrumento MNA.
- Os idosos independentes apresentaram maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face os idosos com dependência ligeira a moderada, em cerca de 10 vezes.

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária, Saúde Pública e Familiar.

Integra-se nas diretrizes da DGS através do PNPAS (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável) e nas diretrizes da OMS, preconizando a intervenção na prevenção e tratamento de todas as formas de malnutrição e promoção de uma alimentação saudável.

Deve articular-se com outros programas nacionais que integram o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, nomeadamente, com o Programa Nacional de Combate à Obesidade Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o

Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

4. Organização e Parcerias

Gestor do projeto: Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança e Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Cliente/Utilizador: Idosos inscritos no Centro de saúde Santa Maria de Bragança

Intervenientes:

- **Coordenadoras do projeto:**
Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente; Anabela Paula Martins
- **Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde:** Enfermeiros, Médicos, Nutricionista, Dentista, Psicóloga, Técnica superior de serviço Social, Assistentes técnicos.
- **Parcerias:** Junta de Freguesia, Centro de dia, cafés, minimercados e vendedores ambulantes.

Sujeitos das Ações: O indivíduo, a família e a comunidade.

Níveis de intervenção: Diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e distúrbios nutricionais, tratamento.

Caráter das ações: Universais (aplicáveis a quaisquer fases do ciclo de vida) e Específicas (aplicáveis a determinada (s) fase (s) do ciclo de vida).

5. Período de Intervenção

Início: Novembro de 2015

Fim: Novembro de 2016

6- Plano de Ação

Projeto: Nutridoso				
Objetivo Geral: Diminuir a prevalência de Malnutrição				
População Alvo: Idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança.				
Objetivos específicos	Atividades	Onde	Nº de ações previstas	Quando
Realizar reuniões de esclarecimento e sensibilização com os profissionais de saúde do Centro de Saúde Santa Maria de Bragança.	Reunião com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde), motivando a intervenção no âmbito da prevenção/ tratamento/ controlo da malnutrição nos idosos, no contexto da sua prática clínica quotidiana.	Centro de Saúde Santa Maria de Bragança	2	Novembro 2015 Janeiro 2016
Realizar sessões de educação para a saúde em várias áreas de intervenção para os idosos conforme consta no planeamento das sessões.	Execução de intervenções teórico-práticas: promovendo o envelhecimento ativo e saudável, participativo em segurança; capacitando e despertando mentalidades positivas e proactivas.	Junta de Freguesia	5	Iniciar janeiro 2016 Ao longo do projeto
Promover uma participação ativa na gestão e controlo da problemática malnutrição nos sujeitos de ação:	Implementação de programas e grupos de atividade física (passeios, caminhadas, bailes) atividades culturais (musica, teatro e literatura); Realização de concurso Intra-Junta de Freguesia “ tema do trabalho a definir pelos idosos participantes” e publicação desses trabalhos nos	Junta de Freguesia		Ao longo do projeto

6.1-Planeamento das sessões de educação para a saúde

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local
1	Ser Idoso/ Estado Nutricional	1-Processo de envelhecimento 2-Principais alterações fisiológicas e psicossociais 3- Fatores que condicionam a ingestão alimentar 4-Malnutrição 5-Avaliação do estado nutricional <i>Dinâmicas de grupo: Quebra-gelo; Teia (com o objetivo de integrar, estimular a atenção e gerar a interação entre os participantes)</i>	Alexandra Parente Enfermeira	6 Janeiro 2016	14h30	Junta de Freguesia
2	Literacia Alimentar e Nutricional	1-Alimentação saudável 2-Necessidades nutricionais no idoso 3-Adaptação da consistência dos alimentos 4- Compra, preparação e consumo <i>Dinâmica de grupo: Degustação de batidos Rastreio: Avaliação do estado nutricional</i>	Dr.ª Lígia Afonso Nutricionista	13 Janeiro 2016	14h30	
3	Saúde Oral	1-Doenças Orais 2-Dentição 3-Higiene oral <i>Rastreio oral</i>	Dr.ª Daniela Prada Dentista	20 Janeiro 2016	14h30	
4	O papel da Família e da rede de apoio social na promoção da saúde/ alimentação do idoso	1-Importância do apoio familiar e social 3- Apoios e incentivos sociais disponíveis para o apoio ao idoso 3- Estratégias de envolvimento da rede social na alimentação do idoso <i>Dinâmica de grupo</i>	Dr.ª Manuela Serrano Assistente Social	27 Janeiro 2016	14h30	
5	Alterações cognitivas/alimentação; Isolamento/ Solidão	1-Declínio funcional cognitivo (memória, atenção, raciocínio...) 2-Fatores que levam a alterações cognitivas 3-Alimentação dos idosos com alterações <i>Dinâmica de grupo: Estimulação cognitiva</i>	Dr.ª Rosa Correia Psicóloga	3 Fevereiro 2016	14h30	

7. Avaliação

A avaliação será realizada pela entidade gestora do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

Indicadores de Estrutura (Indicam as características dos contextos em que ocorrem as atividades) - A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

Disponibilidade de:

- Recursos humanos: profissionais de saúde, parceiros, idosos participantes;
- Recursos materiais (instalações, equipamentos, mobiliário, material didático).

Indicadores de Processo (Refere-se ao que é realmente feito durante o planeamento e implementação de cada atividade) -A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

- Tempo para planeamento de cada atividade;
- Tempo para realização de cada atividade;
- Avaliação de cada atividade;
- Percentagem de ações desenvolvidas;
- Índice de participação da população-alvo nas ações

Indicadores de resultado: A avaliar em 2017 através da realização de um estudo de investigação com características semelhantes ao realizado para este trabalho.

Indicadores de Resultado	Metas	
	Diagnóstico 2015	Novembro 2017
Prevalência de malnutrição	57,66%	55%
Percentagem de idosos com sobrenutrição	43,11%	40%
Percentagem de idosos com desnutrição	14,54%	10%
Percentagem de idosos com risco de desnutrição	25%	20%

Indicadores de desempenho: A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade.

Indicadores de desempenho	Metas		
	Diagnóstico 2015	Mai 2016	Novembro 2016
Percentagem de ações desenvolvidas	–	40%	90%
Índice de participação da população-alvo nas ações	–	80%	95%

Referências Bibliográficas

BBC(2013). Má nutrição no mundo custa US\$ 3,5 trilhões por ano, diz FAO. Acedido a 30.10.2015 em:

<http://noticias.r7.com/saude/ma-nutricao-no-mundo-custa-us-35-trilhoes-por-ano-diz-fao->

Bento; Martins & Cordeiro (2009). Intervenção Farmacêutica no Idoso. Guia Prático Volume II. Nutrição e o Idoso. 1ª Edição. Associação Nacional das Farmácias. 5-18.

Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin (2004). Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. International Journal of Nursing Studies. 2004. Mar; 41(3):225–37.

Elia & Stratton (2005). The costs of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use oral nutritional supplements in adult. In: Health economic report on malnutrition in the UK. Bapen. Acedido a 01.11.2015 em: http://www.bapen.org.uk/pdfs/health_econ_exec_sum.pdf.

Elia, Stratton, Russel, Green & Pang (2005). The costs of disease-related malnutrition in

- The UK and economic considerations for the use oral nutritional supplements in adult. In: Health economic report on malnutrition in the UK. Bapen. Acedido a 01.12.2015 em: http://www.bapen.org.uk/pdfs/health_econ_exec_sum.pdf..
- European Food Information Council (2011). Tempo para reconhecer a malnutrição na Europa. Acedido a 20.11.2015 em: <http://www.eufic.org/article/pt/artid/Time-to-recognise-malnutrition-Europe/>.
- Kondrup et al. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 21(6):461–468.
- Lusa (2010). Três em cada dez portugueses sofrem de malnutrição. Acedido a 02.03.2015 em: <http://www.publico.pt>
- Silvino (2013). Dia Mundial da Alimentação alerta para a malnutrição em Portugal. Acedido a 02.10.2015 em: <http://www.tribunadamadeira.pt/?p=11023>
- Stratton & Elia (2007). A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. Clin Nutr Suppl 2(1):5.
- Stratton, Green & Elia (2003). Disease-related Malnutrition. An Evidence-based Approach to treatment. CABI. Publishing. Wallingford: CABI Publishing.

Anexo VI

Relatório de Estágio realizado na UCC de Bragança

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade de Bragança

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

Bragança, abril, 2016

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade de Bragança

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira

Bragança, abril, 2016

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

CS- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

MEEM- Mini-Exame do Estado Mental

SNS- Serviço Nacional de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNPAS-Programa Nacional Para a Alimentação Saudável

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

Índice

Introdução	158
1- Contextualização do Local de Estágio	161
1.1-Área de Influencia	162
1.2- População Inscrita	163
1.3- Constituição da Equipa.....	164
1.4- Carteira de Serviços.....	165
1.5- Instalações e Equipamentos.....	167
1.6- Relações Interinstitucionais	167
1.7- Organização Interna.....	168
2- Atividades Desenvolvidas em Estágio	170
3- Análise Crítica e Considerações Finais	182
Referências Bibliográficas	185
Anexos	186
Anexo I- Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde em serviço.....	187
Anexo II- Passatempo: palavras cruzadas	189
Anexo III- Carta/ Convite aos Profissionais de Saúde:	192
Nutricionista, Dentista, Assistente Social, Psicóloga	192
Anexo IV- Planeamento das Sessões de Educação para a Saúde.....	194
Anexo V- Carta Convite ao Presidente da Junta da Freguesia de Espinhosela	196
Anexo VI- Cartaz de Divulgação do Projeto.....	198
Anexo VII- Boletim Individual de Registo	200
Anexo VIII- Passatempo para os participantes: Adivinhas; Sopa de letras.....	202
Anexo IX- Avaliação das cinco Sessões de Educação para a Saúde	204
Anexo X- Convite às Famílias de Acolhimento para a Sessão de Educação para a Saúde.....	206
Anexo XI- Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde das Famílias de Acolhimento.....	208

Introdução

Os cuidados de saúde primários (CSP) são a componente dos sistemas de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo. Enquanto pilar essencial do serviço nacional de saúde (SNS), assumem importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2014) é essencial articular todos os recursos comunitários, enfatizando a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais. Este processo visa aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde individual e coletiva no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

É fundamental a identificação de problemas, os seus fatores determinantes e as necessidades de saúde da população e de se delinearem abordagens de intervenção apropriadas. Isto implica planear em saúde e não apenas dar resposta á procura de cuidados de saúde. Implica também trabalhar com outros setores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com recurso ao envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais nos processos que direta ou indiretamente possam afetar a sua saúde (Ministério da Saúde, 2011).

As principais causas de morbimortalidade evitáveis estão relacionadas com os comportamentos individuais e coletivos e respetivos determinantes, em particular os que decorrem dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e dos contextos ambientais e sociais em que estes vivem. Neste tipo de abordagem é portanto, imprescindível a existência de profissionais com competências específicas, nomeadamente em epidemiologia, planeamento e administração de saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e em comunicação interpessoal e socio-grupal em saúde, ferramentas com as quais se identifica e caracteriza, planeia e atua com rigor técnico e evidência científica,

sobre os problemas de saúde de uma dada população e sobre os determinantes que lhes estão associados. Estes requisitos são essenciais para se delinearem estratégias de intervenção de âmbito populacional. É com este conhecimento da população com quem se pretende trabalhar, dos seus valores e das suas práticas que se torna possível contribuir para uma maior literacia e capacitação em saúde. Esta intervenção só é possível se existir envolvimento da própria comunidade, das suas lideranças e organizações representativas (OMS, 2008;Ministério da Saúde, 2011).

No âmbito da Unidade curricular estágio II- Trabalho de Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Bragança, preconiza-se o desenvolvimento de um relatório de Estágio.

Assim, este relatório descreve os caminhos percorridos no Estágio, pretendendo ser o relato final de natureza reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

O Estágio desenvolveu-se essencialmente em duas fases, durante as quais se desenvolveram múltiplas e diversas atividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária. Na 1ª fase foi realizado o diagnóstico de saúde de uma comunidade, especificando, foi avaliado o estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança. Na 2ª fase foi concebido, planeado, realizado e avaliado um projeto de intervenção comunitária “Nutridoso” (mercê do diagnóstico da situação de saúde) com base na metodologia do planeamento em saúde.

O desenvolvimento deste estágio teve subjacente a definição dos objetivos e competências a adquirir, preconizadas no Guia Orientador de Estágio, que se concretiza em contextos da prática através da realização de um projeto individual.

A escolha do local de estágio resultou de uma opção pessoal e desenvolveu-se de 21 de Setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016, no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança. Foi realizado de segunda a sexta em horário pós- laboral, até perfazer a carga horária total de 420 horas, conforme o plano da unidade curricular.

A elaboração deste relatório de estágio encerra em si o propósito de organizar e descrever de uma forma objetiva e sequencial as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio; dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação.

Encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente apresenta-se a introdução, seguindo-se a contextualização do local de estágio. Numa segunda parte são descritas e analisadas as atividades realizadas no decorrer do estágio, com vista à concretização dos objetivos. No final, serão feitas algumas considerações finais sumariando as competências adquiridas durante este processo formativo, e também uma análise crítica do estágio, com a formulação de sugestões que decorrem de um permanente questionamento da prática.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da UCC, os esclarecimentos/orientações da Professora Orientadora visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio, o recurso permanente à relação comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados e as normas de execução de trabalhos escritos.

Durante a elaboração deste documento, prevêm-se dificuldades relacionadas com a tradução em palavras, de modo sucinto e objetivo, da riqueza das experiências que ao longo deste período contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, bem como na sua estruturação, no sentido da aquisição de uma articulação lógica, sequencial e apelativa à leitura deste relatório.

1- Contextualização do Local de Estágio

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) Domus que é uma Unidade funcional do Centro de Saúde de Bragança, integrado na unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O Centro de Saúde de Bragança é composto por duas unidades/ edifícios:

- a Unidade da Sé, localizada na Rua Engenheiro Amaro da Costa e integra uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- a Unidade de Santa Maria localizada na Avenida Cidade de Leon e integra duas UCSP e a UCC.

A UCC Domus está sediada na Unidade de Santa Maria. O horário de funcionamento é:

- Dias úteis das 8h às 20h;
- Fins-de-semana e feriados das 9h às 17h (apenas para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados);
- Outro horário, após as 20h, apenas em atividades programadas em programas em que a população - alvo, justifique horário pós- laboral.

A UCC Domus tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão da ULSNE em que se integra. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida. Segundo o plano de ação rege-se pelos seguintes valores e princípios: Ética, Qualidade, Excelência, Criatividade, Inovação, Autonomia, Responsabilidade Social

partilhada, Brio Profissional, Reconhecimento, Cooperação, Solidariedade e Trabalho de Equipa.

A UCC Domus orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção e controlo da doença.

Concomitantemente tem definido um plano de formação e de melhoria continua (desenvolvimento de competências dos profissionais), contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a RNCCI e outras instituições/parcerias comunitárias.

1.1-Área de Influencia

A área geográfica de intervenção da UCC corresponde à área do concelho de Bragança, considerado um dos concelhos de maior dimensão do país, com uma superfície territorial aproximada de 1174Km², repartida em 39 freguesias (Figura 1) contando com 35341 habitantes (Figura 2), possibilitando o trabalho intersectorial em projetos de parceria com autarquias, escolas e instituições comunitárias.

Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da área de influência do centro de saúde (CS).



Figura 1. Mapa das freguesias do Concelho de Bragança

Fonte: Câmara Municipal de Bragança

INDICADORES	VALORES	ANO	FONTE
População residente total (Nº)	35 341	2011	INE, Censos 2011
Densidade populacional (hab/km ²)	30,11	2011	INE, Censos 2011
Taxa de crescimento inter-censitária (%)	1,70	2001-2011	INE, Censos 2011
População [0-14] (%)	12,39	2011	INE, Censos 2011
População [15-24] (%)	10,12	2011	INE, Censos 2011
População [25-64] (%)	54,28	2011	INE, Censos 2011
População [65 +] (%)	23,61	2011	INE, Censos 2011
População [0-14] inter-censitária (%)	-9,57	2001-2011	INE, Censos 2011
População [15-24] inter-censitária (%)	-28,97	2001-2011	INE, Censos 2011
População [25-64] inter-censitária (%)	6,04	2001-2011	INE, Censos 2011
População [65 +] inter-censitária (%)	20,93	2001-2011	INE, Censos 2011
Índice de envelhecimento (Nº)	185,10	2012	INE, Anuário Estatístico da Região Norte (2012)
Índice de dependência de idosos (Nº)	34,60	2012	INE, Anuário Estatístico da Região Norte (2012)
Taxa bruta de natalidade (‰)	6,50	2012	INE, Anuário Estatístico da Região Norte (2012)

Figura 2. Demografia do concelho de Bragança

Fonte: Câmara Municipal de Bragança

1.2- População Inscrita

O CS de Bragança tem um total de 37004 inscritos, dos quais 14041 utentes estão inscritos na Unidade da Sé e 22963 na Unidade Santa Maria.

A pirâmide etária dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Bragança é característica de uma população adulta /envelhecida dos países desenvolvidos.

Tem por base a estreitar e um topo a alargar e as barras correspondentes aos grupos etários adultos são as mais largas, o que significa que os adultos são a classe dominante.

A natalidade diminui bastante enquanto a mortalidade é baixa. Ocorre um crescimento demográfico baixo e uma esperança de vida elevada.

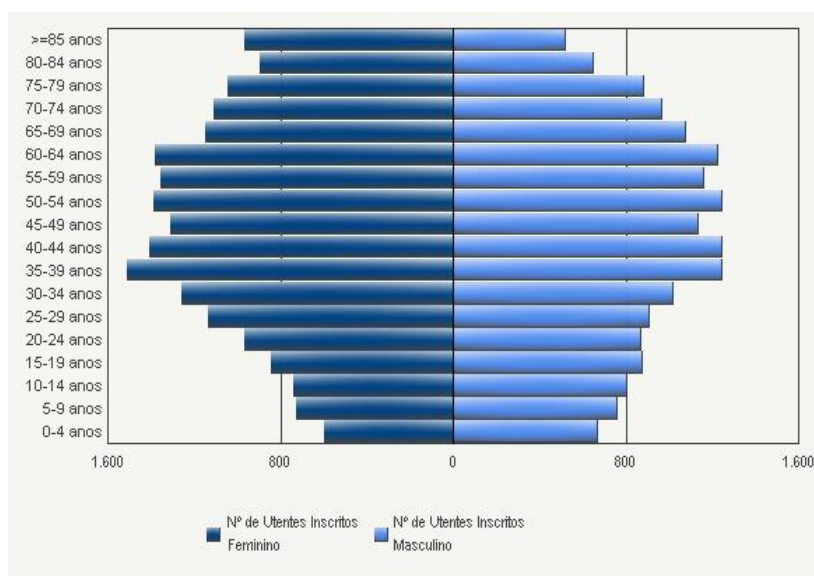


Figura 3. Pirâmide etária

Fonte: SINUS,2016

1.3- Constituição da Equipa

Quando se fala de equipa fala-se de um pequeno núcleo de profissionais, do sentido de pertença, de uma cultura e intencionalidade comuns, de vontade de adesão, enfim da qualidade da ligação interpessoal, de pessoas coordenadas por um líder que se assuma como coordenador do processo e não de pessoas. A perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar potencia as competências de cada grupo profissional e contribui, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e resposta adequada às necessidades em cuidados de saúde da comunidade que serve (Ministério da Saúde, 2011).

É fundamental uma boa articulação, não só com todos os profissionais e unidades funcionais do CS, como também com os que integram a Rede Social, no sentido de rentabilizar esforços e potenciar respostas que cada um, individualmente, não conseguiria atingir, de forma a assegurar cuidados integrados, atempados e de qualidade aos cidadãos.

Os profissionais que integram a UCC Domus reúnem competências e estão motivados para desenvolver atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários setores comunitários, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, com alguns profissionais a trabalhar a tempo inteiro e outros a tempo parcial (Quadro 1).

Esta dimensão da equipa multidisciplinar, profissionais a tempo inteiro ou a tempo parcial, está de acordo com as horas de cuidados necessários para dar resposta aos problemas e às necessidades da comunidade.

Quadro 1

Constituição da Equipa Multidisciplinar da UCC

Nº de elementos	Profissional	Trabalho
2	Enfermeira Especialista Enfermagem de Reabilitação (1 delas com funções de coordenadora)	a tempo inteiro
4	Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária	a tempo inteiro
1	Enfermeira Especialista Saúde Materna Obstétrica	a tempo inteiro
2	Enfermeira	a tempo inteiro
1	Médico	a tempo parcial
2	Técnico Serviço Social	a tempo parcial
2	Psicóloga	a tempo parcial
1	Nutricionista	a tempo parcial
1	Dentista	a tempo parcial
1	Assistente técnico	a tempo inteiro

1.4- Carteira de Serviços

A carteira básica da UCC Domus teve por base o artigo 9º do despacho nº 10143/2009. Todas as atividades a desenvolver têm o seu alicerce no diagnóstico de saúde da comunidade, nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e nos programas em desenvolvimento. Integram-se no plano de ação da ULSNE, em estreita articulação com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde designadamente: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Recursos

Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Pública (USP), bem como com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e em consonância com as orientações técnicas do conselho clínico.

Atualmente fazem parte da carteira básica de serviços:

- ✓ Saúde Escolar
 - Gabinete de Apoio ao Aluno
 - PASSE
 - PRESSE
 - Saúde Oral
 - Saúde Mental
 - Crescer em segurança: Prevenção de acidentes
 - Gabinete de Apoio á Sexualidade Juvenil (GASJ)
 - Gabinete de Saúde
- ✓ Projeto Nacional de Saúde Reprodutiva
 - “Nascer Saudável”
 - “Amamentar dá Saúde”
 - “Laços de Ternura”
- ✓ Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Comissão Proteção Crianças e Jovens
- ✓ Intervenção Precoce
- ✓ Programa Nacional da Pessoa Idosa
 - Envelhecer Ativo
 - Entardecer no concelho de Bragança
 - AVC: Reabilitar e Readaptar
 - Respire Qualidade de Vida
- ✓ Núcleo Local de Inserção / Rendimento Social de Inserção
- ✓ Rede social
 - SOS Cuidador – Famílias de acolhimento
- ✓ ECCI

1.5- Instalações e Equipamentos

A UCC Domus está localizada no rés-do-chão da Unidade de Santa Maria, possuindo gabinetes de trabalho equipados e na minha opinião em número insuficiente para os profissionais. Possui 4 gabinetes de enfermagem; 1 local de armazenamento dos materiais necessários à atividade diária; 2 wc, 1 sala de espera e ainda 2 salas de preparação para o parto psico- profilático, uma na Unidade da Sé e outra na Unidade de Santa Maria.

As instalações da UCC são dotadas com equipamentos necessários ao trabalho de qualidade dos profissionais.

Relativamente às aplicações existentes, possui acesso aos programas informáticos: SINUS, SClínico, SAM, e GOTA.

1.6- Relações Interinstitucionais

A UCC tem fortes relações interinstitucionais com entidades externas, públicas e privadas, conforme representado na figura 4.

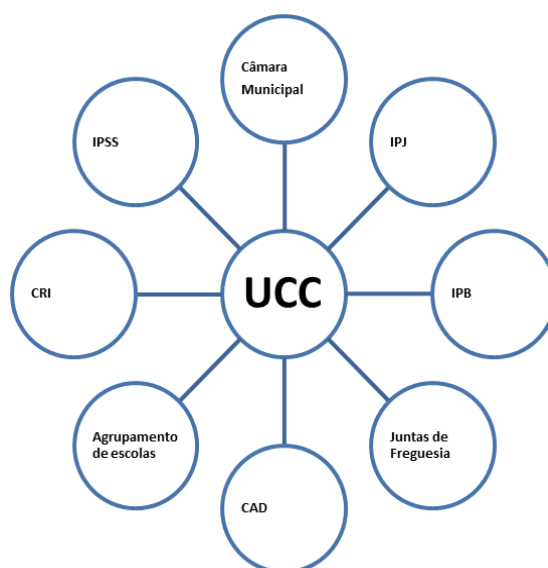


Figura 4. Relações interinstitucionais da UCC

1.7- Organização Interna

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais do centro de saúde de Bragança (UCSP, USP, URAP), e com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade. O seu funcionamento baseia-se:

- Cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade e trabalho de equipa;
- Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- Articulação efetiva com as outras unidades funcionais da ULSNE;
- Parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras);
- Avaliação contínua;
- Gestão participativa, assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.
- Intersubstituição.

São funções e responsabilidades da equipa:

- Saber atender, acolher e encaminhar os utentes ou familiares de forma cortês, eficaz e humana.
- Prestar cuidados específicos nas suas competências profissionais de acordo com o estado da arte.
- Cumprir os procedimentos e instruções de trabalho do Manual da Qualidade.
- Zelar pelo património do Centro de Saúde.
- Participar na organização, no funcionamento, dinamização e monitorização das diferentes áreas da carteira de serviços

A comunicação entre a equipa realiza-se através de vários meios: Intranet, telefone, correio eletrónico, reuniões de equipa por área de projeto e reuniões gerais de todos os profissionais da UCC. É realizada uma reunião de trabalho semanal da ECCI e 3 vezes por ano da equipa alargada.

A articulação com as outras Unidades Funcionais do Centro de saúde é feita através de reunião mensal com todos os coordenadores das unidades do CS, e através de correio eletrónico, fax, documentos de referenciação específicos e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

2- Atividades Desenvolvidas em Estágio

Neste capítulo descrevem-se as atividades realizadas ao longo do estágio tendo em conta os objetivos preconizados no Guia Orientador de Estágio.

O estágio baseou-se essencialmente na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade e no estabelecimento de um projeto de intervenção comunitária, mercê do diagnóstico da situação de saúde.

Assim, neste estágio foi feita a avaliação do estado nutricional dos idosos inscritos no CS Santa Maria de Bragança, definindo-se como objetivos principais: caracterizar o estado nutricional, identificar a prevalência de malnutrição e relacionar o estado nutricional com variáveis socioeconómicas demográficas, comportamentais e clínicas.

Face aos objetivos delineados optou-se por um estudo observacional, analítico, transversal e com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 385 idosos, representativos da distribuição por sexo e faixa etária da população. Para a colheita de dados utilizou-se o formulário, aplicado pela investigadora.

Como principais resultados destacou-se a acentuada prevalência de malnutrição (57,66%), verificando-se que 43,11% dos idosos apresentavam sobrenutrição e 14,54% possuíam desnutrição. Segundo o IMC constatou-se que 42,34% dos idosos têm peso adequado, 29,35% apresentavam obesidade, 13,77% tinham sobrepeso e 14,54% possuíam baixo peso. O MNA® permitiu identificar 25% de situações de risco nutricional. Concluiu-se que o estado nutricional segundo MNA® estava significativamente associado com o estado civil, escolaridade, coabitação, solidão, consumo de álcool, polimedicação, existência de hospitalizações recorrentes, estado de denteição e ao nível de independência do idoso; Segundo o IMC estava significativamente associado ao estado civil, escolaridade, coabitação, estado da denteição e ao nível de independência do idoso.

Após elaboração do diagnóstico de saúde, desenhou-se um projeto de intervenção comunitária com vista à resolução dos problemas identificados, ao qual se deu o nome de “Nutridoso”. Fazia todo o sentido desenvolver um projeto que contribuísse de algum

modo para a melhoria da oferta de cuidados à população, que pudesse ter continuidade no futuro contribuindo ativamente e de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem comunitária e que não fosse um simples cumprimento de uma exigência curricular.

O projeto Nutridoso visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos. O projeto contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção e tratamento de todas as formas de malnutrição e promoção de uma alimentação saudável; procura promover a escolha informada e o desenvolvimento de habilidades e competências na gestão dos processos de saúde/doença, através de sessões de Educação para a Saúde e rastreio de fatores de risco para a malnutrição.

A operacionalização do projeto iniciou-se em novembro de 2015, com a realização de uma sessão de formação para os profissionais de saúde, do Centro de Saúde Santa Maria de Bragança, motivando a intervenção no âmbito da prevenção/ tratamento/ controlo da malnutrição nos idosos, no contexto da sua prática clínica quotidiana. Nesta sessão estiveram presentes 13 enfermeiros, 5 médicos, a nutricionista, a dentista e 4 alunas de enfermagem que avaliaram a sessão. Dos presentes, 100% referiram positiva a utilidade dos temas, os conteúdos abordados, a dinamização e o incentivo à participação. Relativamente às instalações, material de apoio e meios audiovisuais também foi indicada como positiva (100%) (Anexo I e Anexo II).

Posteriormente implementou-se um plano de intervenção constituído por 5 sessões de educação para a saúde destinado aos idosos. Este plano abrange diferentes áreas de intervenção na área da saúde a serem abordadas por diferentes profissionais, convidados para o efeito (Anexo III) a realizar nas juntas de freguesia do concelho, conforme planeamento das sessões de educação para a saúde (Anexo IV).

A 1ª junta selecionada foi a junta de freguesia de Espinhosela pela facilidade de contacto, disponibilidade e interesse do presidente da junta, sabendo que em contexto de intervenção comunitária, o sucesso de um número significativo de intervenções/ atividades decorre do conhecimento profundo da comunidade, dos seus representantes

formais e informais, dos recursos sociais e do estabelecimento de parcerias (Anexo V, VI).

Antes de dar início ao plano este foi alargado à comunidade em geral para garantir um nº significativo de participantes.

Sessão 1: “Ser Idoso; Estado Nutricional “

Realizou-se dia 6 de janeiro de 2016.

Inicialmente foram feitas as apresentações, recorrendo à dinâmica de grupo Quebra-gelo, utilizada para promover descontração, integração e coesão grupal. Apresentou-se também o projeto Nutridoso, seus objetivos e plano de ação.

Seguiu-se uma pequena apresentação em PowerPoint, com recurso a imagens e texto simples, atendendo às características da população alvo, onde foram abordados aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, principais alterações fisiológicas e psicossociais, fatores que condicionam a ingestão alimentar, malnutrição e avaliação do estado nutricional.

No âmbito desta sessão, contou-se com o contributo de duas enfermeiras com especialização em Enfermagem Comunitária, essencialmente para colaborar na:

- Avaliação do Estado Nutricional com base no MNA e dados antropométricos (Peso, Altura, IMC),
- Avaliação de outros parâmetros como a Tensão Arterial (TA), Glicemia Capilar e Perímetro da Cintura (PC), no sentido da tomada de consciência e responsabilidade ao nível dos objetivos terapêuticos individuais e da importância da vigilância periódica;
- Identificação dos portadores de doenças crónicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, dislipidémia, entre outras) para o cuidado nutricional específico;
- Identificação dos distúrbios associados à alimentação (anorexia, bulimia, compulsão alimentar e outros transtornos alimentares);
- Identificação de fatores de risco para o estado nutricional;
- Identificação das mudanças fisiológicas e das condições de saúde do idoso que possam interferir nas suas práticas alimentares;

- Orientação alimentar adaptada às mudanças fisiológicas e às condições de saúde do idoso.

Foi entregue boletim individual (Anexo VII) para registo de informação pertinente ao longo das 5 sessões, e alguns passatempos (sopa de letras e adivinhas) (Anexo XIII).

No final da sessão, ofereceu-se um lanche saudável e motivaram-se os participantes para regressassem nas próximas sessões.

De registar o entusiasmo dos participantes, a vontade de saber mais, a disponibilidade para a mudança e a referência às dinâmicas de grupo enquanto facilitadoras da expressão dos problemas quotidianos.

Sessão 2: “Literacia Alimentar e Nutricional”

Ocorreu dia 13 de janeiro de 2016 e contou com a preciosa colaboração da Nutricionista do centro de saúde de Bragança.

Nesta sessão, abordaram-se aspetos relacionados com alimentação saudável; necessidades nutricionais no idoso; adaptação da consistência dos alimentos; compra, preparação e consumo, com enfoque numa abordagem interativa e dinâmica. Privilegiou-se a autonomia das pessoas para a escolha dos alimentos, apresentando-se a cada participante a Nova Roda dos Alimentos, enquanto esquema visual que permite a apropriação das porções, grupos e frequências de alimentos. A atividade foi dinamizada através de perguntas e de diálogo entre os participantes que, deste modo, facilitou a compreensão da importância relativa dos diferentes grupos de alimentos e modos de confeção nas opções alimentares do dia-a-dia. Foram igualmente explorados, com base nos relatos das experiências individuais, aspetos do quotidiano como o número de refeições recomendadas; os produtos sazonais; o consumo de bebidas alcoólicas; e as estratégias impulsionadoras das mudanças comportamentais.

No que toca às porções e equivalências dos alimentos e pelo desconhecimento da noção de quantidade, recriou-se um cenário que procurou a aprendizagem simulada da preparação de uma refeição (pequeno almoço e almoço), disponibilizando-se os alimentos já confeccionados.

Nesta sessão foi avaliada a Massa Gorda (% de Gordura Corporal), com recurso à balança bioimpedância que consiste num exame não invasivo que avalia com alta

precisão a composição corporal. Mais do que simplesmente calcular o peso do indivíduo, essa balança informa a percentagem de gordura, de hidratação, de osso e de músculo. É considerada uma metodologia muito eficiente e precisa para auxiliar os nutricionistas a tratar os utentes de forma mais adequada e personalizada.

A sessão terminou com a realização e degustação de batidos, com o objetivo de por um lado proporcionar um maior envolvimento dos participantes e por outro diversificar e mostrar opções de lanches saudáveis.

Predominou na exemplificação destas atividades um registo de curiosidade em todos os participantes e, da apreciação global, consideraram estas estratégias muito inovadoras, no entanto foi referida a necessidade de sintetizar toda a informação abordada num folheto informativo.

Durante esta sessão, ressaltaram ainda atividades como:

- Promoção e realização de educação alimentar e nutricional com ênfase na Promoção da Alimentação Saudável;
- Orientação alimentar com ênfase em práticas alimentares saudáveis e no consumo de alimentos regionais, com abordagem adequada à realidade local e às distintas fases do curso da vida;
- Identificação das características de consumo alimentar da família: produção, disponibilidade de alimentos, aquisição, consumo, preparação de alimentos e cultura alimentar;
- Tratamento dos idosos com alimentação inadequada com base nas diretrizes nacionais da alimentação saudável;
- Tratamento alimentar dos idosos com baixo peso, sobrepeso/obesidade.

Sessão 3: “Saúde Oral”

Efetou-se dia 20 de janeiro de 2016 e contou com o apoio da dentista do centro de saúde de Bragança.

Numa descrição sumária, esta sessão tinha como objetivo promover a saúde oral e prevenir doenças orais, tendo sido debatidos temas como as doenças orais, dentição e higiene oral. Para este último tema foi realizada demonstração em “boca portátil.”

Foram exibidos múltiplos e diversificados produtos e objetos relacionados com a saúde oral, desde soluções, géis, colas, escovas, raspador de língua, escovilhões, etc., seguida de esclarecimentos acerca da finalidade de cada produto/ objeto.

Foi realizado rastreio oral aos participantes que o aceitaram fazer, uma vez que nem todos consentiram, com o intuito de identificar problemas de saúde oral, e verificação do estado de dentição, encaminhando para atendimento profissional específico, quando necessário. A sessão culminou com a recapitulação dos passos da higiene oral.

Globalmente, manifestaram vontade de repetir estas atividades, elogiaram as metodologias utilizadas e tomaram consciência da sua autorresponsabilização no auto cuidado e, conseqüentemente, na melhoria da saúde oral e da qualidade de vida.

No final da sessão, ofereceu-se um lanche saudável a todos os presentes.

Sessão 4: “O papel da família e da rede de apoio social na promoção da saúde/ alimentação do idoso”

Realizou-se dia 27 de janeiro de 2016 e contou com a intervenção da assistente social da Unidade Santa Maria do centro de saúde de Bragança.

Nesta sessão foram discutidos conteúdos como a importância do apoio familiar e social; apoios e incentivos sociais disponíveis e estratégias de envolvimento da rede social na alimentação do idoso, recorrendo a metodologias participativas, como forma de promover a troca de experiências, com recurso a perguntas direcionadas para os conteúdos abordados e tempestade de ideias.

As dinâmicas de grupo facilitaram a partilha de ideias e de dificuldades com que usualmente se deparam. Seguidamente debateram-se estratégias para fomentar a prática de apoio familiar e social.

Ao longo desta sessão houve ainda oportunidade para:

- Promoção da valorização da alimentação como espaço de convívio familiar, integração do idoso na família e para manutenção de sua identidade;
- Identificação das famílias em vulnerabilidade nutricional;
- Avaliação da relação do idoso com a família e dos cuidados da família para com o idoso;

- Articulação com instituições e pessoas cuidadoras de idosos no sentido de promover a alimentação saudável e a adequação da alimentação nos casos de malnutrição;

Encerrou-se a sessão com um lanche saudável impulsionando mais um momento de convívio entre os presentes e fomentando assim a interação social.

Sessão 5: “Alterações cognitivas/alimentação; Isolamento/ Solidão”

Realizou-se dia 03 de fevereiro de 2016 e contou com a colaboração da psicóloga do centro de saúde de Bragança e com uma enfermeira da UCC.

Esta sessão tinha como objetivos proporcionar conhecimentos acerca da diminuição das capacidades cognitivas (memória, atenção, raciocínio) decorrentes do processo de envelhecimento e informar de que forma o isolamento/solidão interfere na alimentação do idoso.

Ao longo da sessão foram identificadas limitações cognitivas de locomoção e de autonomia do idoso que interfiram na sua alimentação;

Realizou-se a avaliação do estado cognitivo utilizando o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Este exame fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planeada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memorização das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

No final da sessão harmonizou-se um convívio oferecendo mais um lanche saudável.

Foi proposto mais um encontro para o mês de abril para repetição de todas as avaliações/ rastreios realizados ao longo das 5 sessões.

No final do plano de intervenção importa refletir sobre o que foi feito, sobre a efetividade das atividades e a sua pertinência, num processo contínuo de aperfeiçoamento.

A avaliação do plano de intervenção teve por base o preenchimento de um questionário de avaliação relativo às diferentes sessões (Anexo IX).

Desta avaliação ressaltou que todos os participantes (100%) referiram que as sessões foram claras na apresentação e exposição dos conteúdos, correspondendo às suas expectativas e que os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa. Referiram que os temas abordados foram interessantes e úteis (100%); que o conteúdo das sessões de formação foi adequado (95%) e que o tempo de duração das sessões de formação foi adequado os objetivos e conteúdos (95%).

A avaliação do projeto Nutridoso ainda não foi realizada porque este ainda se encontra em operacionalização. A avaliação do projeto será feita tendo como base indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

Dia 28 de janeiro de 2015, no âmbito do projeto SOS Cuidador (projeto integrado no plano de atividades da UCC) foi realizada uma sessão de sensibilização sobre a Malnutrição nos idosos, para as famílias de acolhimento de idosos do concelho de Bragança (Anexo X). Esta sessão foi realizada na unidade Santa Maria, contando com a presença de 8 famílias, 1 médico, a enfermeira responsável do projeto e 3 alunas estagiárias (2 de enfermagem e 1 de educação social).

A avaliação desta sessão foi efetuada através de um questionário aplicado antes e depois da sessão com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos (Anexo XI).

Sumariando, ao longo deste estágio evidenciaram-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Foi possível a identificação de necessidades dos indivíduos de determinada área geográfica, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários.

Tendo em conta as linhas de orientação do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), no decorrer deste estágio, pode-se ainda salientar:

- ✓ A contribuição na operacionalização do PNPAS que tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.
- ✓ A realização de atividades para ajudar a atingir os objetivos gerais do PNPAS:
 - a) A agregação e recolha de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes, a avaliação das situações de insegurança alimentar e, a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas com o objetivo de promover consumos alimentares saudáveis ou protetores face à doença a nível nacional.
 - b) A modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e incentivando a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, o incentivo a ações de reformulação nutricional dos produtos alimentares através de uma ação articulada com a indústria alimentar e com o sector da restauração alimentar, ou ainda através de outras atividades que possam influenciar a disponibilidade alimentar, tendo em conta os conhecimentos e consensos científicos mais recentes.
 - c) O aumento da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários, em especial dos grupos mais desfavorecidos, para as escolhas e práticas alimentares saudáveis e o incentivo de boas práticas sobre a rotulagem, publicidade e marketing a produtos alimentares.
 - d) A identificação e promoção de ações transversais com outros setores da sociedade, nomeadamente da agricultura, desporto, ambiente, educação, autarquias e segurança social deverão permitir, entre outros, promover a adoção de um padrão alimentar mediterrânico, suscetível de incentivar o consumo de

alimentos de origem vegetal, sazonais, nacionais, com recurso a embalagens ou meios de transporte que reduzem a emissão de poluentes, desenvolver ferramentas eletrónicas que permitam o planeamento de menus saudáveis, de fácil utilização e economicamente acessíveis com informação dos preços para indivíduos e famílias e, desenvolver uma rede a nível autárquico de monitorização de boas práticas e projetos na área da promoção da alimentação saudável para os munícipes.

- e) A melhoria da formação, qualificação e modo de atuação de diferentes profissionais que podem influenciar consumos alimentares de qualidade, nomeadamente ao nível da saúde, escolar, autárquico, na área do turismo e restauração ou da segurança social.

Parte substancial destas atividades não é visível num relatório desta natureza, contudo, foi possível agregar alguma informação. De uma forma concisa ao longo deste estágio:

Procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade

- ✓ Integrou-se o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.
- ✓ Integraram-se variáveis sócioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.
- ✓ Identificaram-se os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.
- ✓ Identificaram-se as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.
- ✓ Estabeleceu-se a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.
- ✓ Utilizaram-se indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.
- ✓ Demonstraram-se conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em saúde.
- ✓ Sistematizaram-se indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.
- ✓ Disponibilizaram-se informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.

- ✓ Definiu-se o perfil de saúde da comunidade.

Estabeleceu-se um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

- ✓ Conceberam-se e planejaram-se intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.
- ✓ Implementaram-se intervenções para problemas de saúde pública complexos.
- ✓ Otimizaram-se e maximizaram-se os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.
- ✓ Mobilizaram-se os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.
- ✓ Disponibilizou-se informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.
- ✓ Promoveu-se o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.
- ✓ Demonstraram-se habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projetos de intervenção.

Contribuiu-se para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Promoveu-se a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos:

- ✓ Lideraram-se processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.
- ✓ Participou-se em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.
- ✓ Pesquisaram-se e diagnosticaram-se problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas.
- ✓ Mobilizaram-se parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.

- ✓ Conceberam-se planejaram-se e implementaram-se programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.
- ✓ Interveio-se em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.
- ✓ Mobilizaram-se e integraram-se conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades

3- Análise Crítica e Considerações Finais

Tendo em conta a exposição realizada relativamente às atividades desenvolvidas, procura-se agora incluir a análise crítica do estágio, refletindo sobre as competências que foram gradualmente construídas e assimiladas num processo dialético entre conhecimento e ação.

O desenvolvimento de competências pressupõe o uso de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, entre outros) para responder com eficiência e eficácia a diversas situações cada vez mais marcadas pela complexidade e imprevisibilidade (Varela, 2007).

Numa avaliação global e conclusiva, determinada pelos objetivos e competências formulados no Guia Orientador de Estágio, e que se podem considerar como amplamente alcançados, não se pode deixar de mencionar a matriz de desenvolvimento pessoal que se esculpiu neste percurso, a saber:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem comunitária;
- Realizar o Planeamento em Saúde de acordo com as diferentes etapas;
- Conceber o planeamento e um diagnóstico de saúde;
- Mobilizar estratégias e técnicas que possibilitem determinar prioridades de intervenção em saúde;
- Desenhar um projeto de intervenção comunitária em função das necessidades identificadas e das áreas prioritizadas;
- Definir indicadores de avaliação para aferição de ganhos em saúde da comunidade, nomeadamente aqueles sensíveis às intervenções de enfermagem;
- Refletir sobre estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde;

Globalmente e em função das atividades descritas anteriormente pode-se concluir que os objetivos foram alcançados na sua globalidade, tendo sido necessário mobilizar e articular recursos e competências de natureza variada, em tempo oportuno, de modo a

conseguir um desempenho de excelência num percurso de desenvolvimento profissional especializado.

O facto de o estágio ter ocorrido no contexto do exercício profissional, com um conhecimento prévio e até substancial dos cuidados de saúde primários, facilitou a integração na equipa, incorporando uma outra lente, a da Enfermagem Comunitária, nos problemas e determinantes da saúde. Numa abordagem centrada na comunidade emergem outras preocupações, diferentes cenários e desafios na prestação de cuidados. Assim sendo, desenvolveram-se competências nos domínios da responsabilidade social, comunicação, interação com situações novas, relacionais, ao nível da tomada de decisão, trabalho em equipa, planeamento em saúde, prática reflexiva, gestão e liderança de projetos e equipas, resolução de problemas, ética profissional, entre outras. Portanto, neste campo vasto de competências, o crescimento pessoal e profissional foi pluridimensional “saber saber”, “saber-fazer”, “saber-estar” e “saber-ser”, num desejo constante de saber transformar.

Pelo caminho percorrido, pelas atividades realizadas e pela satisfação pessoal que se registou nos discursos dos participantes e profissionais de saúde, fica-se com a sensação de missão cumprida, consciente de que a excelência do exercício profissional se constrói no dia-a-dia, de forma progressiva, num processo contínuo de formação e reflexão sobre e na prática.

É neste caminho, de constante inquietação intelectual, que numa atitude construtiva, se pretende esboçar de forma sucinta algumas propostas futuras, que venham a ser corporizadas no desempenho profissional dos enfermeiros, nomeadamente o uso de estratégias para a capacitação das comunidades para gerirem os seus processos de saúde/doença, no sentido do Empoderamento Comunitário e uma maior expressão na liderança de projetos na área comunitária, que encontram nas Unidades de Cuidados na Comunidade uma oportunidade de afirmação.

Na elaboração deste relatório sentiu-se alguma dificuldade em descrever de forma sistemática e objetiva as atividades desenvolvidas no período de tempo em que decorreu o ensino clínico, dada a complexidade e amplo campo de ação da enfermagem comunitária.

Certamente o êxito deste relatório e deste estágio dependeu não só do compromisso individual, mas também dos condicionalismos das unidades e apoio de toda a equipa, que seguramente foi um maior contributo.

Consciente do crescimento e motivação para o aprofundar de novos conhecimentos, pretendeu-se com a elaboração deste relatório, como já foi referido anteriormente atender às exigências curriculares, servir como elemento de avaliação, mas também contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional, uma vez que implicou o pensamento, a capacidade de autoanálise e uma reflexão sobre aquilo que se desejou alcançar neste estágio e assim evoluir cada vez mais para uma maior capacitação, quer de competências pessoais quer de competências especializadas.

Por tudo o que se referiu, acredita-se que ao longo deste estágio foram consolidadas as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

Referências Bibliográficas

- ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2014).Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2014.Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação estratégica. Lisboa.
- OMS (2008). Agora Mais Que Nunca. Relatório Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Consultado em 03.03.2016,disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014).Unidades de cuidados na comunidade: Presente com Futuro. Secção Regional do Sul.
- Varela (2007). Desenvolvimento de competências para a promoção de saúde em contexto de trabalho: o caso do estágio complementar de um curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa.

Anexos

Anexo I-Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde em serviço

TEMA:

Data: _____ **Duração:** _____ **Horário:** _____

	Negativa				Positiva			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Utilidade temas abordados								
2. Conteúdos abordados								
3. Grau de satisfação								
4. Correspondeu às minhas expectativas								
5. A linguagem utilizada pelo formador								
6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as								
7. Dinamização e ao incentivo à participação								
8. Instalações								
9. Disponibilização de material de apoio								
10. Meios audiovisuais								
11. Apoio técnico /Administrativo/Pedagógico								

Sugestões/Críticas

Outros temas a incluir neste tipo de Ações: _____

Sugestões: _____

Observações: _____

TEMA: Malnutrição nos Idosos

Data: 16.11.2015 **Duração:** 60 min. **Horário:** 1ª sessão: 11h às 12h
2ª Sessão: 16h às 17h

	Negativa				Positiva			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Utilidade temas abordados					5	15		
2. Conteúdos abordados					5	15		
3. Grau de satisfação					4	16		
4. Correspondeu às minhas expectativas					4	16		
5. A linguagem utilizada pelo formador					2	18		
6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as					2	18		
7. Dinamização e ao incentivo à participação					2	18		
8. Instalações					1	19		
9. Disponibilização de material de apoio					1	19		
10. Meios audiovisuais					1	19		
11. Apoio técnico /Administrativo/Pedagógico					1	19		
Total						20		

Sugestões/Críticas

Outros temas a incluir neste tipo de Ações: _____

Sugestões: _____

Observações: _____

Anexo II- Passatempo: palavras cruzadas

Palavras cruzadas

Horizontal:

1-Define-se como uma alteração do estado nutricional devido a uma ingestão energética, proteica e de outros nutrientes desequilibrados em relação às necessidades nutricionais necessárias para a manutenção do equilíbrio orgânico.

2-É um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento de DCV; é uma das formas de sobrenutrição.

3-Parâmetro antropométrico que reflete a massa magra, massa gorda, volume de água e massa óssea corporal.

Vertical:

4-É uma ferramenta de avaliação nutricional simples e rápida que permite uma identificação do estado nutricional além de identificar riscos, em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos.

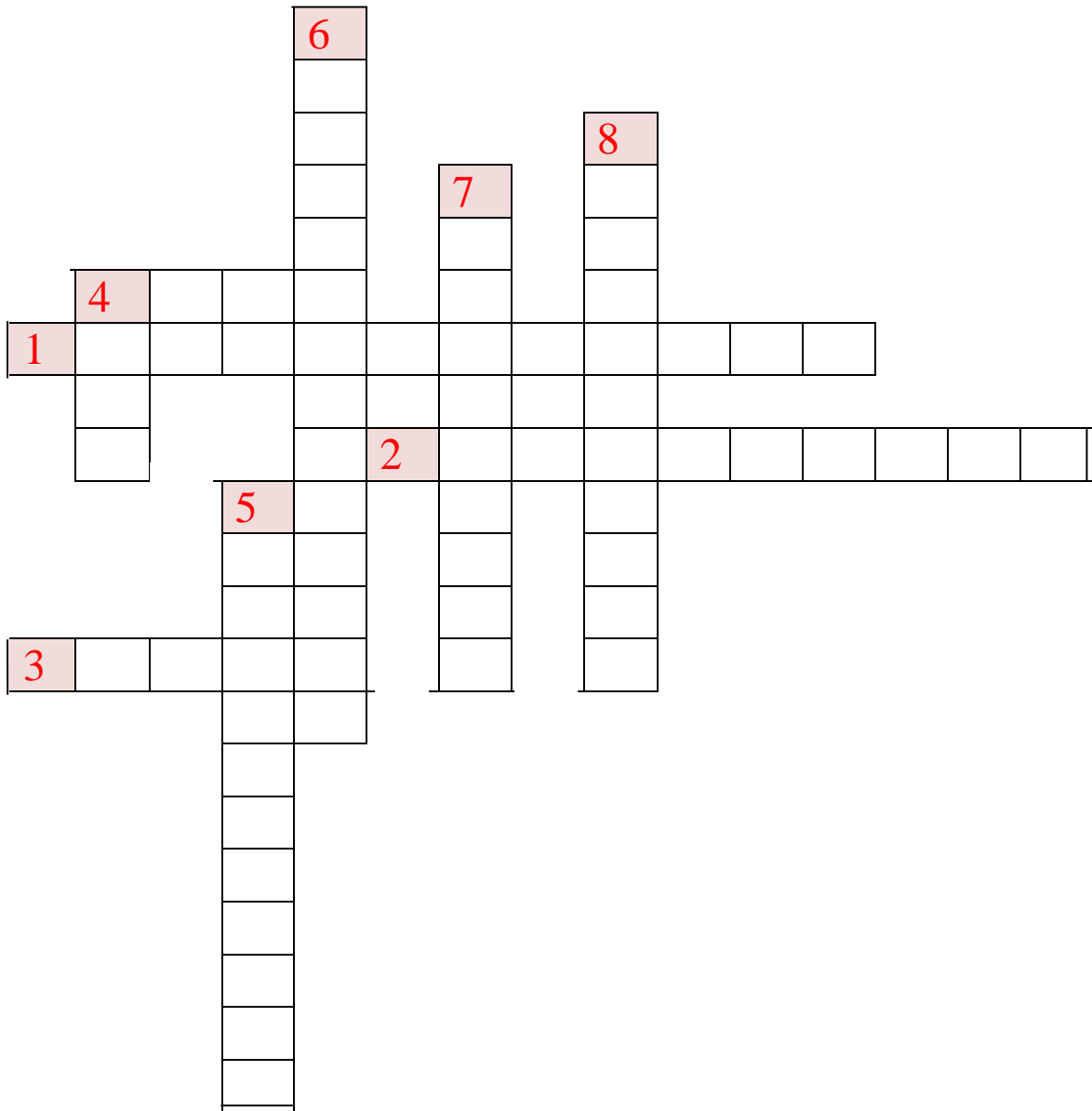
5- Estado patológico causado pela falta de ingestão ou absorção de nutrientes;

Nas pessoas idosas é considerado desde 2005 um problema de saúde pública, pela European Nutrition for Health Alliance (ENHA), que permanece em grande parte por diagnosticar e por tratar.

6- Indivíduos que possuem pré-obesidade ou obesidade por ingestão superior às necessidades.

7- Indivíduo que apresenta estado nutricional adequado.

8- São medidas necessárias para determinar de forma mais completa a composição corporal; na população idosa, as mais relevantes são o perímetro braquial e o geminal.



Anexo III- Carta/ Convite aos Profissionais de Saúde:

Nutricionista, Dentista, Assistente Social, Psicóloga

Assunto:
Implementação do projeto 

Dr.ª Ligia Afonso

Alexandra Mariza de Egas Galdes Parente, Enfermeira a exercer funções na UCSF2, do centro de Saúde Santa Maria de Bragança, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária, "**Nutridoso**".

Este projeto visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos!

O projeto surgiu e é desenvolvido, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação das Professoras Dr.ª Augusta Mata e Dr.ª Ana Pereira.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.ª a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "**Educação e Literacia Alimentar e Nutricional**" com o objetivo de proporcionar conhecimentos relacionados com a alimentação saudável e consciencializar o idoso / família das necessidades alimentares e nutricionais deste grupo específico.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de janeiro e fevereiro. A sua intervenção está agendada para o dia 13 de janeiro de 2016 às 14h30, na junta de freguesia Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades. Estou ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardo logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Parente
Email: alexandregg@gmail.com
TLM: 922400014

Assunto:
Implementação do projeto 

Dr.ª Manuela Serrano

Alexandra Mariza de Egas Galdes Parente, Enfermeira a exercer funções na UCSF2, do centro de Saúde Santa Maria de Bragança, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária, "**Nutridoso**".

Este projeto visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos!

O projeto surgiu e é desenvolvido, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação das Professoras Dr.ª Augusta Mata e Dr.ª Ana Pereira.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.ª a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "**O papel da Família e da Rede de Apoio Social na promoção da saúde/ alimentação do idoso**" com o objetivo de reconhecer a importância do apoio familiar e social; informar sobre apoios e incentivos sociais disponíveis e identificar estratégias de envolvimento da rede social e familiar na alimentação do idoso.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de janeiro e fevereiro. A sua intervenção está agendada para o dia 27 de janeiro de 2016 às 14h30, na junta de freguesia....

Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades. Estou ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardo logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Parente
Email: alexandregg@gmail.com
TLM: 922400014

Assunto:
Implementação do projeto 

Dr.ª Rosa Correia

Alexandra Mariza de Egas Galdes Parente, Enfermeira a exercer funções na UCSF2, do centro de Saúde Santa Maria de Bragança, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária, "**Nutridoso**".

Este projeto visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos!

O projeto surgiu e é desenvolvido, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação das Professoras Dr.ª Augusta Mata e Dr.ª Ana Pereira.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.ª, enquanto psicóloga do centro de saúde Santa Maria de Bragança, a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo nas áreas "**Alterações cognitivas/alimentação; Isolamento/Solidão**" com o objetivo de proporcionar conhecimentos acerca da diminuição das capacidades cognitivas (memória, atenção, raciocínio) decorrentes do processo de envelhecimento e informar de que forma o isolamento/solidão interfere na alimentação do idoso.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de janeiro e fevereiro. A sua intervenção está agendada para o dia 3 de fevereiro de 2016 às 14h30, na junta de freguesia

Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades. Estou ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardo logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Parente
Email: alexandregg@gmail.com
TLM: 922400014

Assunto:
Implementação do projeto 

Dr.ª Daniela Prada

Alexandra Mariza de Egas Galdes Parente, Enfermeira a exercer funções na UCSF2, do centro de Saúde Santa Maria de Bragança, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária, "**Nutridoso**".

Este projeto visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos!

O projeto surgiu e é desenvolvido, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação das Professoras Dr.ª Augusta Mata e Dr.ª Ana Pereira.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.ª a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "**Saúde Oral**", com o objetivo de promover a saúde oral e prevenir doenças orais.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de janeiro e fevereiro. A sua intervenção está agendada para o dia 20 de janeiro de 2016, às 14h30, na junta de freguesia....

Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades. Estou ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardo logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Parente
Email: alexandregg@gmail.com
TLM: 922400014

Anexo IV- Planeamento das Sessões de Educação para a Saúde

Planeamento das sessões de educação para a saúde

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local
1	Ser Idoso/ Estado Nutricional	1-Processo de envelhecimento 2-Principais alterações fisiológicas e psicossociais 3- Fatores que condicionam a ingestão alimentar 4-Malnutrição 5-Avaliação do estado nutricional <i>Dinâmicas de grupo: Quebra-gelo; Teia</i>	Alexandra Parente Enfermeira	6 Janeiro 2016	14h30	Junta de Freguesia
2	Literacia Alimentar e Nutricional	1-Alimentação saudável 2-Necessidades nutricionais no idoso 3-Adaptação da consistência dos alimentos 4- Compra, preparação e consumo <i>Dinâmica de grupo: Degustação de batidos</i> <i>Rastreio: Avaliação do estado nutricional</i>	Dr.ª Lígia Afonso Nutricionista	13 Janeiro 2016	14h30	
3	Saúde Oral	1-Doenças Orais 2-Dentição 3-Higiene oral <i>Rastreio oral</i>	Dr.ª Daniela Prada Dentista	20 Janeiro 2016	14h30	
4	O papel da Família e da rede de apoio social na promoção da saúde/ alimentação do idoso	1-Importância do apoio familiar e social 3- Apoios e incentivos sociais disponíveis para o apoio ao idoso 3- Estratégias de envolvimento da rede social na alimentação do idoso <i>Dinâmica de grupo</i>	Dr.ª Manuela Serrano Assistente Social	27 Janeiro 2016	14h30	
5	Alterações cognitivas/alimentação; Isolamento/ Solidão	1-Declínio funcional cognitivo (memória, atenção, raciocínio...) 2-Fatores que levam a alterações cognitivas 3-Alimentação dos idosos com alterações <i>Dinâmica de grupo: Estimulação cognitiva</i>	Dr.ª Rosa Correia Psicóloga	3 Fevereiro 2016	14h30	

Anexo V- Carta Convite ao Presidente da Junta da Freguesia de Espinhosela

Exm.^a Senhor

Presidente da Junta de Freguesia

de Espinhosela

Rua Prof. Dionísio Gonçalves n.º 16

5300-523 ESPINHOSELA

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
567/2015

Data
11-12-2015

ASSUNTO: Implementação do projeto “Nutridoso”

O Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária, “Nutridoso”, dinamizado pela enfermeira Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente.

Este projeto visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos inscritos no centro de saúde Santa Maria de Bragança, intervindo ao nível do controlo dos condicionantes e determinantes, riscos e danos, através de uma correção adequada e atempada, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais vida aos anos.

O plano de intervenção é constituído por diversas sessões de educação para a saúde, dinâmicas de grupo e rastreios, desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de janeiro e fevereiro, o qual anexo.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex. ^a Autorização para a implementação deste projeto na população idosa dessa junta de freguesia.

Enviamos em anexo a planificação do projecto e cartaz de divulgação.

Aguardamos resposta e desde já gratos pela vossa atenção.

Contactos: Email: alexandraegp@hotmail.com
TLM: 92580084

Com os melhores cumprimentos,

Anabela Martins
Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade

Anexo VI- Cartaz de Divulgação do Projeto

NUTRIDOSO

É um Projeto de Intervenção Comunitária que visa diminuir a prevalência da malnutrição nos idosos.



Ambas as situações devem ser objeto de sinalização e consequente intervenção nutricional.

A malnutrição no idoso pode ser reversível!

Torna-se crucial avaliar o estado nutricional das pessoas idosas, de forma a apressar medidas efivas de prevenção ou controlo da má nutrição.

Programa:

Sessão de educação para a Saúde	Formadora	Dia	Local
Ser Idoso/ Estado Nutricional	Alexandra Parente Enfermeira	6 janeiro 2016	Junta de Freguesia
Alfabetização Alimentar e Nutricional	Dr.ª Ligia Afonso Nutricionista	13 janeiro 2016	
Saúde oral	Dr.ª Daniela Prada Dentista	20 janeiro 2016	
O papel da Família e da rede de apoio social na alimentação do idoso	Dr.ª Manuela Serrano Assistente Social	27 janeiro 2016	
Alterações cognitivas/alimentação; Solidão	Dr.ª Rosa Correia Psicóloga	3 fevereiro 2016	

Anexo VII- Boletim Individual de Registro

27 de janeiro de 2016
4ª SESSÃO

Apoio Social: _____

Higiene: _____

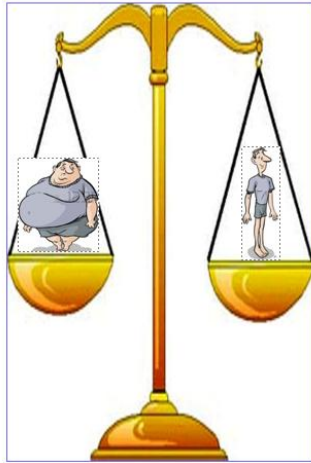
Alimentação: _____

OBS: _____

03 de fevereiro de 2016
5ª SESSÃO

TA _____
FC _____
Glicemia capilar _____
Peso _____
Est _____
IMC _____
P. Abdominal _____
P. Perna _____
P. Braço _____
Score MNA: _____ pontos
 Desnutrido
 Eutrófico
 Risco de desnutrição

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO



Trabalho realizado pela Enfermeira Alexandra Parente

ULSNEO INSTITUTO PORTUGUÊS DE SAÚDE

Centro de Saúde Santa Maria
Bragança

Projeto de Intervenção Comunitária

MUTRIDOSO

<https://www.google.pt/search?q=idosos>

Junta de Freguesia de Espinhosela

DADOS DO UTENTE

Nome: _____

Idade: _____

Com quem vive: _____

Habilitações literárias: _____

Patologias associadas: _____

Nº de medicamentos/dia: _____

Consumo de álcool: _____

Consumo de tabaco: _____

Exercício físico: _____

Enº de Família: _____

06 de janeiro de 2016
1ª SESSÃO

TA _____
FC _____
Glicemia capilar _____
Peso _____
Est _____
IMC _____
P. Abdominal _____
P. Perna _____
P. Braço _____
Score MNA: _____ pontos
 Desnutrido
 Eutrófico
 Risco de desnutrição

13 de janeiro de 2016
2ª SESSÃO

TA _____
FC _____
Glicemia capilar _____
Peso _____
Est _____
IMC _____
P. Abdominal _____
P. Perna _____
P. Braço _____
Score MNA: _____ pontos
 Desnutrido
 Eutrófico
 Risco de desnutrição

20 de janeiro de 2016
3ª SESSÃO

Saúde oral: _____

Dentição: _____

Higiene oral: _____

OBS: _____

Anexo VIII- Passatempo para os participantes: Adivinhas; Sopa de letras

BRINCANDO COM ADIVINHAS SOBRE ALIMENTOS...

O que é? O que é?

1. O que é que salta, dá um espirro e vira pelo avesso?
2. Tem barba, mas não é homem; tem dente, mas não é gente?
3. Vestida de amarelo, no cacho me criei; sou a saborosa fruta que o macaco encantei.
4. Quanto mais quente está mais fresco é?
5. É gostosa, mas não tem gosto; é bonita, mas não tem cor?
Dica: garante uma boa hidratação e devemos beber até dois litros por dia.
6. Que fruta cujo nome também é uma ferramenta de trabalho?
7. Tem pé, mas não caminha; tem dente, mas não mastiga; tem cabelo, mas não penteia?
8. É arredondada, grande, verde por fora e vermelha por dentro. O que é?
9. Qual é o tempero mais comovente?
10. Devemos praticar de preferência todos os dias, para manter a saúde e ficar em forma.

Respostas: 1. Pipoca; 2. Alho; 3. Banana; 4. Pão; 5. Água; 6. Lima;
7. Mito; 8. Melancia; 9. Cebola; 10. Atividade Física.

Os alimentos construtores fornecem proteínas em maior quantidade. Desde o nascimento até a fase adulta são as proteínas que atuam no crescimento e na formação do nosso corpo.



- Carne • Ervilha • Feijão • Frango • Iogurte
- Leite • Ovo • Queijo • Soja



Dica: O momento da refeição não se limita apenas à nutrição, é também um momento de prazer e de comunhão à mesa. Os alimentos devem ser saboreados lentamente, de forma a se sentir a textura e o sabor que eles podem proporcionar.

Anexo IX- Avaliação das cinco Sessões de Educação para a Saúde

Questionário de Avaliação das Sessões de Formação

Sessão n. _____

Leia com atenção antes de preencher.

Na sua opinião as sessões de formação realizadas no âmbito do projeto "Nutrição" são importantes para avaliar em que medida satisfazemos as suas expectativas, permitindo-nos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de formação.

Considerando para cada aspeto a ser avaliado uma pontuação de "Mau" a "Muito Bom", assinale os quadros com X correspondendo à sua opinião.

Relativamente às sessões de formação:

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Como avalia as sessões em termos de aquisição de novos conhecimentos?					
2. As sessões foram claras na apresentação e exposição dos conteúdos?					
3. Os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa?					
4. As sessões corresponderam às suas expectativas?					

Relativamente aos conteúdos abordados:

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Os temas abordados foram interessantes e úteis?					
2. O conteúdo das sessões de formação foi adequado?					
3. O tempo de duração das sessões de formação foi adequado?					

Sugestões / Críticas:

Sugestões para futuras intervenções:

Grata pela sua Colaboração!

Questionário de Avaliação das Sessões de Formação

Sessão n. _____

Leia com atenção antes de preencher.

Na sua opinião as sessões de formação realizadas no âmbito do projeto "Nutrição" são importantes para avaliar em que medida satisfazemos as suas expectativas, permitindo-nos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de formação.

Considerando para cada aspeto a ser avaliado uma pontuação de "Mau" a "Muito Bom", assinale os quadros com X correspondendo à sua opinião.

Relativamente às sessões de formação:

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Como avalia as sessões em termos de aquisição de novos conhecimentos?				6	20
2. As sessões foram claras na apresentação e exposição dos conteúdos?				6	20
3. Os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa?				6	20
4. As sessões corresponderam às suas expectativas?				6	20

Relativamente aos conteúdos abordados:

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Os temas abordados foram interessantes e úteis?				6	20
2. O conteúdo das sessões de formação foi adequado?			3	3	20
3. O tempo de duração das sessões de formação foi adequado?			3	3	20

Sugestões / Críticas:

Falta de panfletos

Sugestão para futuras intervenções: Incluir tratamentos dentários

Grata pela sua Colaboração!

Anexo X-Convite às Famílias de Acolhimento para a Sessão de Educação para a Saúde

Projeto: S.O.S
Cuidador

Projeto de formação
contínua para cuidadores
formais e informais



Tema: "Malnutrição"

Data: 28 de Janeiro; Horário: 14h às 16h
Local: Sala de Reuniões do C.S. de Santa Maria



Anexo XI- Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde das Famílias de
Acolhimento

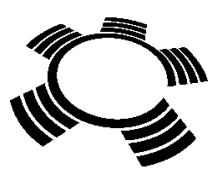
Malnutrição no idoso

Responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes questões:

- 1-A malnutrição do idoso é um problema grave! _____
- 2- Os idosos têm mais probabilidade de ter uma malnutrição do que os adultos jovens. _____
- 3- O excesso de peso e a obesidade são formas de malnutrição. _____
- 4- A desnutrição não é malnutrição. _____
- 5- A malnutrição não prejudica a saúde física e psicológica do idoso. _____
- 6- As alterações decorrentes do Processo de Envelhecimento não influenciam a nutrição. _____
- 7- O estado de conservação dos dentes não influencia a nutrição do idoso. _____
- 8- A depressão pode levar à malnutrição. _____
- 9- O isolamento social pode levar à malnutrição. _____
- 10- Falta de meios e condições para confeccionar refeições pode levar à malnutrição. _____
- 11- Um estado nutricional inadequado aumenta o risco de infecções e dificulta a cicatrização. _____
- 12- A polimedicação (toma de 5 ou mais medicamentos) pode condicionar o estado nutricional. _____
- 13- Alcool e tabaco são fatores que não influenciam o Estado Nutricional. _____
- 14- Falta de conhecimentos alimentares e nutricionais pode influenciar o Estado Nutricional. _____
- 15- A avaliação nutricional tem como objetivo: Definir o estado nutricional de um indivíduo. _____
- 16- São os nutricionistas os profissionais capacitados para prescrever dietas específicas para cada idoso, de acordo com o diagnóstico nutricional identificado. _____
- 17- Alimentação Saudável (completa, variada, e equilibrada) é importante para prevenir doenças, para promover / recuperar a saúde. _____

Malnutrição do idoso

Perguntas	Questionário inicial		Questionário após formação	
	Número de respostas corretas	Número de respostas erradas	Número de respostas corretas	Número de respostas erradas
1	6	1	7	0
2	5	2	7	0
3	6	1	6	1
4	4	3	6	1
5	5	2	5	2
6	5	2	6	1
7	5	2	6	1
8	6	1	7	0
9	6	1	7	0
10	7	0	7	0
11	7	0	7	0
12	1	6	6	1
13	4	3	6	1
14	7	0	7	0
15	5	2	7	0
16	6	1	6	1
17	6	1	7	0



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS
INSCRITOS NO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARIA
DE BRAGANÇA**

Alexandra Mariza de Egas Geraldês Parente

Bragança, abril, 2016