



Faculdade de Ciências da  
Nutrição e Alimentação da  
Universidade do Porto



Obra Diocesana de  
Promoção Social

**Caracterização do serviço  
de refeições em regime de  
apoio domiciliário na  
Obra Diocesana de  
Promoção Social**

João Miguel Travessa Pratas

Porto, 2003

PARA A BIBLIOTECA DA FCNAUP,

João Miguel Travessa Pratas

03.11.11

---

## AGRADECIMENTOS

- À Dr.<sup>a</sup> Susana Ferreira, por toda a orientação e apoio;
- Ao Conselho de Administração da Obra Diocesana de Promoção Social, pela oportunidade concedida de efectuar este trabalho e por me ter proporcionado as melhores condições para a sua realização;
- À Dr.<sup>a</sup> Albina Padrão, Dr.<sup>a</sup> Ana Guimarães, Dr.<sup>a</sup> Aurora Rouxinol, Dr.<sup>a</sup> Dulce Guimarães, Dr.<sup>a</sup> Fátima Leite, Dr.<sup>a</sup> Ilda Monteiro, Dr.<sup>a</sup> Isabel Vieira, Dr.<sup>a</sup> Luísa Preto, Dr.<sup>a</sup> Lurdes Regedor e D. Paula Moreira pela ajuda na recolha de dados e por todas as sugestões apresentadas;
- Às ajudantes domiciliárias da Obra Diocesana de Promoção Social, por toda a colaboração prestada, pelos ensinamentos transmitidos e por diariamente conseguirem realizar um serviço venerável que, embora por vezes seja pouco reconhecido, é indispensável para centenas de pessoas;
- À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luiza Kent-Smith, Dr.<sup>a</sup> Cristina Santos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Amaral pelas sugestões dadas;
- Ao Tiago e ao Toñito, por toda a ajuda disponibilizada.

## ÍNDICE



### LISTA DE ABREVIATURAS

### RESUMO

1 – INTRODUÇÃO .....	1
2 – O SERVIÇO DE REFEIÇÕES EM REGIME DE APOIO DOMICILIÁRIO .....	2
2.1 – Antecedentes .....	2
2.2 – Perspectiva histórica .....	5
2.3 – Situação actual .....	6
2.3.1 – Em Portugal .....	6
2.3.2 – Nos Estados Unidos da América .....	7
2.4 – Serviço de refeições .....	8
2.4.1 – Composição .....	8
2.4.2 – Transporte e distribuição .....	9
2.5 – Vantagens e desvantagens .....	10
2.5.1 – Vantagens .....	10
2.5.2 – Desvantagens .....	12
2.6 – Perspectivas futuras .....	12
3 – A SITUAÇÃO NA OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL .....	15
3.1 – Descrição da Instituição .....	15
3.2 – Descrição do serviço .....	15
3.2.1 – Perspectiva histórica .....	15
3.2.2 – Definição do serviço .....	16
3.2.3 – Abrangência geográfica .....	17

---

3.3 – Caracterização dos utentes .....	17
3.3.1 – Caracterização demográfica e socio-económica .....	18
3.3.2 – Capacidade funcional .....	23
3.4 – Caracterização dos serviços prestados .....	24
3.4.1 – Adesão ao serviço .....	24
3.4.2 – Serviços recebidos .....	24
3.4.3 – Tipo de serviços de alimentação .....	25
3.5 – Caracterização do serviço de refeições .....	26
3.5.1 – Composição .....	26
3.5.2 – Confeção .....	27
3.5.3 – Transporte e distribuição .....	27
3.5.4 – Tempo de espera .....	28
3.5.5 – Avaliação nutricional .....	28
4 – ANÁLISE CRÍTICA .....	32
5 – CONCLUSÕES .....	38
BIBLIOGRAFIA	

---

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AD – Apoio domiciliário
- CRSSN – Centro Regional de Segurança Social do Norte
- CS – Centro Social
- DRI – *Dietary reference intakes*
- ENP – *Elderly Nutrition Program*
- MSST – Ministério da Segurança Social e do Trabalho
- ODPS – Obra Diocesana de Promoção Social
- PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos
- RDA – *Recommended dietary allowances*
- SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
- SMN – Salário mínimo nacional
- VET – Valor energético total

## RESUMO

Num país onde a população tende a ser cada vez mais idosa, o bem envelhecer e a qualidade de vida passam, obrigatoriamente, pela alimentação.

A falta de apetite, baixa acuidade sensorial, diminuição da mobilidade, alterações emocionais, isolamento social e incapacidade total ou parcial para cozinhar ou para fazer compras são, muitas vezes, a causa de malnutrição nos idosos.

Para combater esta situação, foi criado o serviço de refeições em regime de apoio domiciliário.

Este serviço ajuda os idosos a viver independentemente e na sua própria comunidade, aumenta a quantidade de nutrientes ingerida, conduz a uma melhoria do estado nutricional e adia a institucionalização.

A Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS) é uma instituição que presta serviços de AD. Foram analisadas as características da população que recebe este serviço. Globalmente, trata-se de uma população envelhecida e com fracos recursos económicos.

Procedeu-se a uma avaliação nutricional de algumas das refeições servidas ao almoço. Estas revelaram-se bastante volumosas em quantidade de alimentos. Eram também nutricionalmente densas. Apesar de não estarem de acordo com algumas recomendações, estas refeições podem compensar eventuais falhas de alimentos ao longo do dia.

O serviço de refeições em regime de apoio domiciliário é um instrumento fundamental de apoio aos idosos. No caso particular da ODPS, para este se tornar ainda mais adequado, urge aumentar o número de refeições e estender o serviço ao fim-de-semana para todos os utentes.

## 1 – INTRODUÇÃO

*E o Capuchinho Vermelho foi pelo bosque levar o almoço à sua avozinha...*

O “Capuchinho Vermelho” é uma das mais famosas histórias infantis, povoando o imaginário de muitas crianças e, certamente, de alguns adultos. Já nesta fábula está presente a preocupação pela assistência aos mais velhos. Em tempos idos, os idosos facilmente tinham familiares que lhes prestavam o auxílio necessário. Nos dias de hoje, os cidadãos seniores nem sempre dispõem de um familiar que os assista. Famílias cada vez menores, elevada longevidade e distâncias maiores entre os indivíduos são alguns dos motivos que levam os elementos mais idosos da nossa sociedade a necessitar de outras soluções, que não a própria família, para lhes assegurar a devida assistência.

A alimentação constitui um dos aspectos de maior importância para os idosos. Desta forma, compreende-se que um dos serviços de apoio à terceira idade seja precisamente o serviço de refeições em regime de apoio domiciliário (AD).

Com esta monografia, pretende-se descrever e caracterizar o serviço de refeições em regime de AD praticado na Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS), bem como, realizar uma abordagem sumária do papel do mesmo, atendendo à sua importância e objectivos, métodos e procedimentos, vantagens e limitações.



## 2 – O SERVIÇO DE REFEIÇÕES EM REGIME DE APOIO DOMICILIÁRIO

### 2.1 – ANTECEDENTES

A evolução demográfica recente é fortemente marcada pela aceleração do envelhecimento da população. Em Portugal, segundo dados do Recenseamento Geral da População de 2001, a proporção de idosos representa cerca de 16,4% do total da população ultrapassando, pela primeira vez, a proporção de jovens (16,0%). Considerando que nos Censos de 1991 as proporções dos mesmos grupos populacionais eram de 13,6% e 20,0%, respectivamente, e que, na década anterior eram de 11,4% e 25,2%, é notória a intensidade a que se dá o envelhecimento demográfico (1).

De acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística, a população portuguesa de idosos atingirá 18,1% da população total em 2020. Paralelamente, assistir-se-á ao aumento da proporção da população com idade igual ou superior a 75 anos, que se elevará a 7,7% em 2020, contra 5,6% em 1995 (2).

Perante este cenário de envelhecimento da população é imperativo reflectir sobre a capacidade que a sociedade apresenta, tanto na actualidade, como no futuro próximo, para oferecer a qualidade de vida e bem-estar indispensáveis a um número crescente de cidadãos idosos.

O aumento da longevidade dos idosos traduz-se, na maior parte das vezes, numa diminuição da qualidade de vida. Com o passar dos anos, inúmeros factores, como alterações fisiológicas, psicológicas, sócio-económicas, podem afectar a ingestão alimentar e, assim, colocar o idoso em risco de malnutrição (3).

Falta de apetite, problemas de saúde oral, baixa acuidade sensorial, diminuição da mobilidade, diminuição ou alteração da função cognitiva, demência, depres-

são, alterações emocionais, isolamento social, incapacidade total ou parcial para cozinhar ou para fazer compras são, entre outras situações, causas de malnutrição nos idosos (4). No caso particular dos idosos que se encontram confinados nas suas habitações, a falta de transportes, barreiras físicas e a falta de retaguarda familiar e social são factores que poderão contribuir também para uma malnutrição (5).

Dentro deste contexto, a malnutrição e a desidratação estão associadas a um risco de infecções aumentado, alterações na resposta imune, potenciação da gravidade de doenças existentes, alterações no metabolismo de alguns fármacos, diminuição da força muscular, perdas de memória e outros sintomas comportamentais (5).

A alimentação é uma função elementar da vida. Sabe-se que, para além de resultar do impulso biológico de satisfação das necessidades fisiológicas do organismo, é também gerida por valores simbólicos, sociais, culturais, religiosos e pessoais, determinantes da selecção e ingestão alimentar de cada indivíduo. Como tal, o significado da alimentação ultrapassa largamente a mera necessidade de comer. Os alimentos e o momento da refeição desempenham um papel fundamental na identificação psicossocial do indivíduo.

Simultaneamente, é assente que a alimentação constitui uma dimensão essencial para a manutenção da saúde. Com o envelhecimento, as relações entre o estado de saúde do indivíduo e a necessidade de efectuar uma alimentação equilibrada tornam-se mais complexas, mas continuam a estar intimamente relacionadas.

Por tudo o que foi referido anteriormente, conclui-se que o envelhecimento com qualidade de vida é um bem que deve estar ao alcance de todos, pelo que a

promoção da saúde, através de uma alimentação adequada será essencial para atingir esse objectivo (6).

O AD é um dos instrumentos que se encontra à disposição da sociedade para melhorar a qualidade de vida dos idosos e, simultaneamente, assegurar a prestação de cuidados básicos, incluindo aspectos relacionados com a alimentação.

A necessidade de um programa de refeições em regime de AD é baseada nas evidências científicas que indicam que uma nutrição adequada é necessária para a prevenção, redução ou controlo de doenças crónicas, para manter a saúde e uma boa qualidade de vida (7). Estudos comprovaram que os idosos confinados aos seus domicílios são um grupo particularmente em risco de malnutrição (8, 9, 10, 11). O fornecimento de refeições possibilita não só abreviar esta situação, como também diminuir as despesas dos indivíduos na alimentação, possibilitando a transferência de verbas para outras necessidades prementes, como a aquisição de medicamentos (12).

O artigo 25º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia reconhece “o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente, e à sua participação na vida social e cultural” (13). Deste modo, e para fazer frente aos desafios colocados pelo rápido envelhecimento das populações, surge a necessidade de criar e desenvolver iniciativas que proporcionem um envelhecimento activo e saudável, em que o AD se enquadra.

## 2.2 – PERSPECTIVA HISTÓRICA

As primeiras referências a um serviço organizado de distribuição de refeições em regime de AD remontam aos anos da Segunda Guerra Mundial. Quando as forças alemãs bombardearam a Grã-Bretanha uma parte significativa da população viu as suas casas serem destruídas. Como consequência desta devastação muitos indivíduos deixaram de ter capacidade de confeccionar as suas refeições (14).

Em resposta a esta situação, um grupo de voluntárias – *Women's Volunteer Service for Civil Defense* – organizou um sistema de preparação e distribuição de refeições aos cidadãos mais necessitados (14).

Paralelamente a este serviço, as voluntárias serviam refeições leves aos soldados a partir de cantinas móveis. Estas cantinas ficaram conhecidas por *meals on wheels* (14). Esta expressão tornou-se de tal forma popular que tem sido utilizada, desde então, para designar qualquer serviço de entrega de refeições em regime de AD.

Posteriormente à guerra, os Estados Unidos decidiram criar o seu próprio programa de refeições. Por iniciativa de uma assistente social de Filadélfia, foi criado um programa que fornecia refeições a indivíduos que se encontravam confinados às suas casas. Estas refeições eram confeccionadas de forma a irem de encontro às necessidades nutricionais dos indivíduos. Os participantes deste programa eram essencialmente idosos que, não necessitando de estarem hospitalizados, careciam de alguma ajuda para manter a sua independência. Diariamente, os voluntários (na sua maioria estudantes) preparavam e distribuíam uma refeição quente para o almoço e uma sanduíche e leite para o jantar. A primeira refeição foi entregue em Janeiro de 1954 (14).

Esta experiência, que inicialmente servia sete idosos, esteve na génese de um

vasto programa nacional, que actualmente serve milhões de refeições a cidadãos norte-americanos.

Não foi possível determinar quando se iniciou o serviço deste tipo de refeições em Portugal.

## **2.3 – SITUAÇÃO ACTUAL**

### **2.3.1 – Em Portugal**

Em 1994 o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social e do Trabalho (MSST) criaram o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). Este programa é financiado pelos lucros do jogo de azar *Joker* (15).

Um dos projectos promovidos pelo PAII é o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária. O SAD tem por objectivos gerais contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização (16).

O SAD deve proporcionar, entre outros, os seguintes serviços: confecção, transporte e/ou distribuição de refeições; prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; e tratamento de roupas (16).

De acordo com dados do MSST, de todas as respostas sociais dirigidas à população idosa, o SAD é aquela que apresenta uma taxa de crescimento mais acentuada (17).

Actualmente, o SAD abrange quase 60 mil cidadãos (17).

### 2.3.2 – Nos Estados Unidos da América

O *Older Americans Act Nutrition Program*, mais conhecido por *Elderly Nutrition Program* (ENP) é, provavelmente, o maior e mais desenvolvido programa de assistência alimentar a idosos em todo o mundo. Este programa foi oficialmente estabelecido em 1972, sendo actualmente dirigido pela *Administration on Aging*, uma agência federal responsável pela distribuição das dotações orçamentais angariadas ao abrigo do *Older Americans Act*, um compêndio legislativo cujo Capítulo III-C2 se destina a serviços de AD (18, 19).

Este programa está disponível a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (e cônjuges de qualquer idade). É, no entanto, dirigido àqueles que apresentam maiores necessidades económicas e/ou sociais (18).

O ENP tem por objectivos fornecer refeições saudáveis, avaliação nutricional, educação e aconselhamento alimentar e uma variedade de outros serviços (18).

Actualmente, ao abrigo do ENP, são servidas cerca de 135 milhões de refeições em regime de AD por ano, a quase 900 mil idosos (18, 19). A última avaliação a este programa estimou que o custo médio total de uma refeição ao domicílio fosse de 5,31 dólares (9).

As refeições servidas podem ser quentes, frias, congeladas ou constituídas por produtos com um elevado tempo de prateleira (20). A maioria dos projectos dependentes do ENP é obrigado a servir, no mínimo, cinco refeições diárias por semana. Cerca de 4% dos locais participantes serve também refeições ao fim-de-semana (9).

Uma entrega normal inclui geralmente apenas uma refeição quente (o almoço). No entanto, alguns programas locais fornecem ainda uma refeição fria ligeira para ser consumida ao jantar e/ou ao pequeno-almoço (9, 20, 21).

Ao contrário da situação em Portugal, muitas destas refeições são geralmente servidas por voluntários. Outra diferença assinalável é o facto das refeições serem gratuitas. Ainda assim, os utentes são aconselhados a contribuir com um valor simbólico (normalmente entre 1,00 e 1,50 dólares) para cobrir as despesas das refeições (9).

## **2.4 – SERVIÇO DE REFEIÇÕES**

### **2.4.1 – Composição**

Não tendo sido encontrados dados concretos sobre a situação em Portugal, nomeadamente regulamentos aplicáveis, as informações a seguir referidas são relativas, essencialmente, à situação nos Estados Unidos.

Um dos requisitos mais importantes e característicos do ENP é que todas as refeições servidas devem contribuir com, pelo menos, 33% das recomendações diárias de nutrientes estabelecidas no país, actualmente as *dietary reference intakes* (DRI) (9, 18).

A refeição padrão deve ser constituída pelos seguintes alimentos (21):

- Pão e equivalentes: duas porções (uma chávena de arroz ou massa, ou duas fatias de pão),
- Vegetais: duas porções (uma chávena),
- Carne e equivalente: uma porção (cerca de 85 g),
- Leite e equivalentes: uma porção (uma chávena),
- Gorduras: uma porção (uma colher de chá),
- Fruta: uma porção (meia chávena).

Sempre que possível, os alimentos constituintes destas refeições devem possuir uma elevada densidade nutricional (11, 21, 22).

Na avaliação nacional realizada ao ENP concluiu-se que as refeições distribuídas por este programa forneciam, em média, mais de 50% das recomendações nutricionais em vigor na altura do estudo (9, 21).

#### **2.4.2 – Transporte e distribuição**

Quando as refeições são confeccionadas numa determinada instalação e são depois transportadas para outra localização (como no caso das refeições servidas em regime de AD), podem acontecer várias alterações, designadamente: perda de nutrientes, crescimento microbiano, deterioração na aparência, textura e sabor dos alimentos (22).

Os recipientes destinados ao transporte das refeições devem ter a capacidade de manter os alimentos a uma temperatura segura e adequada, prevenir contaminações, apresentar uma boa relação custo/eficiência e serem facilmente manipulados quer pelos funcionários que efectuem a sua distribuição, quer pelos idosos (22). Segue-se uma lista de características desejáveis para os recipientes destinados ao transporte das refeições:

- Resistentes,
- Elevado isolamento térmico,
- Resistentes a transferências de temperatura,
- Facilmente laváveis e desinfectáveis,
- Leves e fáceis de transportar,
- Facilmente empilháveis,
- Fáceis de fechar, mas igualmente fáceis de abrir,
- Sem arestas contundentes,
- Capacidade adequada,



- Impermeáveis,
- Não permitirem transferências de odores, aromas ou resíduos contaminantes para os alimentos (22).

É geralmente aceite que, depois de confeccionadas, as refeições deverão ser servidas num período máximo de duas horas. Assim, na distribuição deste tipo de refeições, este princípio deve ser observado permanentemente. Deve assegurar-se que os recipientes têm capacidade de manter os alimentos quentes a uma temperatura superior a 60-65° C, e os alimentos refrigerados a uma temperatura inferior a 7° C (22, 23).

Com o objectivo de evitar os riscos inerentes a uma distribuição de refeições a quente, é cada vez mais frequente a utilização de refeições congeladas. Nos Estados Unidos esta opção é tomada por várias razões: quando não é possível assegurar uma distribuição diária de refeições, para aumentar o grau de oferta aos utentes e no caso de algumas refeições para o fim-de-semana (21).

Outra possibilidade consiste na utilização de alimentos com um grande tempo de prateleira (por exemplo, alimentos ultrapasteurizados ou embalados em atmosfera controlada ou modificada) (21, 22).

## **2.5 – VANTAGENS E DESVANTAGENS**

### **2.5.1 – Vantagens**

São muitos os benefícios que advêm da utilização do serviço de refeições em regime de AD. É reconhecido que estas refeições ajudam os idosos a viver independentemente e na sua própria comunidade durante um maior período de tempo. Têm a vantagem de aumentar a quantidade de nutrientes ingerida pelos idosos, que se encontram normalmente em risco nutricional (9, 20).

Um dos benefícios mais importantes é a melhoria do estado nutricional que estas refeições permitem (24, 25, 26). Outra vantagem assinalável, e intimamente ligada à anterior, é o adiamento da institucionalização (sempre dispendiosa) dos idosos, aumentando assim a sua qualidade de vida (27).

Um estudo concluiu que os idosos que recebiam refeições no domicílio apresentavam um menor tempo de hospitalização e um melhor estado nutricional, em comparação com indivíduos que não usufruíam deste serviço (28).

Na última avaliação nacional realizada ao ENP concluiu-se que os idosos que recebiam as refeições fornecidas por este programa apresentavam uma ingestão diária de nutrientes mais elevada do que os indivíduos que não eram apoiados pelo programa (9). Essa diferença era mais significativa no caso de alguns nutrientes em que o consumo médio era menor (9, 29).

Esta avaliação estabeleceu ainda que os idosos abrangidos pelo ENP tinham um maior número de contactos sociais por mês, comparando com idosos não participantes neste programa (9).

Um estudo realizado em Nova Iorque apresentou outras duas vantagens (30). Os participantes de um programa de AD estiveram menos dias sem alimentos suficientes ou mesmo sem nenhum alimento, em comparação com indivíduos em lista de espera para esse mesmo programa. Adicionalmente, estes utentes foram hospitalizados menos frequentemente do que aqueles que se encontravam em lista de espera.

Num outro estudo, Edwards e colegas concluíram que as refeições servidas em regime de AD podem beneficiar os idosos diabéticos, diminuindo o risco de hospitalizações em consequência de complicações desta doença (31).

### **2.5.2 – Desvantagens**

Quando uma refeição quente é servida a um idoso em regime de AD espera-se que o seu consumo seja imediato. Vários estudos demonstram que nem sempre tal acontece (9, 32, 33). Estes trabalhos revelaram que a dilação no consumo das refeições é considerável. Um estudo canadiano indica que, quando o consumo da refeição (em parte ou no seu todo) era prorrogado, este acabava por acontecer ao jantar (33). Na avaliação norte-americana, mais de um terço dos participantes guardavam parte da refeição entregue, que viria a constituir uma segunda refeição, parte de uma segunda refeição ou uma merenda (9). Estas práticas podem criar ou potenciar riscos em termos de segurança alimentar ou perdas de nutrientes (33).

A rigidez das ementas da quase totalidade dos programas que servem refeições ao domicílio pode apresentar-se como mais uma desvantagem deste serviço, visto que os idosos são particularmente sensíveis a alimentos e refeições que não são do seu agrado (10). Fogler-Levitt e colegas concluíram que o desagrado com as refeições, nomeadamente com o seu sabor, textura, método de confecção e desconhecimento dos alimentos utilizados, constituía um motivo para a sua não ingestão (32).

Outra desvantagem das refeições servidas ao domicílio é a impossibilidade de escolher a hora das refeições e o facto do indivíduo estar dependente do horário, sujeito a eventuais atrasos, da entrega das refeições (10).

## **2.6 – PERSPECTIVAS FUTURAS**

O crescente envelhecimento da população apresenta-se como um grande desafio no futuro das refeições servidas em AD. Será necessário adaptar as condições

actuais de forma a servir um número de utentes cada vez maior (19).

Subjacente a este facto, estarão duas tendências: o aumento dos serviços prestados e a sua personalização (9, 11, 29).

O fornecimento de apenas uma refeição diária contendo 33% das DRI poderá não ser suficiente para cobrir as necessidades nutricionais da população, especialmente quando essa refeição constitui a principal fonte diária de alimentos para o indivíduo. O futuro passará por servir mais que uma refeição por dia, nomeadamente o pequeno-almoço e o jantar. Os dias de entrega deverão aumentar de forma a também incluir o fim-de-semana. Outra possibilidade a considerar é o aumento da percentagem das DRI que as refeições deverão fornecer (11, 29).

Também de enorme importância será a crescente personalização dos serviços. As refeições deverão ser mais individualizadas de modo a atingir a satisfação de um maior número de indivíduos, indo de encontro aos seus gostos e preferências alimentares (9,29).

Os programas de AD deverão focar subgrupos específicos da população, de modo a aumentar o seu consumo de nutrientes, reduzindo a prevalência da inadequação nutricional e atingindo assim as suas necessidades nutricionais específicas (11).

Num artigo norte-americano, publicado já em 2003, é avaliado um novo modelo de refeições servidas no domicílio (27). Ao contrário das tradicionais cinco refeições quentes diárias por semana, cobrindo 33% das DRI, o novo modelo contempla 21 refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) e 14 merendas (manhã e tarde). Este modelo é entregue semanalmente, sendo constituído por refeições congeladas, suplementos nutricionais, alimentos com longo tempo de prateleira e alimentos frescos. Os menus fornecem cerca de 1800 kcal por dia,

atingindo 100% das DRI. Uma das suas grandes vantagens consiste em possibilitar aos utentes um maior controlo sobre as refeições recebidas, visto que lhes são permitidas algumas alterações aos menus. Como as entregas das refeições se procedem semanalmente, os indivíduos têm ainda a possibilidade de escolher o momento da sua refeição, o que constitui outra inegável vantagem. Ao fim de seis meses de utilização deste novo modelo, os participantes em estudo apresentaram uma diminuição do risco nutricional (27).

Ainda assim, este modelo deve ser encarado com alguma precaução. Para receber estas refeições os utentes necessitam de apresentar uma razoável capacidade funcional e cognitiva, visto terem que armazenar e preparar um elevado número de itens. É ainda necessário dispor de um frigorífico suficientemente grande e de um forno para aquecimento das refeições, o que poderá não estar ao alcance de todos os participantes. No caso de indivíduos com uma capacidade cognitiva diminuída ou sem electrodomésticos adequados, o modelo tradicional de refeições poderá ser mais adequado (34).

Em relação à situação em Portugal, as orientações do MSST indicam que o SAD deve, progressivamente, organizar-se no sentido de proporcionar um apoio contínuo e uma actuação de emergência, sempre que necessário (16).

### **3 – A SITUAÇÃO NA OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL**

#### **3.1 – DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

A ODPS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sediada na cidade do Porto. Foi fundada em 1964 e tem como objectivos principais “promover e orientar todos os trabalhos que visem a formação e valorização individual e social dos grupos humanos em que exercer a sua actividade, colaborando com estes na resolução dos seus problemas de ordem material, social e espiritual” e “prestar apoio aos cidadãos na velhice e invalidez, às crianças e jovens e às famílias, em ordem à promoção integral da pessoa, mediante a promoção da solidariedade e da justiça”.

Entre outras valências, a ODPS disponibiliza aos seus utentes o serviço de AD.

#### **3.2 – DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

##### **3.2.1 – Perspectiva histórica**

A valência de AD foi criada na ODPS há mais de duas décadas, remontando os primeiros acordos com o Centro Regional de Segurança Social do Norte (CRSSN) ao ano de 1982. Na sua génese estiveram as necessidades dos habitantes e comunidades dos bairros camarários do Porto, consideradas na altura de grande urgência pela Instituição e pela Câmara Municipal do Porto.

O ano de 2000 constituiu mais um marco na história deste serviço, que foi alargado aos fins-de-semana em dois centros sociais (CS).

Actualmente, a valência de AD está disponível em 10 dos 13 CS da ODPS, localizados nos bairros camarários do Cerco do Porto, Fonte da Moura, Lagar-

teiro, Machado Vaz, Pasteleira, Pinheiro Torres, Rainha D. Leonor, Regado, São João de Deus e São Tomé.

### **3.2.2 – Definição do serviço**

No âmbito da valência de AD a ODPS presta aos seus utentes os seguintes serviços:

- Alimentação,
- Higiene pessoal,
- Higiene habitacional,
- Tratamento de roupas,
- Outros serviços (designadamente compras, acompanhamento nos serviços de saúde e em questões burocráticas) (35).

Cada utente pode recorrer a todos estes serviços, isoladamente ou em qualquer uma das combinações possíveis.

Estes serviços são prestados todos os dias úteis do ano. Em dois dos CS (Cercos do Porto e Machado Vaz) estes serviços são também prestados ao fim-de-semana, ainda que a um número de utentes mais diminuto.

A valência de AD destina-se a indivíduos de todos os grupos etários que apresentem carências que possam ser supridas pelas áreas de actuação do serviço (35). O serviço de AD é utilizado essencialmente por utentes que se encontram doentes (temporária ou permanentemente); que apresentam dificuldades de locomoção e/ou deslocação e, como tal, não se podem deslocar ao Centro de Dia; que não podem sair do seu lar (por estarem a prestar assistência ao cônjuge ou outro familiar); e ainda a cidadãos portadores de deficiência (física ou mental).

### 3.2.3 – Abrangência geográfica

Todos os CS da ODPS são localizados no concelho do Porto. Cada CS tem uma área de abrangência característica. Em alguns casos, a maioria dos utentes, se não mesmo a totalidade, são moradores no próprio bairro (como no caso do CS do Regado); noutros, a área de actuação é mais vasta, podendo estender-se por um raio de vários quilómetros (como no caso do CS de Machado Vaz). Ainda assim, a esmagadora maioria dos serviços prestados pela ODPS localiza-se nas freguesias de Campanhã, Paranhos, Lordelo do Ouro, Foz do Douro, Nevogilde e Aldoar.

### 3.3 – CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES

Nos primeiros oito meses de 2003, a valência de AD da ODPS teve um acordo com o CRSSN para a prestação de serviços a um total de 476 utentes por mês. No mesmo período, registou-se uma frequência mensal média de 438 utentes, o que corresponde a uma taxa de ocupação do serviço de 92%.

Com o objectivo de melhor conhecer a população que recorre aos serviços de AD, foram recolhidos e analisados os dados relativos aos utentes existentes no mês de Agosto de 2003. Nessa data, estavam inscritos 431 utentes na valência de AD. Desses, 155 (36%) não recorriam ao serviço de alimentação, utilizando apenas outros serviços prestados a nível de AD (nomeadamente higiene pessoal). Dos 276 utentes com alimentação, 56 foram excluídos por não receberem os serviços de alimentação em regime de AD (44 utentes recebiam refeições em regime de *take-away* e 12 estavam a ser acompanhados no Centro de Dia). Assim, a população do estudo foi constituída por 220 indivíduos.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa informático SPSS (36).



A verificação da normalidade da distribuição das variáveis em estudo foi efectuada através da observação da curva sinusoidal, tendo-se procedido à sua confirmação através do teste de Kolmogorov-Smirnof.

A análise estatística descritiva consistiu no cálculo de frequências no caso de variáveis categóricas ou nominais e no cálculo da média e do desvio padrão para variáveis numéricas.

Em algumas variáveis não foi possível recolher dados referentes a todos os utentes. Justificam-se assim as diferenças no valor amostral das mesmas.

### 3.3.1 – Caracterização demográfica e sócio-económica

Com o objectivo de realizar uma caracterização demográfica e sócio-económica consultaram-se os registos administrativos adequados, nomeadamente as fichas de utente. A recolha destes dados foi autorizada pelo Conselho de Administração da ODPS.

#### Distribuição por Centro Social

A distribuição dos utentes por cada CS encontra-se descrita na tabela 1:

Centro social	Utentes (%) <i>n</i> = 220
Cerco do Porto	10,9 (24)
Fonte da Moura	10,0 (22)
Lagarteiro	6,4 (14)
Machado Vaz	21,8 (48)
Pasteleira	9,5 (21)
Pinheiro Torres	10,5 (23)
Rainha D. Leonor	9,5 (21)
Regado	8,2 (18)
São João de Deus	7,3 (16)
São Tomé	5,9 (13)

Tabela 1 – Distribuição dos utentes por CS; *n* entre parênteses

## Sexo e idade

Dos 220 utentes, 144 (65,5%) eram do sexo feminino e 76 (34,5%) do sexo masculino.

As idades dos utentes estavam compreendidas entre os 35 e 94 anos, sendo a idade média ( $\pm$  desvio padrão)  $77,1 \pm 11,3$  anos, com uma mediana e moda de 79 anos. Não foi possível recolher a idade de 10 utentes.

Para melhor compreender a estrutura etária da população, sistematizou-se essa informação na tabela 2, em que se divide a população por faixas etárias e por sexo:

Faixa etária (anos)	Utentes (%)	Sexo	
		Feminino	Masculino
$\leq 54$	6,7 (14)	28,6 (4)	71,4 (10)
55 – 64	5,2 (11)	63,6 (7)	36,4 (4)
65 – 74	19,5 (41)	73,2 (30)	26,8 (11)
75 – 84	47,2 (99)	64,6 (64)	35,4 (35)
$\geq 85$	21,4 (45)	77,8 (35)	22,2 (10)
Total	100,0 (210)	66,7 (140)	33,3 (70)

Tabela 2 – Distribuição dos utentes por faixa etária e por sexo; valores em percentagem, *n* entre parênteses

Destes dados, salienta-se que quase metade da população se encontrava na faixa etária entre os 75 e os 84 anos (47,1%) e que um quinto se encontrava na faixa dos muito idosos ( $\geq 85$  anos). É ainda de referir que no grupo etário mais baixo ( $\leq 54$  anos) a grande maioria dos utentes eram do sexo masculino. Nos restantes casos, prevalecia o sexo feminino.

## Estado civil

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 46,2% da população era casada ou vivia em união de facto. Com um valor de grandeza semelhante segue-se a população viúva (42,9%). Da análise da distribuição por sexo é visível uma

grande semelhança entre ambos os sexos, excepto no caso da população viúva, em que a esmagadora maioria (85,7%) era do sexo feminino (tabela 3).

Estado civil	Utentes (%) <i>n</i> = 212	Sexo (%)	
		Feminino	Masculino
Casado ou união de facto	46,2	51,0	49,0
Viúvo	42,9	85,7	14,3
Solteiro	8,5	50,0	50,0
Divorciado	2,4	60,0	40,0

Tabela 3 – Estado civil dos utentes e sua distribuição por sexo

Cruzando estas duas variáveis numa perspectiva diferente constata-se que a maioria dos utentes do sexo feminino era viúva (55,7%). Por outro lado, a maioria dos utentes do sexo masculino encontrava-se casado ou a viver em união de facto (66,7%).

### Habilitações literárias

Como se pode observar na tabela 4, o grau de escolaridade dos utentes era baixo. É de destacar que a quase totalidade dos utentes analfabetos era do sexo feminino.

Grau de escolaridade	Utentes (%) <i>n</i> = 152	Sexo (%)	
		Feminino	Masculino
Analfabeto	36,8	96,4	3,6
Sabe ler e escrever	9,2	71,4	28,6
Primária completa	42,1	43,8	56,2
Ciclo preparatório	5,3	37,5	62,5
Secundário	5,3	50,0	50,0
Médio ou superior	1,3	0	100,0

Tabela 4 – Grau de escolaridade dos utentes e sua distribuição por sexo

### Tipo de habitação

Os apartamentos sociais eram o tipo de habitação mais frequente desta população (tabela 5). A percentagem de utentes que habitava noutro tipo de habitação (em que se incluem as designadas “ilhas”) é ainda significativa (12,5%).

Tipo de habitação	Utentes (%) <i>n</i> = 200
Apartamento social	57,0
Apartamento	14,0
Moradia	16,5
Outro	12,5

Tabela 5 – Tipo de habitação

Em relação à qualidade das instalações sanitárias (*n* = 184), é de salientar que 7,6% das habitações não possuíam casa de banho e que 28,3% dispunham dessa divisão, mas não de duche.

### Coabitação

Relativamente à coabitação, um terço dos utentes vivia sozinho, quase metade (46,2%) vivia com o respectivo cônjuge e os restantes (20,5%) viviam com outros familiares (tabela 6).

Coabitação	Utentes (%) <i>n</i> = 220
Sozinho	33,3
Com cônjuge	46,2
Com outros familiares	20,5

Tabela 6 – Coabitação

Cruzando a variável coabitação com a variável sexo, verificamos que 39,1% das mulheres viviam sozinhas, 35,5% vivia com o cônjuge e as restantes (25,4%) habitavam com outros familiares. No caso dos utentes do sexo masculino, a maioria (66,7%) vivia com o cônjuge.

É ainda importante referir que 50% dos utentes com idade igual ou superior a 85 anos viviam sozinhos. Esta situação não era tão frequente em faixas etárias inferiores, em que a percentagem de utentes a viver sozinhos rondava os 29%.

## Rendimentos

As reformas ou pensões eram a principal fonte de rendimentos dos utentes. Para melhor se compreender o volume dos rendimentos desta população, realizou-se uma comparação com o salário mínimo nacional (SMN), fixado actualmente em 356,60€ (37). Assim, a maioria da população (60,8%) tinham um rendimento mensal que representava 50 a 100% do SMN (178,30€ a 356,60€). Salienta-se que 10,0% dos utentes apresentavam um rendimento mensal inferior a 50% do SMN (tabela 7).

Realça-se que estes valores se referem apenas aos rendimentos individuais dos utentes e não aos rendimentos do respectivo agregado familiar.

Rendimentos	Utentes (%) <i>n</i> = 220
Abaixo de 50% SMN	10,0
50% a 100% SMN	60,8
100% a 200% SMN	27,3
Acima de 200% SMN	1,9

Tabela 7 – Rendimentos

## Mensalidade

De forma a participar os serviços prestados pela ODPS, cada utente paga uma mensalidade. O valor dessa mensalidade é calculado de acordo com os serviços prestados, os rendimentos do utente e algumas das suas despesas fixas. As mensalidades variavam entre 0 e 160€, sendo o valor médio de 64,10€ (com um desvio padrão de 24,10€).

## Abastecimento de alimentos

Relativamente ao abastecimento de alimentos verifica-se que em quase 20% dos casos eram os próprios utentes os responsáveis pela compra dos seus alimentos.

Em 37,1% dos casos esse abastecimento era da responsabilidade de outros familiares. É ainda de destacar que para 16% dos utentes as ajudantes domiciliárias da ODPS eram as principais responsáveis pelo abastecimento alimentar (tabela 8).

Responsável pelo abastecimento	Utentes (%) <i>n</i> = 194
Próprio	19,6
Cônjuge	14,4
Outros familiares	37,1
Vizinhos	6,7
Ajudantes domiciliárias	16,0
Outros	6,2

Tabela 8 – Abastecimento de alimentos

### 3.3.2 – Capacidade funcional

O nível de independência na realização de actividades diárias foi avaliado através da aplicação do questionário *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living* (38). Os utentes foram classificados consoante a sua capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia (tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, movimento, incontinência e alimentação). As respostas foram codificadas recorrendo a uma chave dicotómica consoante o utente conseguisse realizar a tarefa sem supervisão ou assistência pessoal (1 ponto) ou com total supervisão ou assistência pessoal (0 pontos). Com base neste sistema de pontuação, uma classificação final de 6 pontos indica capacidade funcional total e uma classificação final de 2 pontos, ou menos, revela uma disfunção severa.

As classificações dos 149 utentes avaliados encontram-se descritas na tabela 9. Quase 40% da população apresentava uma disfunção severa. Por outro lado, 38,3% dos utentes avaliados revelaram uma capacidade funcional total.

Classificação	Utentes (%) <i>n</i> = 149
0	22,8
1	5,4
2	10,7
3	2,7
4	9,4
5	10,7
6	38,3

Tabela 9 – índice de independência

Cruzando esta variável com a variável sexo, verificamos que, do total de indivíduos com uma disfunção severa na capacidade funcional, a grande maioria (79,3%) era do sexo feminino.

### 3.4 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

#### 3.4.1 – Adesão ao serviço

A maioria dos utentes (79,3%) aderiu ao AD da ODPS há menos de cinco anos. É de salientar que 18% dos indivíduos tornou-se utente há menos de seis meses (tabela 10).

Data de adesão ao serviço	Utentes (%) <i>n</i> = 206
Menos de 6 meses	18,0
6 a 12 meses	3,4
1 ano	10,2
2 a 3 anos	26,3
4 a 5 anos	21,4
5 a 10 anos	12,6
Mais de 10 anos	8,1

Tabela 10 – Adesão ao serviço

#### 3.4.2 – Serviços recebidos

Como já referido, todos os utentes em estudo recebiam o serviço de alimentação (sendo que 25 utentes dispunham igualmente de alimentação ao fim-de-semana). Adicionalmente a esse serviço, 42,7% dos utentes dispunham de higiene pessoal,

21,8% de higiene habitacional e 23,1% de tratamento de roupas.

Na tabela 11 referem-se as combinações de serviços prestados existentes e a sua frequência. Destaca-se que 47,3% dos utentes solicitavam apenas o serviço de alimentação, 25% recebiam os serviços de alimentação e higiene pessoal e 11,8% recebiam todos os serviços disponíveis.

Serviços recebidos	Utentes (%) <i>n</i> = 220
A	47,3
A + HP	25,0
A + HH	2,3
A + TR	2,3
A + HP + HH	2,3
A + HP + TR	3,6
A + HH + TR	5,4
A + HP + HH + TR	11,8

Tabela 11 – Serviços recebidos; A = alimentação, HP = higiene pessoal, HH = higiene habitacional, TR = tratamento de roupas

### 3.4.3 – Tipo de serviços de alimentação

Como referido atrás, todos os utentes em estudo recebiam almoço. Para além desta refeição, o serviço de AD da ODPS poderá fornecer também pequeno-almoço, lanche e suplemento (geralmente constituído por sopa e pão).

No que respeita ao almoço, a grande maioria dos utentes solicitava o almoço normal. A refeição de dieta era servida a 14,1% dos utentes (tabela 12).

Tipo de almoço	Utentes (%) <i>n</i> = 220
Normal	79,1
Dieta	14,1
Mole	5,5
Outro	1,3

Tabela 12 – Tipo de almoço

Além do referido almoço, 22,1% dos utentes recebiam pequeno-almoço, 69,2% recebiam lanche e 21,6% recebiam suplemento. Analisando as combinações de



refeições recebidas, destaca-se que 27,9% dos utentes recebiam apenas o almoço, 41,7% recebiam o almoço e o lanche, e que 13,3% recebiam todas as refeições fornecidas pela ODPS (tabela 13).

Refeições recebidas	Utentes (%) n = 220
A	27,9
A + PA	0,5
A + L	41,7
A + S	2,4
A + PA + L	8,3
A + L + S	5,9
A + PA + L + S	13,3

Tabela 13 – Serviços recebidos; A = almoço, PA = pequeno-almoço, L = lanche, S = suplemento

### 3.5 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REFEIÇÕES

#### 3.5.1 – Composição

De acordo com o definido no “Manual de Recomendações Alimentares e Capitações por Grupos Etários”, em vigor na ODPS, as refeições servidas em regime de AD tem a seguinte composição:

- Pequeno-almoço: 250 ml de leite ou leite com cevada ou cevada, um pão com 5 g de manteiga ou uma fatia (30 g) de queijo;
- Almoço: sopa, 160 g de batata ou seis colheres de sopa de arroz ou massa ou oito colheres de sopa de leguminosas secas, 120 g de carne ou peixe ou dois ovos, 200 g de salada ou legumes, um pão e uma peça de fruta ou sobremesa doce;
- Lanche: 250 ml de leite ou leite com cevada ou cevada, um pão com 5 g de manteiga ou uma fatia (30 g) de queijo ou fiambre ou 10 g de marmelada ou compota;
- Suplemento: sopa e 1 pão.

### **3.5.2 – Confeccção**

As refeições distribuídas por cada CS são confeccionadas na cozinha desse mesmo CS. De modo a garantir a qualidade e segurança alimentar das refeições aí confeccionadas, a actividade das cozinhas assenta nas regras definidas no “Regulamento de Funcionamento das Cozinhas” e no “Manual de Higiene para Manipuladores de Alimentos”, actualmente em vigor na ODPS.

A confeccção é realizada de acordo com a ementa mensal previamente estabelecida. Essa ementa inclui um prato normal (prato do dia) e um prato de dieta. No “Manual de Recomendações Alimentares e Capitações por Grupos Etários” da ODPS existem indicações precisas para orientar a confeccção de dietas específicas, nomeadamente, dietas hipossalinas e hipoproteicas. Todas as situações eventualmente não contempladas nesse documento são analisadas, caso a caso, pela Nutricionista da ODPS.

### **3.5.3 – Transporte e distribuição**

Depois de confeccionadas e/ou preparadas na cozinha do CS, as refeições são então distribuídas pelos domicílios dos utentes.

Todos os alimentos quentes (por exemplo: sopa, prato principal ou leite) são transportados em recipientes isotérmicos que garantem, em condições ideais, a manutenção da temperatura dos alimentos por um período de cerca de 6 horas. Para transportar o almoço, é actualmente utilizado um modelo de marmitta isotérmica constituído por dois recipientes; no recipiente inferior é colocada a sopa e no recipiente superior o prato principal. No caso de o prato principal ser acompanhado de salada, esta é transportada num recipiente distinto. O mesmo acontece com as sobremesas doces ou frutas processadas. O pão é transportado

em sacos próprios para géneros alimentícios.

A distribuição das refeições, realizada pelas ajudantes domiciliárias, pode ser efectuada a pé ou em transporte motorizado. Na escolha de um destes modos de transporte é tido em conta, essencialmente, a distância do CS ao domicílio do utente. Actualmente a ODPS tem 48 ajudantes domiciliárias ao serviço. Para auxiliar a distribuição das refeições existem sete carrinhas.

#### **3.5.4 – Tempo de espera**

Para determinar o lapso de tempo em que as refeições permanecem nos respectivos recipientes isotérmicos, realizou-se, ao longo de duas semanas, um registo do tempo que medeia a preparação da marmita na cozinha e a sua entrega no domicílio do utente.

Analisando tais dados concluiu-se que, em média, o tempo de espera de uma refeição na marmita é 28,9 minutos (com um desvio padrão de 17,4 minutos).

#### **3.5.5 – Avaliação nutricional**

Com o objectivo de precisar a composição nutricional das refeições servidas em regime de AD na ODPS, e consequentemente, dos nutrientes colocados à disposição dos utentes, realizou-se uma avaliação nutricional das mesmas.

#### **Material e métodos**

Foram avaliadas 20 refeições, duas por cada CS, em dias diferentes. Em cada uma dessas refeições realizou-se a pesagem de todos os seus constituintes, utilizando-se para o efeito uma balança digital (modelo *Tefal Success 4*) com sensibilidade de um grama. Obteve-se o peso a partir do valor médio da pesagem

consecutiva de cinco amostras. Esta recolha de dados foi efectuada no mês de Agosto de 2003. Crê-se que as 20 refeições analisadas constituem uma amostra representativa de todas as refeições servidas ao longo do ano.

Para a conversão dos alimentos em nutrientes utilizou-se o programa informático *Microdiet* (39). Esta aplicação inclui uma base de dados que contém informação nutricional referente a mais de 5000 alimentos.

Obtiveram-se dados referentes a energia, proteínas, hidratos de carbono, lípidos e alguns minerais e vitaminas (cálcio, magnésio, fósforo, ferro, zinco, selénio, riboflavina, niacina, vitamina B6, vitamina B12 e vitamina C). Foi ainda calculada a contribuição percentual para o valor energético total (VET) de cada macronutriente, utilizando os seguintes factores de conversão: proteínas, 4 Kcal/g; lípidos, 9 Kcal/g e hidratos de carbono, 3,75 Kcal/g.

Posteriormente, realizou-se uma comparação dos valores médios de nutrientes com as DRI, as actuais recomendações nutricionais norte-americanas (40, 41, 42, 43, 44). Para realizar esta comparação utilizaram-se os valores das DRI aplicáveis aos idosos: homens e mulheres com idades entre 51 e 70 anos e superior a 70. Dos quatro valores disponíveis, optou-se pela utilização do valor mais elevado.

## **Resultados**

Das 20 refeições analisadas, verificou-se que todas incluíam sopa (numa média de 686 g), batatas (em média 245 g) ou arroz ou massa (em média 346 g), carne ou peixe (numa média de 147 g), fruta ou sobremesa doce e um pão. Em 16 refeições foi servida salada, legumes ou hortaliças (em média 120 g). Duas das refeições incluíam leguminosas secas.

Do ponto de vista nutricional, verificou-se que, em média, as refeições analisadas apresentaram um valor energético de 1014 kcal, o que representa 46% da DRI. Em relação às proteínas, o valor médio encontrado foi de 60,3 g (107,6% da DRI). No que diz respeito aos hidratos de carbono, as refeições forneciam uma média de 151,6 g deste macronutriente, representando 116,6% da DRI. Para os lípidos, o valor médio presente em cada refeição foi de 23,1 g (tabela 14).

Energia e macronutrientes	Média $\pm$ dp <i>n</i> = 20	DRI	Percentagem da DRI
Energia (kcal) <sup>1</sup>	1014 $\pm$ 129	2204	46,0
Proteínas (g)	60,3 $\pm$ 15,5	56	107,6
Hidratos de carbono (g)	151,6 $\pm$ 26,6	130	116,6
Lípidos (g)	23,1 $\pm$ 10,5	–	–

Tabela 14 – Valores de energia e macronutrientes fornecidos; dp = desvio padrão, <sup>1</sup> valor médio (45)

Quanto à contribuição percentual dos macronutrientes para o VET, constatou-se que as proteínas eram responsáveis por uma média de 23,8% do VET, os hidratos de carbono representavam 56,2% e os lípidos forneciam 20,4% da energia total das refeições. Estes valores encontram-se dentro dos intervalos recomendados: 10 a 35% para as proteínas, 45 a 65% para os hidratos de carbono e 20 a 35% para os lípidos (44).

Relativamente aos minerais, os valores fornecidos pelas refeições analisadas encontram-se expostos na tabela 15. Desses dados, salienta-se o facto do fornecimento médio de cálcio ser de 249,0 mg, o que representa apenas 20,8% da DRI. No extremo oposto, encontrava-se o selénio que, num valor médio de 71,9  $\mu$ g, atingia mais de 130% da sua DRI.

Minerais	Média ± dp n = 20	DRI <sup>1</sup>	Percentagem da DRI
Cálcio (mg)	249,0 ± 66,0	1200	20,8
Magnésio (mg)	177,4 ± 22,4	420	42,2
Fósforo (mg)	693,7 ± 114,5	700	99,1
Ferro (mg)	9,3 ± 2,8	8	115,7
Zinco (mg)	7,3 ± 5,1	11	66,5
Selénio (µg)	71,9 ± 50,2	55	130,7

Tabela 15 – Valores de minerais fornecidos;  
dp = desvio padrão, <sup>1</sup> *adequate intake* para o cálcio, RDA para os restantes minerais

Analisando os valores relativos às vitaminas (tabela 16), verifica-se que a riboflavina estava presente nas refeições analisadas numa média de 0,6 mg, representando assim 44,8% da sua DRI. Relativamente aos valores de vitamina B12, estes cobriam a DRI em 150%. Quanto à vitamina C, o valor médio fornecido foi de 50,5 mg (56,1% da DRI).

Vitaminas	Média ± dp n = 20	DRI <sup>1</sup>	Percentagem da DRI
Riboflavina (mg)	0,6 ± 0,3	1,3	44,8
Niacina (mg)	14,1 ± 8,6	16	88,2
Vitamina B6 (mg)	1,5 ± 0,4	1,7	87,2
Vitamina B12 (µg)	3,6 ± 2,5	2,4	150,0
Vitamina C (mg)	50,5 ± 27,2	90	56,1

Tabela 16 – Valores de vitaminas fornecidos;  
dp = desvio padrão, <sup>1</sup> RDA para todas as vitaminas

#### 4 – ANÁLISE CRÍTICA

Após terem sido descritas as características, vantagens e desvantagens do serviço de refeições em regime de AD, e de se ter descrito a realidade concreta deste serviço na ODPS, torna-se pertinente discutir alguns dos dados apresentados.

Na população em estudo, o número de indivíduos do sexo feminino era superior aos do sexo masculino. Tal pode ser explicado pela maior esperança de vida da população feminina (2). Em relação à idade dos utentes, verificou-se que a média se encontrava nos 77 anos. Este valor é muito semelhante ao encontrado na última avaliação realizada ao ENP norte-americano (76 anos) (9). Quase 7% dos utentes tinham uma idade igual ou inferior a 54 anos. Este dado é importante, pois, apesar do serviço de AD ser maioritariamente utilizado por idosos, também o é por indivíduos de todas as outras faixas etárias.

Relativamente ao estado civil salienta-se o facto da maioria das mulheres serem viúvas e a maioria dos homens se encontrarem casados. Esta situação vai de encontro aos dados da população em geral e pode ser explicada pela maior sobremortalidade masculina e pela circunstância de os homens idosos tenderem a optar com maior frequência e rapidez pela reconstituição familiar do que as mulheres. Estes dois factores conjugados com a maior frequência do celibato feminino, poderão ajudar a explicar o facto de os utentes do sexo masculino viverem principalmente com o cônjuge e de os utentes do sexo feminino viverem principalmente sem o cônjuge (2). Estes dados são, igualmente, muito semelhantes aos dados norte-americanos citados anteriormente (9). Este facto é

particularmente importante uma vez que a viuvez, ao induzir uma alteração do ambiente social e um aumento da solidão, pode afectar os comportamentos alimentares e a ingestão nutricional dos indivíduos, podendo ainda diminuir o interesse em actividades relacionadas com a alimentação, e em consequência, acarretar uma deterioração do estado nutricional (3).

No que diz respeito às habilitações literárias, o baixo grau de escolaridade dos utentes (com especial incidência na população feminina) é corroborado por dados semelhantes a nível nacional (2).

Em virtude da ODPS exercer a sua actividade em CS localizados em bairros camarários, é compreensível que a maioria dos utentes habite num apartamento social. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, 0,9% dos agregados familiares com idosos vivem em habitações não convencionais. Na população em estudo foi detectado uma percentagem superior de idosos que viviam neste tipo de habitações. Em relação à qualidade das instalações sanitárias, o número de utentes que não possuía casa de banho (7,6%) é semelhante ao valor da população geral (11,3%) (2).

A grande maioria dos utentes em estudo (70,8%) apresentava um rendimento inferior ao salário mínimo nacional. Também a nível do país, os idosos se apresentam como o grupo da população mais desfavorecido do ponto de vista económico (2). A situação dos utentes da ODPS é muito idêntica à dos indivíduos apoiados pelo ENP (9).

No que concerne ao abastecimento de alimentos, é de salientar que, em 16% dos casos esse abastecimento é realizado por funcionárias da ODPS, o que demonstra alguma da importância que este serviço tem para os utentes.

Quanto à capacidade funcional dos utentes verificou-se que uma percentagem



considerável (38,9%) apresentava uma disfunção severa.

Face ao exposto anteriormente, pode concluir-se que a população apoiada pelo serviço de refeições em regime de AD pela ODPS apresenta inúmeros factores que poderão afectar o seu estado nutricional.

Relativamente aos serviços de alimentação solicitados salienta-se que 79,1% dos utentes requerem, ao almoço, o prato normal (prato do dia). A opção por este prato ou pelo prato de dieta fica ao critério do utente. Ainda que não havendo dados concretos disponíveis, é frequente que os utentes que deveriam consumir uma refeição de dieta, não optem por esta. Esta situação poderia ser evitada, ou pelo menos abreviada, com o recurso a sessões de aconselhamento e educação alimentar destinadas aos utentes e a um acompanhamento mais personalizado.

Em relação à avaliação nutricional realizada às refeições servidas é notório que todas ultrapassaram largamente, em quantidade de alimentos, o estabelecido na tabela de capitações em vigor.

Verificou-se que em média, as refeições forneciam 1014 kcal, ultrapassando em muito o valor adequado para uma só refeição. Tal foi igualmente confirmado pelos valores de proteínas e hidratos de carbono, que excederam em mais de 100% as recomendações para um dia inteiro. Ainda assim, a contribuição percentual dos macronutrientes para o VET encontrava-se dentro dos intervalos recomendados. É possível que os valores relativos aos lípidos estejam subestimados; tal poderá dever-se a uma contabilização deficiente das gorduras utilizadas na confecção das refeições.

Determinou-se também a composição das refeições em alguns micronutrientes.

Estes dados devem ser analisados com alguma precaução pois, ao contrário dos macronutrientes, é possível que um aporte reduzido de um determinado mineral ou vitamina na refeição em estudo seja compensado com todos os outros alimentos ingeridos ao longo do dia.

Tal parece ser o caso do cálcio, cujo valor médio de 249 mg é responsável pelo cumprimento de apenas 20,8% da DRI. Este valor pode, e possivelmente deve, ser facilmente compensado com a ingestão de alimentos lácteos ao longo do dia, como acontece com os utentes que são abrangidos pelo serviço de pequeno-almoço e lanche.

Em relação aos outros minerais e vitaminas avaliados, todos representavam um valor superior a 40% da sua DRI, havendo mesmo casos (ferro, selénio e vitamina B12) em que esse valor é superior a 100%.

Sabendo que as refeições cumpriam, em média, 46% da DRI para energia, os elevados valores de vitaminas e minerais sugerem que estas refeições apresentavam uma considerável densidade nutricional para esses nutrientes, indo ao encontro das recomendações apresentadas anteriormente.

Qualquer comparação com as DRI deve considerar que estas recomendações são destinadas a indivíduos saudáveis, não tendo sido modificadas para ter em consideração as necessidades acrescidas dos indivíduos doentes ou fragilizados, como é o caso de muitos idosos (11, 45).

Apesar de não existirem dados precisos, acredita-se que a maioria dos utentes não realize um jantar adequado, e que dependa da refeição servida ao almoço para compensar a escassez de alimentos no resto do dia. É reportado pelas ajudantes domiciliárias que o jantar da grande maioria dos utentes é constituído

pelas sobras da refeição entregue ao almoço, eventualmente complementadas com outros alimentos (como pão, fruta, leite ou café). Esta prática é coincidente com o descrito em estudos referidos anteriormente (9, 32, 33). É essencialmente por este motivo que as refeições analisadas eram tão volumosas.

Como também já foi referido, o acto de adiar o consumo da refeição fornecida pode acarretar riscos em termos de segurança alimentar e perdas de nutrientes. Para evitar tais situações, era desejável que as refeições fossem fraccionadas e entregues em períodos diferentes, passando a constituir não só o almoço, como também o jantar (que poderia ser composto por uma refeição quente, tal como o almoço, ou por uma refeição fria).

Outro dos objectivos a atingir futuramente passa pelo fornecimento de refeições ao fim-de-semana aos utentes ainda não abrangidos por este sistema. A implementação desta proposta, assim como a apresentada no parágrafo anterior, implicaria uma profunda reorganização nos serviços da ODPS, e estaria sempre dependente de um financiamento adequado por parte do Estado.

Por outro lado, um aumento dos serviços prestados implicaria um consequente aumento na mensalidade dos utentes, o que, em muitos casos, seria de difícil concretização.

No entanto, antes de qualquer alteração no modo de funcionamento actual do serviço, seria necessário realizar uma avaliação da ingestão nutricional dos utentes, determinando também o impacto das refeições fornecidas pela ODPS. Seria também importante aplicar ferramentas de avaliação do risco nutricional de modo a identificar os utentes com necessidades mais prementes.

---

A curto prazo deveriam ser também desenvolvidas outras medidas, designadamente a aplicação de inquéritos de satisfação com o serviço aos utentes e um controlo periódico da temperatura a que são entregues as refeições.

É responsabilidade da ODPS o fornecimento dos serviços adequados aos seus utentes. Por isso, crê-se ser relevante a avaliação aqui realizada. Os resultados obtidos podem, e devem, ser utilizados para a melhoria deste serviço a muito curto prazo.

## 5 – CONCLUSÕES

O serviço de refeições em regime de AD constitui um instrumento privilegiado para fornecer refeições a populações em risco nutricional. Estas desempenham uma função essencial na manutenção da saúde, da independência e da qualidade de vida dos indivíduos.

A ODPS, enquanto instituição que presta este tipo de serviços, tem um papel capital na qualidade de vida dos utentes que apoia.

Apesar deste serviço ainda não ser o ideal, cumpre, no entanto, uma acção fundamental na manutenção do estado nutricional dos utentes.

As refeições volumosas que são servidas ao almoço, apesar de não estarem de acordo com as recomendações estipuladas, acabam por compensar a eventual escassez de alimentos durante o resto do dia. Daqui se conclui a premente necessidade de reformular este serviço, aumentando o leque de refeições disponíveis para todos os utentes que careçam de tal.

A prestação de mais refeições, durante um período de tempo mais longo (jantar e fim-de-semana) e serviços mais personalizados são, sem dúvida, os próximos desafios para a ODPS nesta área.

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001, resultados definitivos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2002.
2. Instituto Nacional de Estatística. As gerações mais idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 1999.
3. Harris NG. Nutrition in aging. In: Mahan LK, Escott-Stump S, editors. Krause's food, nutrition, & diet therapy. 10th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000. p. 287-305.
4. Ausman LM, Russell RM. Nutrition in the elderly. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, editors. Modern nutrition in health and disease. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. p. 869-881.
5. Webber CB, Splett PL. Nutrition risk factors in a home health population. Home Health Care Serv Q 1995;15:97-110.
6. Weddle DO, Fanelli-Kuczmarski M. Position of the American Dietetic Association: nutrition, aging, and the continuum of care. J Am Diet Assoc 2000; 100:580-95.
7. Vailas LI, Nitzke SA, Becker M, Gast J. Risk indicators for malnutrition are associated inversely with quality of life for participants in meal programs for older adults. J Am Diet Assoc 1998;98:548-53.
8. Coulston AM, Criag L, Voss AC. Meals-on-wheels applicants are a population at risk for poor nutritional status. J Am Diet Assoc 1996;96:570-3.

9. Mathematica Policy Research, Inc. Serving elders at risk, the Older Americans Act nutrition programs: national evaluation of the Elderly Nutrition Program 1993-1995, volume I: Title III evaluation findings. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
10. McCormack P. Undernutrition in the elderly population living at home in the community: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1997;26:856-63.
11. Sharkey JR, Branch LG, Zohoori N, Giuliani C, Busby-Whitehead J, Haines, PS. Inadequate nutrient intakes among homebound elderly and their correlation with characteristics and health-related factors. *Am J Clin Nutr* 2002;76:1435-45.
12. Smith R, Mullins L, Mushel M, Roorda J, Colquitt R. An examination of demographic, socio-cultural, and health differences between congregate and home diners in a senior nutrition program. *J Nutr Elder* 1994;14:1-21.
13. União Europeia. Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*; 2000.
14. Meals on Wheels Association of America. History of MOWAA [online]. Disponível em: [www.mowaa.org/history.shtml](http://www.mowaa.org/history.shtml). Acedido em 2003.07.09.
15. Instituto de Solidariedade e Segurança Social. Programa de Apoio Integrado a Idosos [online]. Disponível em: [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt). Acedido em 2003.07.11.
16. Bonfim CJ, Veiga SM. Serviços de apoio domiciliário (condições de implantação, localização, instalação e funcionamento). Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação; 1996.
17. Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento. Carta social: rede de serviços e equipamentos 2001. Lisboa: Ministério da Segurança Social e do Trabalho; 2002.

18. Administration on Aging. Fact sheet: the Older Americans Act nutrition programs (Elderly Nutrition Program) [online]. Disponível em: [www.aoa.dhhs.gov/nutrition/OAANP-FS.html](http://www.aoa.dhhs.gov/nutrition/OAANP-FS.html). Acedido em 2003.07.11.
19. Wellman NS, Rosenzweig LY, Lloyd JL. Thirty years of the older americans nutrition program. *J Am Diet Assoc* 2002;102:348-50.
20. Meal services. In: Reppas S, Rosenzweig LY, Silver H. Older americans nutrition program toolkit. Miami: National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging at Florida International University; 2002.
21. Menu and nutrition requirements. In: Reppas S, Rosenzweig LY, Silver H. Older americans nutrition program toolkit. Miami: National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging at Florida International University; 2002.
22. Read M, Schlenker ED. Nutrition and the continuum of health care in older adults. In: Schlenker ED, editor. *Nutrition in aging*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1993. p. 313-35.
23. Food Safety and Sanitation. In: Reppas S, Rosenzweig LY, Silver H. Older americans nutrition program toolkit. Miami: National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging at Florida International University; 2002.
24. Farrior ES, Steinfeld MM. Nutrient intakes on weekdays compared to weekends of home delivered meal participants. *J Am Diet Assoc* 1995;95(suppl): A-90.
25. Lewis KA, Dow RM, Brown MS. A comparison of dietary intakes of the Title III-C participants on home-delivered meal and non-meal days. *J Am Diet Assoc* 1995;95(suppl):A-90.



26. Cornwell AR, Cornwell PE, Keenon JE, Bradley RL. Impact of meals on wheels on nutritional status of homebound elderly. *J Am Diet Assoc* 1990;90 (suppl):A-63.
27. Kretser AJ, Voss T, Kerr WW, Cavadini C, Friedmann J. Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *J Am Diet Assoc* 2003;103:329-36.
28. Adams TL, Chernoff R, Winger RM, Hosig KW, McCabe BJ. The effect of home-delivered meals on length of hospitalization for elderly people. *J Am Diet Assoc* 1998;98(suppl):A-12.
29. Stevens DA, Grivetti LE, McDonald RB. Nutrient intake of urban and rural elderly receiving home-delivered meals. *J Am Diet Assoc* 1992;92:714-18.
30. Rosenzweig LY. A population at risk: current findings and future needs. *Nutrition Program for the Elderly*. Albany, NY: New York State Office for the Aging; 1993.
31. Edwards DL, Frongillo EA, Rauschenbach B, Roe DA. Home-delivered meals benefit the diabetic elderly. *J Am Diet Assoc* 1993;93:585-7.
32. Fogler-Levitt E, Lau D, Csima A, Kronl M, Coleman P. Utilization of home-delivered meals by recipients 75 years of age or older. *J Am Diet Assoc* 1995; 95:552-7.
33. Lau D, Coleman P, Kronl M. Delayed consumption patterns of home-delivered meals by elderly recipients 75+ years. *J Am Diet Assoc* 1994; 94(suppl):A-61.
34. Thorpe M. Strengthening the role of nutrition and improving the health of the elderly population. *J Am Diet Assoc* 2003;103:337.

- 
35. Obra Diocesana de Promoção Social. Regulamentos dos serviços de terceira idade e apoio domiciliário. Porto: ODPS; 1998.
  36. SPSS for Windows. Release 11.5.0. SPSS Inc; 2002.
  37. Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho. Decreto-Lei n.º 320-C/2002 de 30 de Dezembro de 2002 (actualiza os valores do salário mínimo nacional para 2003). Lisboa: Ministério da Segurança Social e do Trabalho; 2002.
  38. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.
  39. Microdiet Plus for Windows. Version 1.1. Downlee Systems Ltd; 2000.
  40. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
  41. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
  42. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
  43. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

44. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for energy, carbohydrates, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
45. Silver HJ, Wellman NS, Rosenzweig LY. Dietary reference intakes and dietary guidelines in Older Americans Act nutrition programs: an issue panel report. Miami: National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging at Florida International University; 2002.