

FICHA TÉCNICA || TECHNICAL RECORD

Título || Title

IX Colóquio de Farmácia
9th Pharmacy Academic Conference

Editores || Editors

Agostinho Cruz, Agostinho Cunha, Ana Isabel Oliveira, Angelo Jesus, Cláudia Pinho, Marlene Santos,
Patrícia Correia, Rita Ferraz Oliveira.

Editora || Publisher

Área Técnico-Científica de Farmácia - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
Pharmacy Department - School of Allied Health Sciences of Oporto

Data || Date

Abril 2013 | April 2013

ISBN

978-989-97801-1-8

Índice

Comissões	4
Patrocinadores	5
Programa	6
Comunicações Orais	8
Avaliação dos recursos sociais e risco de desnutrição do idoso em domicílio	9
Topical anti-aging therapies assessed by noninvasive methods.....	20
Comunicações em Poster	21
A polimedicação em doentes institucionalizados	22
Análise da informação disponibilizada em websites que comercializam suplementos alimentares à base de ginseng (Panax ginseng).....	30
Envelhecimento Ativo: Otimizando Oportunidades	42
Communication between the professional (the physician and the pharmacist) and the patient	51
Highlighting the impact of the changes made regarding students initial pharmaceutical internship from the University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca - comparative study	67
Chá verde na prevenção do cancro: uma revisão sistemática.....	74
Fisiopatologia e tratamento da emese - proposta para a construção de um objecto digital de aprendizagem.....	75
A literacia digital como pré-requisito do acesso ao conhecimento: análise numa população estudantil da Licenciatura em Farmácia da ESTSP-IPP.....	76
Polimedicação em idoso: adesão e interações	77
Estudo comparativo de comportamentos associados ao uso de medicamentos entre a comunidade universitária de Portugal e Angola	87
Activation of digital prescription in Estonia 2010-2013	89

COMISSÕES/COMMITTEES

Comissão Científica / Scientific Committee

Agostinho Cruz
Agostinho Cunha
Ana Isabel Oliveira
Angelo Jesus

Cláudia Pinho
Marlene Santos
Patrícia Correia
Rita Ferraz Oliveira

Comissão Organizadora / Organizing Committee

Estudantes

Ana Filipa Leitão
Ana Margarida Mendonça
Ana Rita Almeida
Andreia Neto
Cecília Carreira
Cláudia Pinho
Joana Amorim
Joana Trindade
Juliana Almeida Silva
Patrícia Moreira
Ricardo Cardoso
Rodrigo Costa
Rute Gonçalves Silva

Docentes

Cláudia Pinho
Fátima Mendes
Susana Sequeira
Vânia Pinto

PATROCINADORES / SPONSORS



PROGRAMA / PROGRAM

19 de Abril - Conferência de Abertura (Auditório 51)

14:00-18:00 - Qualidade na saúde dos idosos: o contributo das plantas (Uday Bandyopadhyay – Department of Infectious Diseases and Immunology, Indian Institute of Chemical Biology, Kolkata, India)

20 de Abril – IX Colóquio de Farmácia da ESTSP “Envelhecimento em Saúde”

9:30-10:00 - Sessão Solene de Abertura (Auditório 47)

**10:00-10:30 - “Envelhecimento: Realidade em Portugal”
(Daniel Serrão) (Auditório 47)**

10:30-11:00 - Coffee-break

AUDITÓRIO 47

PAINEL I - Envelhecimento: um problema de saúde emergente

(Moderador: Angelo Jesus)

11:00-11:30 - Modificações fisiológicas do idoso

(Sofia Duque - Hospital Beatriz Ângelo, Loures; Unidade Universitária de Geriatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

11:30-12:00 - A Diabetes mellitus e o Idoso: controlo dos fatores de risco

(José Luís Medina - Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)

12:00-12:30 - Topical anti-aging therapies assessed by noninvasive methods

(Maria Crisan and Diana Crisan - University of Medicine and Pharmacy “Iuliu Hatieganu” Cluj-Napoca, Romania)

12:30-14:00 - Almoço livre

PAINEL II: O Medicamento e o Idoso

(Moderador: Agostinho Cunha)

14:00-14:30 - Papel da Avaliação Geriátrica Global na gestão da terapêutica e prevenção da iatrogenia

(Manuel Viana - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / USF S. João do Porto)

14:30-15:00 - Vulnerabilidade do idoso aos fármacos

(Cristina Galvão - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja + (ACES Baixo Alentejo)

15:00-15:30 - Polimedicação no idoso - adesão à terapêutica e monitorização

(Zaida Azeredo - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar)

15:30-16:00 - Coffee-break

PAINEL III: O idoso e o profissional de saúde: comunicação e aconselhamento

(Moderador: Vânia Oliveira)

16:00-16:30 - Abordagem terapêutica e aconselhamento na hipertensão arterial

(Fernando Pinto - Sociedade Portuguesa de Hipertensão; Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga - Unidade de Santa Maria da Feira)

16:30-17:00 - Saúde oral no idoso

(Filipa Monteiro - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto)

17:00-17:30 - Avaliação dos recursos sociais e risco de desnutrição do idoso em domicílio

(Maria Isabel Ribeiro - Instituto Politécnico de Bragança; Investigadora do CETRAD e colaboradora da UDI)

AUDITÓRIO 51

PAINEL I: Envelhecimento e saúde mental - Abordagem Terapêutica

(Moderador: Marlene Santos)

11:00-11:30 - Doenças Neurodegenerativas

(Paula Portugal – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto)

11:30-12:00 - Depressão no idoso

(Serafim Carvalho - Hospital de Magalhães Lemos; Departamento de Psicologia, Instituto Superior de Ciência da Saúde - Norte)

12:00-12:30 - Perturbações do sono

(Teresa Paiva - Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica, Lisboa)

12:30-14:00 - Almoço livre

PAINEL II: Qualidade e assistência em saúde

(Moderador: Susana Sequeira)

14:00-14:30 - Prevenção de complicações de saúde no idoso: papel da nutrição

(Sílvia Cunha - Associação Portuguesa dos Nutricionistas; Administração Regional de Saúde do Norte)

14:30-15:00 - Prevenção, aconselhamento e tratamento de úlceras de pressão

(Paulo Alves - Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas)

15:00-15:30 - Cuidados continuados e fim de vida

(Francisco Luís Pimentel - Maio Clinic, St^a Maria da Feira; Universidade de Aveiro)

15:30-16:00 - Coffee-break

PAINEL III: Envelhecimento, saúde e investigação

(Moderador: Patrícia Correia)

16:00-16:30 - Propriedades anti-envelhecimento de compostos naturais

(Cristóvão F. Lima - Departamento de Biologia, Escola de Ciências da Universidade do Minho)

16:30-17:00 - Novas perspectivas para medicamentos em geriatria - avanços da farmacogenómica

(Rui Medeiros - Instituto Português de Oncologia do Porto)

17:00-17:30 - Envelhecimento cerebral, doenças neurodegenerativas e terapia: o papel da química medicinal na inovação terapêutica

(Fernanda Borges - CIQUP/Departamento de Química e Bioquímica, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto)

COMUNICAÇÕES ORAIS

AValiação dos Recursos Sociais e Risco de Desnutrição do Idoso em Domicílio

¹Maria Isabel Ribeiro, ²Andreia Fernandes, ²Liliana Gonçalves, ³Maria Teresa Paçô, ⁴Rita Araújo e
⁴Susana Martins

¹Professora do Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora do CETRAD e colaboradora da UDI, xilote@ipb.pt

²Enfermeira. Aluna do Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde de Bragança.

³Médica dentista. Aluna do Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde de Bragança.

⁴Educadora social. Aluna do Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde de Bragança.

Resumo

No final do século passado e no início do presente a nutrição é reconhecida como a base da esperança média de vida emergindo a relação nutrição e envelhecimento como uma questão de saúde pública. Evidências epidemiológicas apontam para o facto do risco de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento poder ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente, alimentação/nutrição, atividade física, entre outros. Os aspetos sociais como a pobreza, o isolamento social, entre outros, influenciam a ingestão alimentar e, conseqüentemente, o estado nutricional. Foram objetivos desta investigação identificar situações de desnutrição, avaliar os recursos sociais do idoso e verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os nutridos e os desnutridos no que diz respeito aos recursos sociais acessíveis ao idoso. Para esse efeito, recolheu-se uma amostra acidental, constituída por 109 elementos, de um total de 487 idosos, com 75 anos ou mais a residir, no domicílio, no concelho de Alfandega da Fé, distrito de Bragança. Na recolha de dados, que decorreu de novembro a dezembro de 2012, foram utilizados dois questionários, o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) desenvolvido pela *Nestlé Nutrition Institute* (2006) e a Escala de Recursos Sociais (OARS) desenvolvida pela *Duke University Center* (1978). Do total de participantes, 62,4% (68) eram do género feminino e os restantes 37,6% (41) eram do género masculino. Os resultados mostraram que 28,4% (31) dos idosos encontravam-se em risco de desnutrição e 71,6% (78) registaram um estado nutricional normal. Uma percentagem significativa (40,4%) mostrou ter recursos sociais adequados, enquanto que a maioria (59,6%) apresentou ter recursos sociais deteriorados. A maioria dos idosos apontou os filhos, a esposa e a nora como sendo os principais cuidadores, em situação de doença ou dependência. Por fim, verificou-se que o estado nutricional não é diferenciador dos recursos sociais do idoso. Após a realização deste estudo tornou-se evidente a importância de referenciar os idosos em risco e com recursos sociais deteriorados para um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Efetuar ações de sensibilização e educação como fazer uma alimentação saudável, incentivar o convívio social e promover a autonomia do idoso realizando ações para esse efeito é uma responsabilidade que deve ser partilhada por toda a comunidade.

Palavras-chave: Domicílio, Idoso, Recursos sociais, Risco de desnutrição.

1. Introdução

Ao longo dos últimos dois séculos houve um aumento populacional devido à melhoria das condições sanitárias, e como consequência o aumento da esperança de vida paralelo à diminuição significativa da mortalidade infantil e juvenil. Seguindo o exemplo da generalidade dos países, a população idosa portuguesa tem uma percentagem superior de elementos do sexo feminino. De acordo com os dados dos censos de 2011, 61,9% da população idosa portuguesa com 75 anos ou mais nos de idade são do sexo feminino. Destes, 95,7% são casados, 32,1% divorciados, 26,5% são solteiros e 21,1% são viúvos¹. A velhice representa a fase da vida em que as capacidades e resistência física vão gradualmente diminuindo. Neste sentido, a má nutrição é definida como o desvio quantitativo e qualitativo (deficiência ou excesso) dum estado de nutrição normal essencial à manutenção da saúde. O ato de comer está associado a uma variedade de fatores, designadamente, saúde, sociais, psicológicos e ambientais, pelo que a manutenção de um bom estado nutricional é o resultado da intervenção de todos eles. Na quarta década do século XX, surgiram as primeiras publicações que referem recomendações alimentares e nutricionais para idosos nomeadamente, as de Cathcart & Murray (1931), as da liga das nações (1935) e, em 1944, as actas da Sociedade de Nutrição. No final do século XX, início do século XXI, a nutrição é reconhecida como a base da esperança média de vida e a relação entre nutrição e envelhecimento emerge como questão de saúde pública (Kravchenko, 2008)². Evidências epidemiológicas permitem concluir de forma segura, que o risco de enumeras patologias associadas ao envelhecimento pode ser minimizado por uma intervenção adequada ao nível dos estilos de vida, nomeadamente da alimentação/ nutrição e atividade física, entre outros^{3,4}. Numa perspetiva biológica, a nutrição é o processo pelo qual o organismo obtém nutrientes e os utilizam para o seu crescimento, metabolismo e reparação. A nutrição contribui para o metabolismo do organismo e exerce funções reparadoras, capazes de retardar o envelhecimento. Fisiologicamente, com o avançar da idade, há uma diminuição dos mecanismos de ingestão, digestão, absorção, transporte e excreção de substâncias, o que se traduz em necessidades nutricionais particulares neste estágio do ciclo de vida³.

Na terceira idade a má nutrição pode ser devida à diminuição da ingestão alimentar /nutricional, ao aumento das perdas nutricionais, à alteração do metabolismo dos nutrientes e ao aumento das necessidades nutricionais⁵. A alimentação e a nutrição, a par de outros fatores ambientais têm um enorme impacto na saúde e bem-estar, condicionantes da qualidade de vida dos idosos^{3,5}. Nesta perspetiva, a alimentação não só é determinante para o estado de saúde mas também para a qualidade de vida numa perspetiva holística: cultural, social e psicológica e a adesão a estilos de vida saudáveis pode desempenhar um papel mais importante que a própria genética do envelhecimento⁵. Aspetos sociais como a pobreza, isolamento social, dificuldade ou impossibilidade de aquisição de géneros alimentícios, crenças religiosas e ainda preferências alimentares individuais, influenciam a ingestão alimentar e consequentemente o estado nutricional⁵. A Direção Geral de Saúde recomenda a manutenção dum estado nutricional adequado, que, no caso do idoso, em que existem particularidades que podem condicionar a má nutrição, nomeadamente relacionadas com os aspetos fisiológicos do

envelhecimento associado a certas doenças, fármacos e interações, assume grande importância. O rastreio e avaliação do estado nutricional têm como objetivos a identificação do risco de desnutrição e desidratação; a implementação de medidas que previnam o declínio nutricional e reavaliação do plano de intervenção.

Com este trabalho de investigação pretendeu-se identificar situações de desnutrição, avaliar os recursos sociais do idoso e verificar se existiam diferenças, estatisticamente, significativas entre os nutridos e os desnutridos no que diz respeito aos recursos sociais acessíveis ao idoso.

2. Material e Métodos

A população-alvo é constituída por 487 idosos com 75 anos de idade ou mais residentes no concelho de Alfândega da Fé. Residiam neste concelho, em 2011, 1660 pessoas com mais de 65 anos¹. Foram incluídos, nesta investigação, todos os idosos com 75 anos ou mais que vivem no domicílio, que sejam independentes e estejam orientados no tempo e no espaço. A dimensão da amostra foi determinada, para um nível de confiança de 95% tendo em conta as tabelas de Cohen *et al.* (2011)⁶.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e observacional com uma amostra não probabilística acidental proporcional constituída por 109 idosos que vivem nas suas casas. Do total de respondentes, tal como mostra a tabela 1, 68 eram do género feminino (64,4%) e 41 eram do género masculino (37,6%). Tinham idades compreendidas entre os 75 e os 96 anos. A maioria registava um estado civil casado (69; 63,3%) e vivia com o conjugue (67; 61,5%).

Tabela 1- Caraterização da amostra

Variáveis	Grupos	Frequência	
		n=109	%
Género	Feminino	68	62,4
	Masculino	41	37,6
Idade	75 a 80 anos	62	56,9
	81 a 85 anos	28	25,7
	86 a 90 anos	14	12,4
	91 a 96 anos	5	4,5
Estado civil	Solteiro	3	2,8
	Casado	69	63,3
	Viúvo	36	33
	Separado	1	0,9
Vive com o conjugue	Sim	67	61,5
	Não	40	36,7
	NR	2	1,8

Na recolha de dados, que decorreu de novembro a dezembro de 2012, foi utilizado um formulário que se estruturava em três partes. A primeira parte incluía o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) desenvolvido pela *Nestlé Nutrition Institute* (2006) e validado em idosos, internados e em ambulatório, para Portugal, por Loureiro (2008)⁸. O MNA é um instrumento usado na avaliação nutricional de idosos com idade maior ou igual a 65 anos, que possam estar desnutridos ou em risco de desnutrição.

A segunda parte do formulário continha a Escala de Recursos Sociais (OARS) desenvolvida pela *Duke University Center* (1978)⁹. Esta escala centra a sua atenção na quantidade e adequação da interação social e na disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade. A OARS é constituída por um total de 10 questões que se seguem: 1.Qual é o seu estado civil?; 2.Vive com o seu cônjuge na sua casa?; 3.Durante o último ano, com que frequência saiu de sua casa para visitar a família ou amigos em fim de semanas, férias, compras ou excursões?; 4.Quantas pessoas tem confiança para visitar na sua casa?; 5.Quantas vezes durante a última semana, falou ao telefone (familiares, amigos, outros)?; 6.Quantas vezes durante a semana passada visitou alguém que não vive consigo ou realizou alguma atividade com outra pessoa?; 7.Tem confiança com alguma pessoa?; 8.Com que frequência se sente só?; 9.Vê os seus familiares e amigos tão frequentemente como deseja e fica algumas vezes triste porque vêm vê-lo poucas vezes?; 10. Existe alguém (por exemplo, marido/mulher, outro familiar, amigo) que o ajudaria em qualquer coisa, se ficasse doente ou incapacitado? A avaliação dos recursos sociais é feita de acordo com uma escala de 1 a 6, em que 1 representa excelentes recursos sociais e 6 recursos sociais totalmente deteriorados.

Por fim, a terceira parte do formulário incluía questões sobre o estado de saúde do idoso, nomeadamente, o tipo de patologias, o grau de autonomia, o recurso, frequência e motivos de frequência de instituições de saúde no último ano, número de idas ao dentista, número de vezes que fez o controlo do peso e da hipertensão arterial, no último ano. Antes do preenchimento do questionário os inquiridos foram informados que a resposta era voluntária, confidencial e anónima. O tempo total de preenchimento do questionário foi de cerca de 15 minutos.

O programa informático utilizado para editar e tratar os dados foi o SPSS Versão 20.0. No que diz respeito ao tratamento dos dados e análise dos resultados, foi realizada uma análise descritiva univariada, designadamente, cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais e o cálculo de medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas de razão. O teste não paramétrico do de *Mann-Whitney* foi utilizado para verificar se o estado nutricional é diferenciador dos recursos sociais do idoso. Foi considerado um nível de significância de 5%.

3. Resultados

Estado de saúde

Do total de respondentes, 4,6% (5) não tinham qualquer problema de saúde, 93,6% (102) apresentavam pelo menos uma doença crónica e 1,8% (2) apresentavam doença temporária. A esmagadora maioria 90,8% (99) era autónoma e apenas 2,8% (3) eram parcialmente dependentes. No último ano recorreram, pelo menos uma vez, ao Centro de Saúde, (97,2%; 106), a um consultório de um médico particular (10,1%;11) e ao Hospital (40,4%; 44). Os motivos apresentados para a consulta de um profissional de saúde foram os apresentados na figura que se segue:

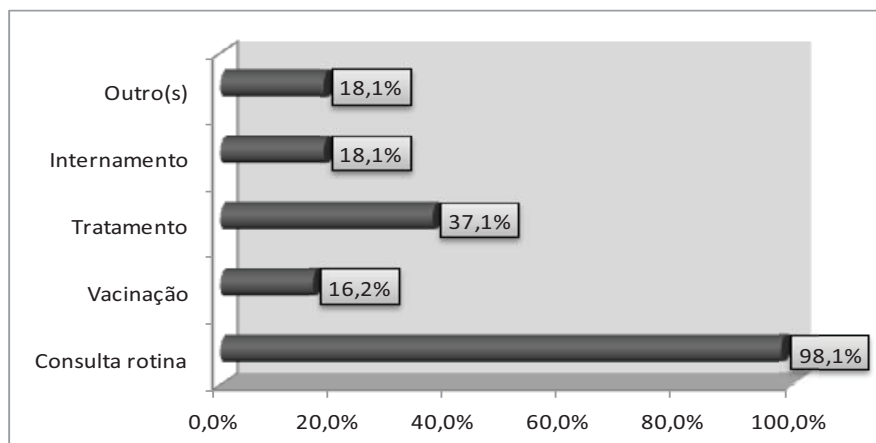


Figura 1 - Motivos para a consulta de um profissional de saúde (n=105)

Como se pode verificar através da figura 1, 37,1% dos idosos receberam tratamentos, 16,2% fizeram vacinação, 98,1% fizeram consulta de rotina e 18,1% estiveram internados. A regularidade com que os idosos recorreram às instituições de saúde foi: 1vez por mês – 22,0% (24); De 3 em 3 meses - 42,2% (46); De 6 em 6 meses - 19,3% (21) e 1vez no último ano- 12,8% (14). Por outro lado, 22,2% (24) dos idosos nunca foram ao dentista, 11,9% (13) foram no último ano, 12,8% (14) à 2 anos atrás e 11% (12) há mais de 10 anos. Observou-se que 86% (94) dos idosos efetuaram análises ao sangue no último ano e 12,8% (14) e 56% (61) fizeram exames de diagnóstico. Como se pode verificar através da figura 2, mais de 10% dos idosos sofriam de hipertensão (72,8%), hipercolesterolemia (39,8%), artroses (18,4%), problemas cardíacos (18,4%) e diabetes do tipo II (17,5%).

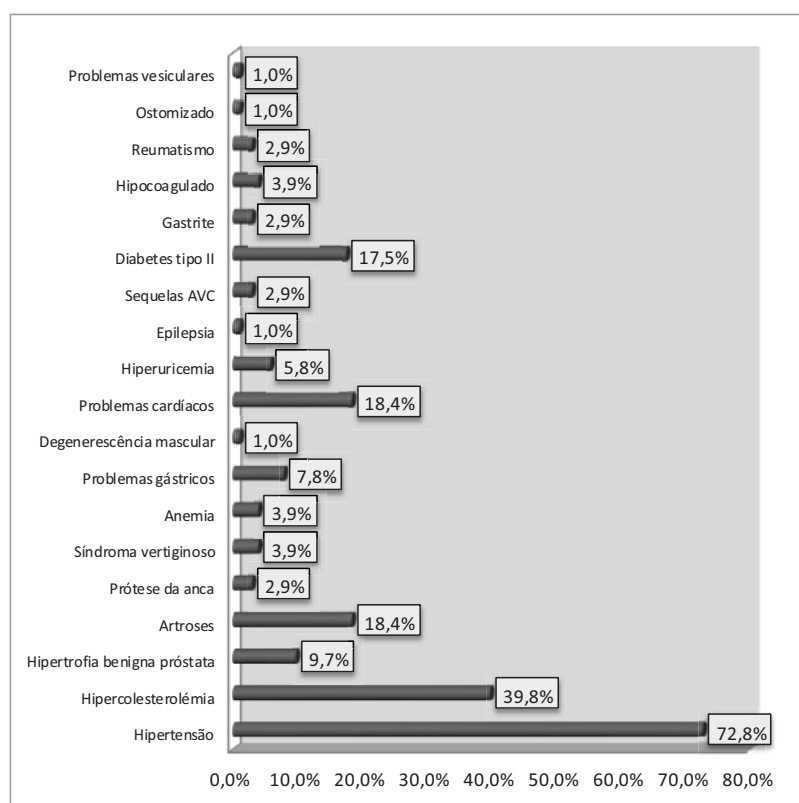


Figura 2 – Patologias dos idosos (n=109)

Do total de idosos estudados, conclui-se que 1,8% (2) nunca controla a tensão arterial e 98,2% (107) avalia com regularidade a tensão arterial. Destes, (2,8%) (3) avaliam quinzenalmente, 28% (30) avaliam 1 vez por mês, 22,4% (24) avaliam 2 vezes ao mês, 17,8% (19) avaliam de 3 em três meses, 10,3% (11) avaliam de 6/6 meses e 2,8% (3) avaliam 1 vez por ano. Relativamente ao controle do peso, 54,1% (59) dos idosos nunca controlam o peso e 45,9% (50) controlam o peso. Destes, 26% (13) pesam-se 1 vez por mês, 4% (2) de 2 em 2 meses, 22% (11) de 3 em 3 meses, 2% (1) de 5 em 5 meses, 36% (18) de 6 em 6 meses e 10% (5) 1 vez por ano.

Estado nutricional

Dos resultados, da avaliação nutricional, foi possível verificar que a soma dos resultados do MNA diferenciou dois grupos de doentes idosos em domicílio: MNA (17-23,5) em risco de desnutrição (28,4%) e MNA (> 24) nutridos (71,6%) (ver figura 3).

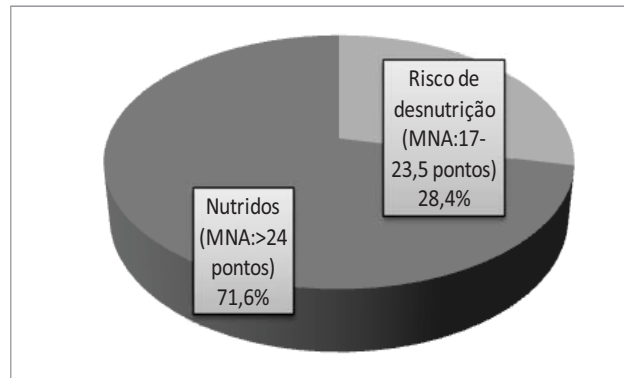


Figura 3 - Avaliação do estado nutricional dos idosos

Como pode ver-se na tabela 2, os resultados obtidos nas questões referentes ao MNA permitem constatar que em 67,1% dos casos (84), os idosos não registaram diminuição da ingesta nos últimos 3 meses; 90,8% (99) dos indivíduos não perderam peso nos últimos 3 meses; a grande maioria, 97,2% (106) não tinha problemas de mobilidades; 83,5% (91) dos idosos não sofreram de stress nos últimos 3 meses; 94,5% (103) não apresentavam quaisquer problemas neuro psicológicos; 78,9% (86) apresentavam um Índice de Massa Corporal superior a 23 quilogramas por metro quadrado.

Tabela 2 – Avaliação nutricional do idoso

Questões do MNA	Categorias	%	n
A – Diminuição da ingesta nos últimos 3 meses	Severa	0,9	1
	Moderada	22	24
	Sem diminuição	67,1	84
B – Perda de peso nos últimos 3 meses	> 3 Kg	1,8	2
	Não sabe	1,8	2
	1 a 3 Kg	5,5	6
	Sem perda	98,8	99
C - Mobilidade	Deambulava mas não saia de casa	2,8	3
	Normal	97,2	106
D – Stress psicológico nos últimos 3 meses	Não	83,5	91
	Sim	16,5	18

E – Problemas Neuro psicológicos	Sem problemas	94,5	103
	Demência ou depressão	2,8	3
	Demência leve	2,8	3
F – Índice de Massa Corporal	<19	1,8	2
	19 a 21	9,2	10
	22 a 23	10,1	11
	> 23	78,9	86
G – O idoso vive em casa	Sim	97,2	106
	Não	2,8	3
H – Usa mais de 3 medicamentos por dia	Não	36,7	40
	Sim	63,3	69
I – Lesões na pele ou escaras	Não	94,5	103
	Sim	5,5	6
J – Refeições por dia	Duas	3,7	4
	Três	96,0	105
K – Número de porções de fonte proteica	Sim	59,6	65
	Não	40,4	44
L – Consome 2 ou mais porções por dia de fruta e/ou hortícolas	Sim	73,4	80
	Não	26,6	29
M – Copos de líquidos ingeridos por dia	> 5 copos	9,2	10
	3 a 5 copos	33	36
	< 3 copos	57,8	63
N – Modo de se alimentar	Incapaz sozinho	0,9	1
	Sozinho sem dificuldade	99,1	108
O – Acredita ter algum problema nutricional	Não sabe dizer	96,3	105
	Acredita não estar desnutrido	3,7	5
P – Como considera a sua própria saúde	Não sabe dizer	40,4	44
	Pior	13,9	15
	Igual	27,5	30
	Melhor	18,3	20
Q – Perímetro Braquial	> 22	2,8	3
	21 a 22	97,2	106
R – Perímetro da Perna	< 31	89,9	98
	≥ 31	10,1	11

Do total de inquiridos 97,2% (106) viviam na sua casa e apenas 2,8% (3) viviam em casa de familiares próximos; 63,3% (69) usavam mais de 3 medicamentos por dia; 94,5% (103) não apresentava lesões na pele ou escaras; 96,3% (105) dos idosos faziam 3 refeições diárias; Do total de idosos estudados, 59,6% (65) consumiam pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte), leguminosas ou ovos e carne, peixe ou aves; 73,4% (80) dos respondentes consumiam diariamente fruta e/ou hortícolas; 57,8% (66) ingeriam menos de 3 copos de líquidos por dia; 99,1% (108) alimentavam-se sozinhos; 96,3% dos idosos não sabiam dizer se tinham algum problema nutricional e 40,4% (44) não sabiam dizer qual era o seu estado de saúde; 97,2% dos inquiridos tinham um perímetro braquial superior a 22; e, 89,9% tinham um perímetro da perna superior a 31 centímetros.

Recursos Sociais

Os resultados da aplicação da escala de Recursos Sociais são os apresentados na tabela 3. Como se pode constatar, 45,9% (50%), durante o último ano, saiu de casa (visitar a família/ amigos) em fins-de-semana ou férias, pelo menos uma vez por semana; 59,6% (65) dos idosos têm acima de 5

peças de confiança que frequentam a sua casa; 56,8% (62) dos respondentes falaram mais do que uma vez, durante a última semana, ao telefone com familiares, amigos ou outras pessoas, e 26,6% (29) usaram o telefone pelo menos uma vez por dia; 41,3% (45) dos inquiridos, durante a semana passada, visitou alguém ou realizou alguma actividade com outra pessoa; 98,2% (107) tem pelo menos uma pessoa de confiança, contudo, 43,1% (47) sente-se, frequentemente, só; 77,1% (84) dos respondentes sentem-se tristes porque não vêem os seus familiares e amigos tão frequentemente quanto o desejariam e; 75,2% (80) dos idosos têm alguém que os pode ajudar em qualquer situação de doença ou incapacidade.

Tabela 3-Avaliação dos recursos sociais

Questões da Escala de Recursos Sociais	Categorias	Frequências	
		n=109	%
Durante o último ano com que frequência saiu de casa para visitar a família, ou amigos em fins-de-semana ou férias, compras ou excursões?	Nunca	12	11
	1vez/sem	50	45,9
	1 a 3 vezes/mês	19	17,4
	> 1 vez/mês ou férias	28	25,7
Em quantas pessoas tem confiança para a visitar na sua casa?	Nenhuma	4	3,7
	1 2	23	21,1
	3-a 4	17	15,6
	≥5	65	59,6
Quantas vezes, durante a última semana, falou ao telefone (familiares, amigos, outros)?	Nenhuma	18	16,5
	1vez	37	33,9
	2vezes	25	22,9
	≥1vez/dia	29	26,6
Quantas vezes, durante a semana passada, visitou alguém que não vive consigo ou realizou alguma atividade com outra pessoa?	Nenhuma	19	17,4
	1	19	17,4
	2 a 6	26	23,9
	≥1vez/dia	45	41,3
Tem confiança com alguma pessoa?	Sim	107	98,2
	Não	1	0,9
	NS/NC	1	0,9
Com que frequência se sente só?	Muitas vezes	22	20,2
	Algumas vezes	25	22,9
	Quase nunca	34	31,2
	NS/NC	28	25,7
Vê os seus familiares e amigos tão frequentemente quanto deseja e fica algumas vezes triste porque vê-lo poucas vezes?	Tão frequentemente quanto desejo	25	22,9
	Às vezes sinto-me triste porque não vêem	84	77,1
Existe alguém que o ajudaria em qualquer situação, se ficasse doente ou incapacitado (por exemplo, marido/mulher, outro familiar, amigo)?	Ninguém me pode ajudar	27	24,8
	Alguém me poderá ajudar	82	75,2
	Alguém cuidará de mim indefinidamente	36	43,9
	Alguém cuidará de mim por um breve espaço de tempo	42	51,2
	Alguém me ajudará de vez em quando	1	1,2

Pela leitura da figura 4, pode ver-se que uma percentagem significativa dos idosos tem recursos sociais bastante (27,5%) ou totalmente deteriorados (9,2%).

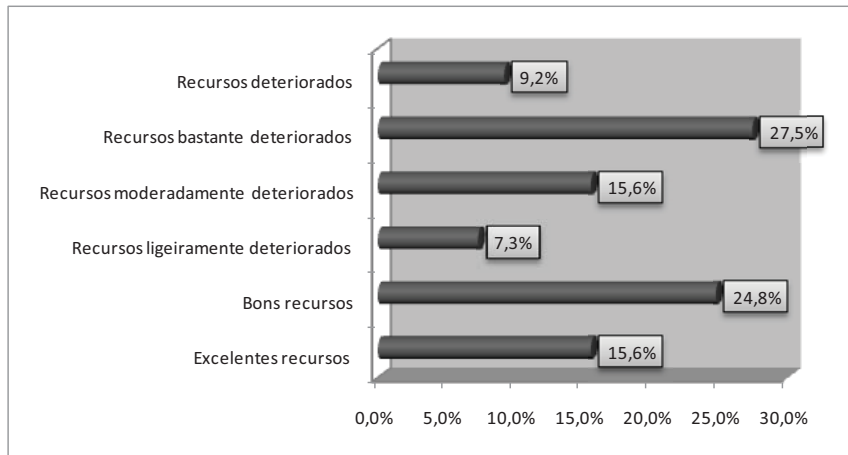


Figura 4 – Idosos distribuídos por categoria da Escala de Recursos Sociais

A maioria dos idosos apontou os filhos, a esposa e a nora como sendo os principais cuidadores, em situação de doença ou dependência (ver figura 5).

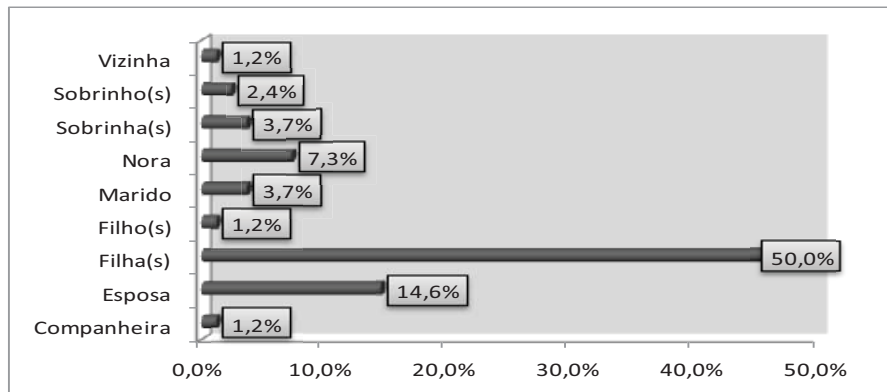


Figura 5 – Principais cuidadores dos idosos no caso de doença ou dependência (n=109)

Como se pode observar na tabela 4, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, relativamente aos recursos sociais ao dispor do idoso, entre os que registam um estado nutricional normal e aqueles que estão em risco de desnutrição ($p\text{-value}=0,786 > 0,05$). O que significa que o estado nutricional não é diferenciador dos recursos sociais.

Tabela 4 - Scores da escala dos Recursos Sociais por estado nutricional

Variável	Categoria	n	Mediana	Média	DP	p-value
Estado nutricional	Normal	78	3,5	3,4	1,684	0,786
	Em risco de desnutrição	31	4,0	3,5	1,671	

Perante os resultados encontrados pode concluir-se que há idosos carentes de recursos sociais entre aqueles que estão em risco de desnutrição, mas também os há, no grupo dos idosos que registam um estado nutricional normal.

4. Discussão

Da análise das características dos idosos estudados, ressalva dizer que nos idosos estudados há o predomínio do género feminino. Estes factos estão relacionados com a tendência evidenciada pela população portuguesa onde se verifica um aumento da esperança média de vida¹. Desta forma, o género feminino está mais sujeito a enfrentar problemas de saúde sem ajuda do seu cônjuge¹⁰.

Resultados de outros estudos de avaliação nutricional revela que a desnutrição é mais frequente em idosos institucionalizados e hospitalizados em comparação com idosos em domicílio^{7,8,11}. A utilização do índice de massa corporal como parâmetro antropométrico é comum e constitui um padrão de referência¹². Da avaliação parcelar do MNA destaca-se que, o índice de massa corporal (IMC) classifica com valores >23 grande parte dos idosos. Tendo em conta as alterações corporais no idoso (desvio da massa gorda) e a inatividade que promove a perda muscular estes resultados tornam-se evidentes.

A avaliação dietética mostra que os idosos têm na sua alimentação diária um número adequado de refeições e com uma constituição equilibrada, devendo estes resultados terem em conta o fator constrangimento, já que as respostas podem ter sido dadas em função daquilo que pensavam ser a resposta correta. É importante ter em atenção o facto de as alterações normais da idade poderem interferir na absorção de nutrientes e não devido à sua deficiente ingestão¹³. Na generalidade, a maioria, 71,6% (78), registou um estado nutricional normal e 28,4% (31) estava em risco de desnutrição.

5. Conclusão

Mesmo estando sob condições de vida semelhante os idosos podem apresentar diferenças no estado nutricional. Os idosos estudados estão na sua maioria em estado nutricional normal, como comprova a análise do resultado do estado nutricional obtido através do MNA.

Cada vez mais os idosos com alguma patologia são encorajados a permanecer no seu lar pelo que urge a obtenção de informação acerca do seu estado nutricional no seu domicílio. Torna-se urgente a inclusão de profissionais da área da nutrição nas equipas de cuidados domiciliários. A autonomia e o estado de saúde devem ser fatores a ter em conta pois afetam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. A identificação de problemas nutricionais é muito importante, uma vez que permite uma intervenção precoce e apropriada para a obtenção de um bom estado nutricional, e a conseqüente melhoria da saúde e qualidade de vida do indivíduo. Neste sentido, torna-se evidente a promoção de ações que fomentem a autonomia e a manutenção da vida social do idoso.

A principal limitação do estudo resulta da escolha da amostra e das limitações que tem: falta de avaliações prévias, constrangimentos pelo facto de terem de responder a questões comportamentais, dificuldades inerentes ao idoso.

Bibliografia

1. INE (2011). *Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População*. INE. Lisboa.
2. Paúl C & Ribeiro O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL.
3. Bates CJ, Benton D, Biesalski HK, Stachelin HB, Van-Staveren W & Stehle P. (2002). Nutrition and aging: a consensus statement. *J Nutr Health Aging*, 6(2):103-116.
4. Chernoff R, Lipschitz DA. (1985). Aging and nutrition. *Compr Ther*, 11(8):29-34.
5. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA) (2004). Position of the American Dietetic Association: Functional Foods. *Journal of American Dietetic Association*, 104 (5): 814-826.
6. Cohen L, Manion L & Morrison K. (2011). *Research Methods in Education*. 7th Edition, London: Routledge.
7. Ferry M & Alix E. (2004). *A nutrição da pessoa idosa: Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais* (2^a ed.). Loures: Lusociência.
8. Loureiro MHVS (2008). *Validação do Mini Nutricional Assessment em idosos*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
9. Duke University Center (1978). Duke University Center for the study of aging and human development, multidimensional functional assessment: *the OARS methodology*, Durham NC, Duke University Center.
10. Grunfeld E, Glossop R, McDowell I & Danbrook C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1101-1105.
11. Rebelo C. (2007). *Avaliação do Estado Nutricional em Idosos*. Dissertação de mestrado em Geriatria e Gerontologia não publicada, apresentada à Secção Autónoma da Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
12. Botelho MA. (2000). *Autonomia Funcional de Idosos*. Porto: Edição Bial.
13. Kane R, Ouslander J & Abrass I. (2005). *Geriatria Clínica* (5^a ed.) Rio de Janeiro: McGraw-Hill.