

ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS – CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS NAS MISERICÓRDIAS DE PORTUGAL CONTINENTAL

Faria A^I, Rocha A^{II}

Resumo

O envelhecimento da população, bem como a alteração da dinâmica da família, tem contribuído directamente para o aumento do número de idosos institucionalizados. No que se refere à prestação de cuidados nas instituições verifica-se que estes se tornam cada vez menos individualizados, resultando no aparecimento de inúmeros casos de malnutrição em idosos institucionalizados, alguns pré-existentes e outros posteriores à admissão. O diagnóstico precoce destes casos poderá conduzir à redução de custos com cuidados específicos, suplementos alimentares, entre outros.

Com o presente estudo, pretendeu-se caracterizar o tipo de cuidados prestados aos idosos nas Misericórdias de Portugal Continental, relativamente ao seu estado nutricional e de saúde.

Nas instituições analisadas, constatou-se que é dada maior importância à colaboração de outros técnicos, em detrimento dos nutricionistas, cuja colaboração foi verificada em apenas 30% da amostra total e em 97% das instituições estudadas existe assistência médica regular.

A prevenção da desidratação parece ser já uma preocupação para algumas destas instituições no entanto, nalguns casos as estratégias usadas para essa prevenção não parecem ser as mais correctas. A maioria das Misericórdias analisadas (72%) efectua avaliação do estado geral de saúde do indivíduo na admissão à instituição, recorrendo maioritariamente a avaliação antropométrica, clínica e bioquímica associadas.

A implementação de uma política de avaliação do estado nutricional, constituída por rastreios regulares e avaliações pormenorizadas em situações mais críticas, constitui certamente uma mais valia na correcção desta situação.

Palavras-chave:

Estado nutricional; Idosos; Instituições geriátricas.

Abstract

In the past years, ageing and the modifications associated with the familiar dynamic, have contributed to an increase of the number of institutionalised elders. Concerning to institutions, care given for these people is becoming less individualized, leading to numerous cases of malnutrition, some pre other post admission. Screening could allow reducing costs with specialized care, nutritional supplements and promote quality of elder's life.

Our aim with this study, was to characterize the type of care given to elderly at Portuguese institutions, concerning to nutritional and health status.

At the analysed institutions in study, we found that more importance was given to other "health individuals" rather than nutritionists, whose collaboration was verified only in 30 % of sample. In 97%, medical assistance was regular.

Dehydration is already a concerning for some institutions, although in some cases the strategies used for its prevention weren't the most adequate.

The majority of studied institutions (72%) evaluated global nutritional status at admission, mostly using anthropometric, clinic and biochemical parameters in association.

The implementation of a policy of nutritional status assessment, made up with regular screening and detailed assessment in most critical situations, will certainly add a best prediction value to individuals in these conditions.

^I Nutricionista, Hospital Pediátrico de Coimbra.

^{II} Nutricionista, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

adarocha@fcna.up.pt

Keywords:
Elderly; Elderly institutions; Nutritional status.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida que se tem verificado nos últimos anos contribuiu substancialmente para o envelhecimento da população^{1,2}. Face às previsões para que nos próximos 50 anos em Portugal, triplique o número de idosos por cada indivíduo em idade activa, podemos ainda esperar um aumento drástico do número de idosos institucionalizados².

Os cuidados que são prestados a esta faixa etária em instituições de cuidados geriátricos depende, em grande parte, do número de funcionários disponíveis e da formação que possuem para as funções que desempenham. Com as dificuldades financeiras que muitas destas instituições atravessam, é considerável a possibilidade da redução de recursos humanos, podendo esta afectar grandemente a qualidade dos cuidados prestados³.

No entanto, é notória a preocupação crescente com os factores promocionais de bem-estar desta faixa etária, incluindo a saúde, estado nutricional e a actividade física^{4,5,6,7,8,9}. Na prestação de cuidados de saúde às faixas etárias mais idosas é importante considerar as alterações fisiológicas características do envelhecimento, muitas delas irreversíveis, outras reversíveis e/ou corrigíveis, que podem comprometer essas condicionantes de bem-estar, como por exemplo, perdas sensoriais (paladar, olfacto, visão e audição) ou perdas de função renal, gastrointestinal (dentição, digestão...) ou mesmo músculo-esquelética (sarcopenia)^{8,9,10,11}.

Por outro lado, a institucionalização pode ter igualmente consequências no bem-estar do idoso, se considerarmos as condições em que estes são admitidos. São normalmente idosos que ficaram dependentes, que perderam um familiar ou que por algum motivo são entregues aos cuidados de instituições especializadas em geriatria. Muitos deles poderão estar afectados psicologicamente e fisiologicamente bem como sentirem-se marginalizados pela sociedade^{1,3}.

O estado nutricional de um indivíduo reflecte a eficiência de satisfação das suas necessidades nutricionais^{3,12}. A ingestão de nutrientes depende do consumo alimentar e este é influenciado por factores psicológicos, sociais, e/ou pela presença de doenças que afectem a ingestão, entre outros. As necessidades nutricionais, por sua vez, podem estar aumentadas devido a um acréscimo do gasto metabólico em situações de stress fisiológico ou doença. Assim, um óptimo estado nutricional é alcançado quando a ingestão alimentar é adequada para responder às necessidades nutricionais do indivíduo, mesmo ocorrendo situações de aumento de exigências nutricionais³. Se esse equilíbrio for alcançado, podem prevenir-se doenças cuja etiologia se relaciona com factores nutricionais, como por exemplo a obesidade, assim como criar um equilíbrio para responder a doenças que podem afectar o estado nutricional do indivíduo⁹. Portanto, um bom estado nutricional do idoso é determinante para a sua saúde e qualidade de vida^{7,8,12,13}.

Além das alterações consequentes do envelhecimento, encontramos factores psicossociais que podem igualmente interferir com o estado geral de saúde e nutricional dos indivíduos institucionalizados^{1,11,14,15,16,17,18}. Deste modo, não é surpreendente a frequência elevada de desnutrição nos idosos residentes em instituições deste tipo^{7,15,19,20,21}.

Deve, pois, existir uma estratégia global para controlar estas perturbações do bem-estar, que deve incluir os seguintes aspectos: avaliação do risco de malnutrição, diagnóstico precoce de malnutrição, identificação de pacientes que possam beneficiar de suporte nutricional, identificação e tratamento de deficiências nutricionais, determinação de necessidades nutricionais e controlo da eficácia do tratamento^{3,15,16,22,23,24,25,26,27}.

O rastreio do estado nutricional deve ser um processo simples e rápido, que abranja todos os utentes e permita identificar os utentes em risco nutricional, se possível feito por funcionários do lar com formação e sensibilização para as questões que se relacionam com a identificação e avaliação do estado nutricional de idosos^{3,23,27,28}.

Existem mais de 50 métodos de rastreio do estado nutricional publicados, sendo que muitos não foram testados relativamente a aplicabilidade e validade, e outros carecem de evidência científica²⁹.

Tendo em consideração os métodos de rastreio existentes actualmente e validados internacionalmente, considerou-se que o que melhor se aplicaria a esta população seria o *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST)^{26,29}. O MUST pode ser aplicado a todos os pacientes, é simples, validado internacionalmente, e tem excelente reprodutibilidade, mesmo de profissional para profissional. Por ser fácil e rápido de aplicar, pode ser usado na prática por um grande espectro de profissionais de saúde com as mais variadas funções na prestação de cuidados^{29,30}.

Este método considera alterações de peso, a relação entre o peso e a estatura actuais e, ainda, a presença de uma doença grave que possa resultar na recusa alimentar. Identifica o indivíduo como estando em risco baixo, moderado ou alto de desnutrição³⁰. De acordo com o risco, o MUST sugere planos de cuidados apropriados, que podem ser adoptados de acordo com a política da instituição e os recursos locais³⁰.

Após a identificação dos pacientes em risco, estes devem ser submetidos a avaliações nutricionais regulares individualizadas conduzindo, se necessário, a terapias nutricionais e respectivo controlo de eficácia^{12,15,18,24}.

Os nutricionistas têm, aqui, uma excelente oportunidade para intervir na promoção de saúde e bem-estar da população idosa^{4,14,18,31}. A acção destes técnicos deve passar pela realização do rastreio e a avaliação do estado nutricional dos idosos, principalmente os provenientes da comunidade, já que é no domicílio que ainda é possível reverter situações precoces de malnutrição. Posteriormente e em situações de institucionalização, o nutricionista deverá detectar o risco e o grau de malnutrição do idoso na admissão, definindo os principais parâmetros a avaliar regulamente para o indivíduo em causa^{14,23,31,32}.

O nutricionista deverá também, actuar no sentido de alertar para a importância da nutrição na qualidade de vida não só junto dos idosos como também sensibilizar os prestadores de cuidados geriátricos sobre esta temática^{14,21,31,32,33}. Em Portugal Continental, aproximadamente um em cada 11 idosos encontra-se institucionalizado, sendo que 15% destes residem em lares de Misericórdias^{34,35}. Atendendo à elevada expressão no sentido da prestação de cuidados por parte destas instituições é fundamental identificar o tipo de cuidados prestados aos seus utentes idosos, e se necessário implementar melhorias consideráveis que visem um bom estado nutricional desta faixa etária, determinante do seu estado físico, psíquico e social.

Esta pesquisa pretendeu ser um estudo inovador nesta área para a realidade portuguesa. Assim, foi nosso objectivo conhecer o tipo de cuidados prestados nos lares de Misericórdias, de modo a permitir a implementação de uma política comum de intervenção sobre o estado nutricional dos idosos.

OBJECTIVOS

- Caracterizar o tipo de cuidados de saúde e nutrição prestados aos idosos nas Misericórdias de Portugal Continental;
- Avaliar a aplicabilidade e eficácia dos métodos usados para o acompanhamento do estado nutricional.

MÉTODOS

Recorreu-se a um inquérito qualitativo de aplicação directa como instrumento de recolha de dados para a caracterização do tipo de rastreio efectuado nas instituições em estudo^{36,37}. Esse inquérito era constituído maioritariamente por questões fechadas e pretendia recolher informação relativamente aos cuidados de saúde prestados e às características gerais da instituição, de acordo com os seguintes parâmetros: Razão entre o número de idosos e o número de ajudantes de lar; Existência de técnicos de saúde; Formação profissional específica dos funcionários; Tipo de assistência médica; Tipo de estratégia utilizada na prevenção da desidratação; Avaliação geral do estado de saúde na admissão.

Esse inquérito foi enviado por correio às Misericórdias que, de acordo com a União Portuguesa das Misericórdias, possuem no Continente a valência de Lar de Idosos, alcançando uma população total de 272 instituições. Foram considerados válidos 116 inquéritos, correspondendo a 42% das Misericórdias atrás referidas.

Foram, ainda, realizadas algumas visitas às Misericórdias que mostraram disponibilidade, tendo em vista o esclarecimento de algumas questões e a observação do seu funcionamento.

Os dados dos inquéritos foram analisados estatisticamente recorrendo ao programa informático "Statistical Package for the Social Sciences" versão 12.0 para Windows³⁸.

A amostra total, constituída pelos dados recolhidos em todos os inquéritos respondidos (n=116), foi analisada e as respectivas frequências analisadas relativamente a determinados indicadores: Distritos; Colaboração de nutricionistas; Assistência médica; Avaliação sensorial regular da urina dos utentes; Avaliação do estado geral de saúde do idoso na admissão à instituição; Avaliação antropométrica do idoso na admissão à instituição.

RESULTADOS

1. Avaliação da amostra total

A amostra estudada é constituída por 116 Misericórdias de Portugal Continental, com um número médio de 89,4 (dp=58,2) idosos por instituição. É, portanto, uma amostra bastante díspar no que respeita ao número de utentes.

Nas instituições inquiridas, 93% afirmou possuir um ou mais técnicos de serviço social e cerca de 90% possui pessoal com preparação académica para cuidados de enfermagem. No entanto, apenas 30% das Misericórdias afirmam ter colaboração de nutricionistas. Em relação a outros técnicos de saúde, algumas Misericórdias analisadas possuem fisioterapeutas, psicólogos ou sociólogos e técnicos de reabilitação nas equipas de trabalho.

Formação profissional específica dos funcionários

A maioria das Misericórdias inquiridas (94%) refere que as ajudantes de Lar possuem formação adequada para as funções que desempenham, sendo que cerca de 87% afirmam ainda, que estas frequentaram acções de formação no último ano. Dessas acções de formação, a quase totalidade (95%) inclui módulos de saúde mas apenas 30% de nutrição.

Assistência Médica

Verificou-se que existem quatro misericórdias sem assistência médica aos utentes. Das restantes, em 61% das instituições esse apoio tem periodicidade semanal. Em 25% das instituições, as consultas médicas realizam-se apenas sob marcação prévia e em 14% dos casos é dado apoio periódico semanal bem como são feitas consultas sob marcação.

Verificação da ingestão de líquidos

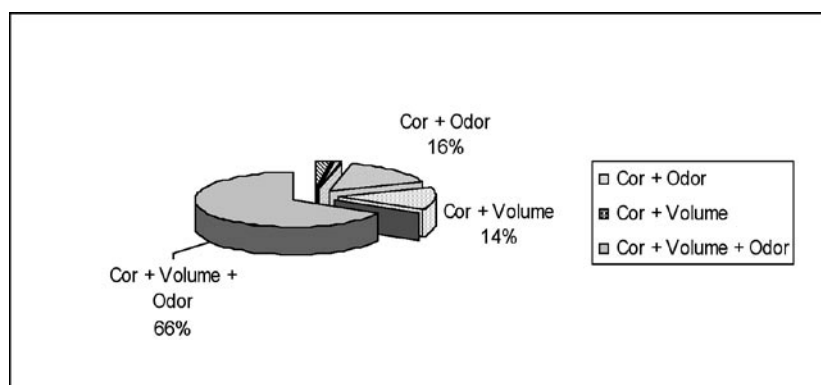
Da totalidade das Misericórdias analisadas, 97% afirmam que efectuem habitualmente a verificação da ingestão de líquidos, sendo realizada: às refeições (16%); no intervalo das mesmas (10%); ou em ambas as situações (74%).

Nas Misericórdias visitadas, constatou-se a dificuldade existente em efectuar esta verificação de forma eficaz. Foi possível observar que esta não era realizada, ou quando era, recorriam a um garrafão comum a todos os utentes cujo uso quantitativo é vigiado diariamente, ou a garrafas de 1,5L individuais identificadas e verificadas ao longo do dia.

Avaliação sensorial da urina dos utentes

Em 70% das Misericórdias é efectuado um controlo sensorial regular da urina dos utentes. Em 66% destas Misericórdias é dada preferência à utilização, em conjunto, dos 3 critérios organolépticos indicados, cor, volume e odor da urina (gráfico 1).

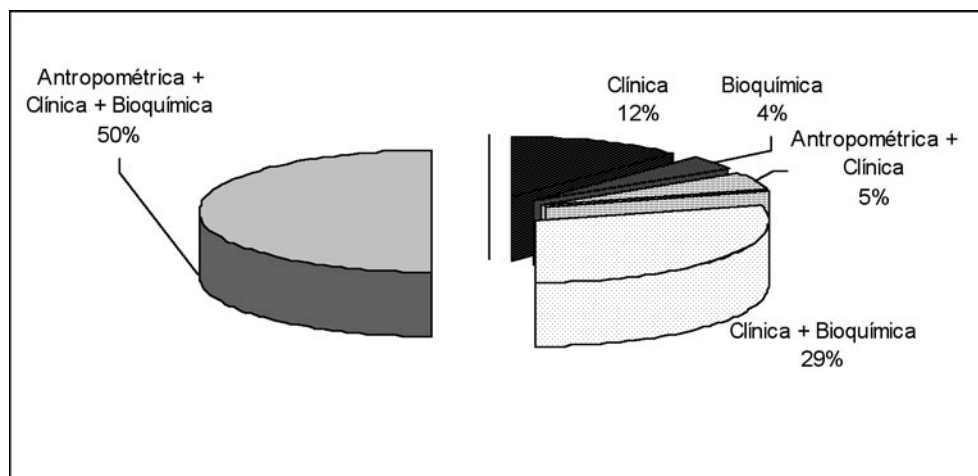
Gráfico 1 — Avaliação sensorial da urina.



Avaliação do estado geral de saúde do utente na admissão

Cerca de 72 % das Misericórdias afirmam efectuar uma avaliação geral do estado de saúde de cada utente na sua admissão. 50% destas Misericórdias efectuem avaliação antropométrica, clínica e bioquímica (gráfico 2).

Gráfico 2 — Avaliação do estado geral de saúde do utente na admissão.



2. Avaliação das sub-amostras

Misericórdias com colaboração de Nutricionistas

No total de 116 Misericórdias, distribuídas por Portugal continental, 30% têm a colaboração de um Nutricionista. Podemos constatar que nos distritos de Braga, Faro e Porto, encontramos maior percentagem de Misericórdias com nutricionista por Misericórdia que responderam nesses distritos, respectivamente 75, 63 e 83%. Verifica-se a inexistência de Misericórdias com colaboração de nutricionistas nos distritos de Guarda, Lisboa, Viana do Castelo e Vila Real, embora nos dois últimos apenas se tenham recebido 2 e 3 inquéritos, respectivamente, o que pode impedir que se tire alguma conclusão sobre a prevalência de instituições com colaboração desses técnicos nesses distritos.

Todas as Misericórdias que têm a colaboração de um Nutricionista têm também técnicos de Serviço Social, enquanto que somente duas instituições desta sub-amostra não possuem enfermeiros.

A maioria das Misericórdias (97%) desta sub-amostra afirmam que as ajudantes de Lar possuem formação adequada, 94% referem que essas funcionárias frequentaram no último ano algum tipo de formação, todas incluindo módulos de Saúde mas apenas 33% com Nutrição.

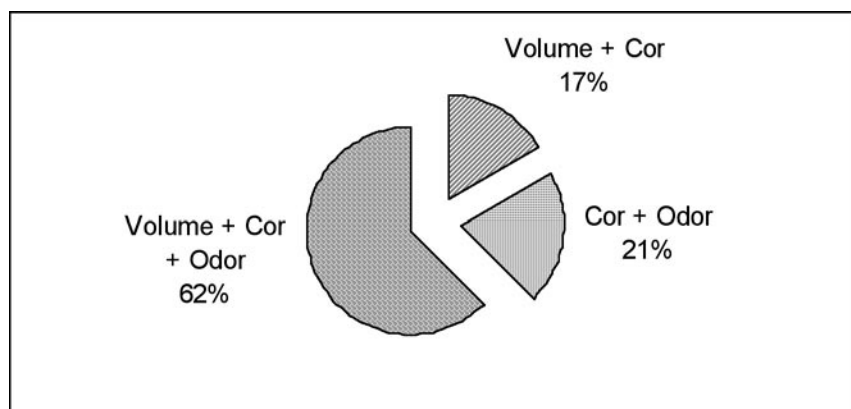
A assistência médica é assegurada em todas as Misericórdias agrupadas nesta sub-amostra, sendo que a maioria (51%) têm visitas médicas regulares a todos os utentes.

Apenas em 3% das instituições não é verificada a ingestão de líquidos. Das restantes, 15% fazem esse controlo apenas às refeições, 9% no intervalo das mesmas e 77% em ambas as situações.

A avaliação sensorial da urina dos utentes é efectuada regularmente por 69% das Misericórdias com Nutricionista, sendo que a sua maioria (62%) opta por avaliar volume, cor e odor (gráfico 3).

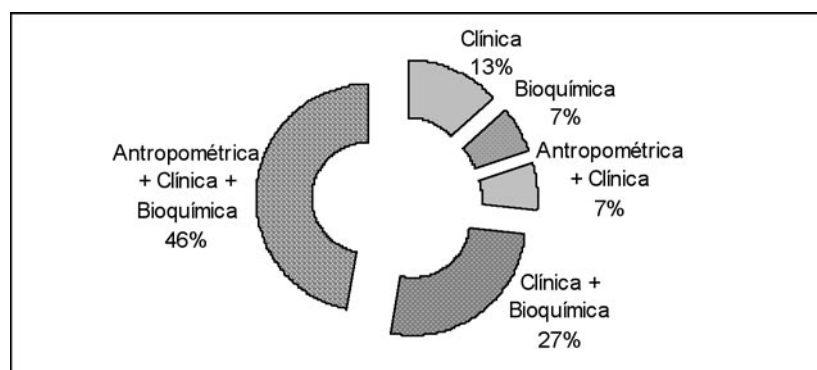
Parece haver uma tendência para que nas Misericórdias com estes técnicos seja efectuada avaliação ao estado de saúde do utente na admissão, embora esta associação não seja estatisticamente significativa ($p=0,072$).

Gráfico 3 — Avaliação sensorial da urina.



A maioria das Misericórdias (86%) em estudo, refere efectuar avaliação do estado geral de saúde do indivíduo na admissão à instituição, sendo que 46% realiza avaliação antropométrica, clínica e bioquímica (gráfico 4). A avaliação antropométrica é realizada em 53% dos casos.

Gráfico 4 — Avaliação do estado geral na admissão.



Misericórdias sem assistência médica

Estamos perante uma população reduzida, constituída por quatro Misericórdias, pertencendo aos seguintes distritos: Bragança, Coimbra, Évora e Portalegre. Foi determinada a média do número de idosos por ajudante de Lar neste grupo e, curiosamente, tratam-se de Misericórdias em que essa relação ascende a 17,4 (dp=22,4) idosos por ajudante. Segundo o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, para o funcionamento de Lares de Idosos é recomendada a presença de uma ajudante de Lar por cada 8 idosos (39). Estamos provavelmente, perante uma população em que para além de não haver recursos humanos básicos suficientes nomeadamente ajudantes de Lar, verificou-se igualmente a falta de assistência médica, imprescindível neste tipo de população.

No que diz respeito aos técnicos existentes nestas instituições, 3 das 4 (75%) possuem técnicos de serviço social, 50% possuem enfermeiros e nenhuma tem a colaboração de um nutricionista. Existe, portanto, uma Misericórdia que, para além de não ter apoio directo básico suficiente (ajudantes), não possui técnicos de serviço social, também recomendados, não tem assistência médica nem pessoal de enfermagem em serviço, assim como não tem colaboração de técnicos da área da nutrição.

Mesmo assim, 75% garantem que as ajudantes de Lar possuem formação adequada e apesar desta ter sido realizada há mais de dois anos, habitualmente incluem módulos no âmbito da saúde e em 33% dos casos módulos de nutrição.

Surpreendentemente, as Misericórdias sem assistência médica referem verificar a ingestão de líquidos pelos idosos, sendo que 25% apenas efectuem essa verificação às refeições e 75% às refeições e entre as mesmas. Destas, 3 das 4 instituições (75%) afirmam controlar regularmente a urina dos seus utentes, avaliando todos os parâmetros indicados (cor, odor e volume).

Apenas uma das Misericórdias desta sub-amostra efectua avaliação do estado geral de saúde do utente na admissão, recorrendo a avaliação antropométrica, clínica e bioquímica. As restantes não efectuem qualquer tipo de avaliação à chegada dos idosos à instituição.

Misericórdias que não efectuem controlo regular da urina dos utentes

Esta sub-amostra é constituída por 34 Misericórdias distribuídas por todos os distritos de Portugal Continental.

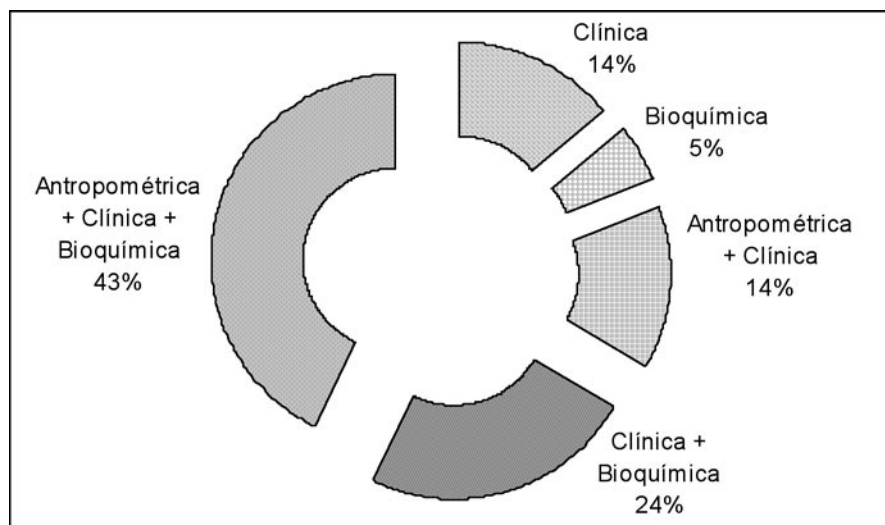
A maioria (91%) afirma contar com a colaboração de técnicos de serviço social, cerca de 79% com enfermeiros e 32% com nutricionista.

Cerca de 97% referem que as ajudantes de Lar possuem formação adequada para as funções que desempenham e 85% mencionam que essas funcionárias frequentaram formação no último ano, das quais 97% incluíam módulos de saúde e 24% módulos de nutrição.

Apenas 3% das Misericórdias desta sub-amostra não possui assistência médica e 9% não efectuem a verificação da ingestão de líquidos. Entre as Misericórdias que efectuem esse tipo de verificação, a maioria (61%) realiza-o às refeições e entre as mesmas.

Nesta sub-amostra, 62% das Misericórdias executam uma avaliação do estado geral de saúde do utente na admissão, das quais 43% recorrem à associação de avaliação antropométrica, exames clínicos e avaliação bioquímica (gráfico 5).

Gráfico 5 — Avaliação do estado geral na admissão.



Misericórdias que não fazem avaliação do estado geral de saúde do indivíduo na admissão à instituição

Na amostra em estudo, encontramos 31 Misericórdias (27%) que declararam não efectuar qualquer tipo de avaliação do estado de saúde do utente na admissão à instituição.

Tratam-se de instituições que, na sua maioria (90%) possuem técnicos de serviço social, enquanto que 74% possuem enfermeiros e apenas 16% nutricionistas. Referem (90%) que as ajudantes de Lar possuem formação apropriada e ainda, em 81% dos casos, que obtiveram formação no último ano, sendo que em apenas uma Misericórdia estas formações não englobaram a temática da saúde e em apenas 8 foram abordados temas relacionados com a nutrição.

A maioria (90%) das Misericórdias desta sub-amostra proporciona assistência médica aos seus utentes, essencialmente sob a forma de consultas sob marcação (44%) ou de consultas regulares (41%). Apenas em 15% das instituições são efectuadas ambas as modalidades. Somente 10% das instituições não efectuam verificação da ingestão de líquidos e cerca de 58% realizam controlo regular à urina dos utentes, sendo que a maioria (65%) avalia volume, cor e odor.

Misericórdias que não realizam avaliação antropométrica ao utente

Nas instituições estudadas foi encontrada uma grande percentagem (60%) que não recorre a avaliação antropométrica para a avaliação do estado de saúde dos utentes. Essa sub-amostra é constituída por 70 Misericórdias, com uma média de idosos por ajudante de Lar correspondente a 8,4 (dp=19,2).

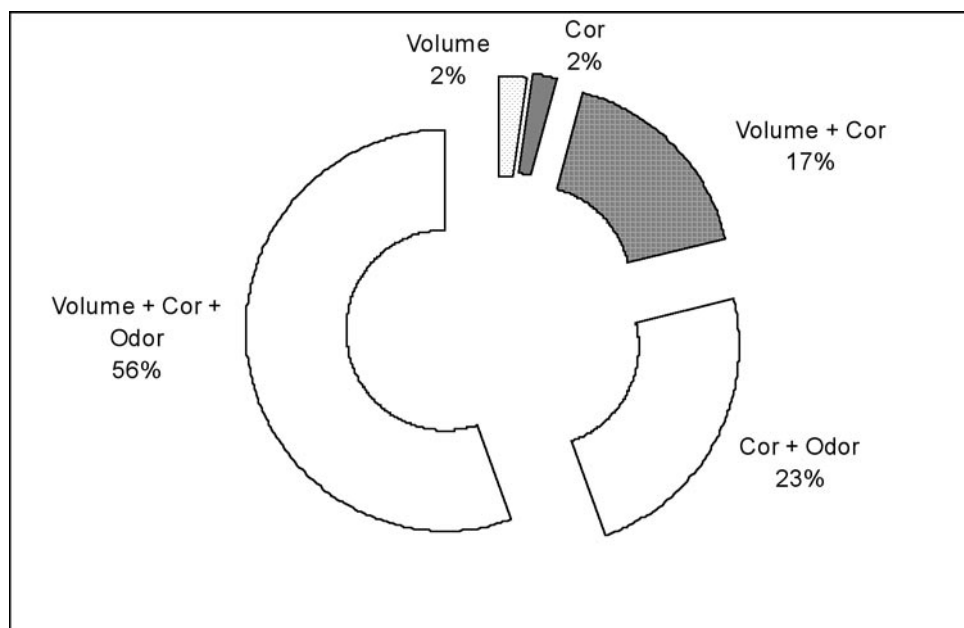
Apenas 9% destas instituições não possuem técnicos de serviço social, 13% não têm enfermeiros e 29% usufruem da colaboração de nutricionista.

Destas 70 Misericórdias, 6% referem que as ajudantes de Lar não possuem formação adequada para as funções indicadas e 13% mencionam que essas funcionárias não tiveram formação no último ano. Das que tiveram essa formação recente, cerca de 97% das acções incluíam temáticas de saúde e apenas 30% módulos de nutrição.

Encontrámos nesta população 4% das instituições que não dispõem de assistência médica e outras 4% onde não é feita a avaliação da ingestão de líquidos pelos utentes.

Cerca de 69% das Misericórdias em estudo nesta sub-amostra efectuam um controlo sensorial regular da urina dos utentes, recorrendo maioritariamente (56%) ao volume, cor e odor (gráfico 6).

Gráfico 6 — Avaliação sensorial regular da urina.



Apesar de não efectuarem avaliação antropométrica, 56% das instituições realizam avaliação do estado geral de saúde dos utentes na admissão. Na sua maioria (65%), recorrem a exames clínicos e avaliações bioquímicas, sendo que em menor percentagem utilizam apenas avaliação clínica (27%) ou bioquímica (8%).

Note-se, por exemplo, que 86% da sub-amostra com colaboração de nutricionistas efectua avaliação do estado geral de saúde na admissão do utente, comparativamente com a amostra total em que cerca de 72% realizam essa avaliação.

DISCUSSÃO

Apesar de ter sido elaborado um inquérito piloto, testado e corrigido, o inquérito utilizado revelou durante a análise de dados algumas limitações. A existência de questões muito vagas, a ausência de opções nas questões fechadas para especificar determinadas informações, a impossibilidade de verificação da veracidade dos dados, entre outras. Os inquéritos de aplicação directa, como o usado, condicionam os estudos não nos sendo permitida a elaboração de algumas conclusões desejadas com o devido rigor científico.

Deste modo, para estudos posteriores nesta área, sugerimos a aplicação de um inquérito constituído por algumas questões fechadas, incluindo no entanto algumas questões abertas para permitir aprofundar alguns aspectos.

A amostra estudada ($n=116$) representou 42% população total. Se considerarmos que cerca de 22 000 idosos de Portugal Continental se encontram a residir em Misericórdias, com este estudo alcançamos cerca de 9240 idosos correspondendo a aproximadamente 6% dos institucionalizados no território, dado que o total estimado é de 150 000^{34,35}.

Foi objectivo deste estudo abranger a maioria das Misericórdias de todos os distritos de Portugal Continental, tendo-se atingido com sucesso este objectivo nos distritos de Aveiro, Beja, Bragança, Castelo Branco e Leiria. Nos restantes, embora a adesão tivesse sido menor, encontramos igualmente uma percentagem de resposta razoável se considerarmos determinados factores como a falta de sensibilidade para este tipo de temáticas e a falta de disponibilidade dos responsáveis nestas instituições para responder a inquéritos, como nos foi referido por alguns.

Na amostra avaliada, é notória a maior importância dada à colaboração de técnicos de serviço social e enfermeiros, talvez por serem condicionantes necessárias a um funcionamento com níveis adequados de qualidade neste tipo de instituições, tal como consta na norma publicada no Despacho Normativo n.º12/98 de 25 de Fevereiro de 1998³⁹. A presença de um nutricionista não é de forma alguma considerada uma prioridade e parece que, muitas vezes, é descurada a importância do seu papel.

No entanto, considera-se que seria uma mais valia para os idosos residentes nestas instituições a presença

de técnicos desta área dado o seu contributo ser fundamental na melhoria do estado de saúde dos idosos e também na maximização da qualidade de vida destes indivíduos.

Nas instituições em que foi referida a colaboração de nutricionistas questiona-se, igualmente, se estes colaboram a tempo inteiro, tempo parcial ou sob solicitação. Face à diversidade de áreas de intervenção que estes profissionais podem ter nestas instituições, há igualmente que considerar a hipótese de que mesmo havendo colaboração de nutricionistas, estes possam estar a actuar em outras áreas que não a de cuidados de saúde geriátricos, concretamente na avaliação do estado nutricional, actuando por exemplo, na restauração colectiva ou qualidade e segurança alimentar, não havendo nalguns casos qualquer tipo de contacto directo entre o idoso e o nutricionista. Portanto, quando se afirma que em 30% das Misericórdias do País são prestados cuidados nutricionais especializados, pode estar a sobrevalorizar-se a situação, quando na realidade a nutrição não é, ainda, de forma alguma uma área reconhecida como fundamental neste tipo de instituições. No entanto, recorrendo ao teste do Qui-quadrado, parece haver uma tendência para que nas Misericórdias com estes técnicos seja efectuada avaliação ao estado de saúde do utente na admissão, embora esta associação não seja estatisticamente significativa ($p=0,072$).

Ainda em relação às Misericórdias com colaboração de nutricionistas, curiosamente os distritos onde se observaram maior percentagem de casos, são aqueles onde existem estabelecimentos de ensino superior direccionados para esta área. É o caso dos distritos de Faro e Porto com 5 misericórdias cada e Viseu com 3 instituições com colaboração de nutricionistas. Quanto aos distritos de Aveiro e Braga, respectivamente com 5 e 3 Misericórdias com estes técnicos, considerando a sua proximidade com o distrito do Porto, pode constatar-se a preferência que ainda existe destes profissionais se fixarem nos locais onde obtiveram formação.

Nas instituições estudadas, encontramos ainda algumas com a colaboração de outros técnicos de saúde, como fisioterapeutas, técnicos de reabilitação e psicólogos ou sociólogos. Esta característica pode indiciar que existe alguma sensibilidade para a necessidade de manter as capacidades funcionais, cognitivas e psicológicas do utente nas melhores condições para, assim, este alcançar a melhor de qualidade de vida^{7,8}.

Formação profissional específica dos funcionários

A maioria das instituições inquiridas afirma proporcionar formação adequada às funcionárias, tal como indicaram 94% das Misericórdias. No entanto, deve questionar-se se consideram formação adequada exclusivamente a preparação para cuidados geriátricos básicos ou se consideram como adequada uma formação em que são transmitidos igualmente conhecimentos no âmbito de saúde e nutrição do idoso. Esta dúvida pode ser uma consequência da falta de especificidade da questão colocada no inquérito. Assim, considera-se formação apropriada, aquela que envolve preparação e conhecimentos para a saúde geriátrica em todos os aspectos, incluindo módulos de saúde e também de nutrição, nomeadamente nas áreas que se prendem com identificação, avaliação e monitorização do estado nutricional.

Aparentemente, não é dada grande importância à nutrição o que contraria todas as recomendações internacionais de cuidados geriátricos^{14,28,31}. Não havendo formação na área, torna-se quase impossível esperar que uma ajudante de lar conheça recomendações e estratégias de análise e seja capaz de alertar os técnicos responsáveis para sinais de risco nutricional.

Considerando a sub-amostra que possui colaboração de nutricionistas, apenas 33% das formações recentes incluem módulos de nutrição o que pode indicar que não é a presença de um nutricionista, por si só, que proporciona ou sensibiliza para formação na área. Esta situação é condicionada por outros factores, como por exemplo escassez de recursos financeiros ou mesmo de percepção por parte dos membros administrativos. Mais uma vez, se o nutricionista não actuar na área de cuidados de saúde geriátricos exceptuando a alimentação, a sua colaboração na instituição tem efeitos reduzidos no estado nutricional individual do idoso. Desse modo, todo o papel destes profissionais nesta área, como por exemplo na prestação de cuidados nutricionais individualizados e na prevenção da desnutrição, pode estar a ser desvalorizada, tendo como consequência a curto e a médio prazo um aumento de custos desnecessários tais como gastos em suplementos alimentares, equipamentos de nutrição artificial, material de enfermagem (curativos) ou em medicação^{4,7,14,17,18,23,31,32,40,41}.

Assim, e principalmente quando nos referimos a esta faixa etária da população é importante que existam recursos humanos e financeiros, para se poder proporcionar formação e preparação adequadas a quem está directamente envolvido com estes indivíduos³.

Em geral todas as Misericórdias possuem assistência médica, sendo dada preferência à modalidade de consultas regulares a todos os utentes (61%). Esta atitude pode ter um papel extremamente importante na prevenção de doenças, detectando precocemente sinais de alerta e evitando a sua evolução.

No entanto, ainda foram encontradas quatro instituições que não usufruem de assistência médica e que, pro-

vavelmente têm falta de meios humanos de apoio; já que o número de idosos por ajudante de lar é consideravelmente elevado (17,4; dp=22,4) e apenas uma cumpre as recomendações legais de técnicos de saúde³⁹. Mesmo possuindo formação adequada, as ajudantes de lar destas quatro Misericórdias não conseguem actuar devidamente por não existirem em número suficiente e adequado para o efeito. Inesperadamente, apesar de não terem assistência médica, estas Misericórdias referem verificar a ingestão de líquidos e controlar regularmente a urina dos seus utentes. Contudo, talvez devido à ausência de profissionais de saúde, 3 das 4 Misericórdias sem essa assistência não efectuam avaliação do estado de saúde na admissão do utente, o que pode comprometer a prevenção de doenças e a detecção precoce de alterações do estado nutricional dos idosos.

A ingestão de líquidos adequada é vital para a saúde do idoso. A água é um nutriente que permite a regulação da temperatura corporal, contribui para a hidratação e lubrificação de órgãos e manutenção da tonicidade muscular, desempenhando igualmente o papel de transportadora de nutrientes pelo organismo e de veículo de excreção de produtos tóxicos⁷.

Um balanço hídrico adequado é fundamental na prevenção da desidratação, sendo que a associação entre a ingestão reduzida e a perda de líquidos aumentada constitui o factor desencadeador deste défice⁴². O risco de desidratação aumenta devido à capacidade reduzida do rim em concentrar a urina, à diminuição da sensação de sede, redução da ingestão de fluidos, diminuição da actividade da renina e da secreção de aldosterona e uma maior resistência renal relativa à vasopressina. Por outro lado, alterações no estado funcional, delírio e demência bem como efeitos colaterais da medicação e distúrbios da mobilidade são outros factores importantes^{7,9,14,43}. O medo da incontinência e as dores artríticas aumentadas podem, igualmente, interferir com a ingestão adequada de líquidos³¹.

Nos idosos a desidratação pode, em casos extremos, resultar em obstipação, comprometimento cognitivo e da saúde oral, decadência funcional e culminar na morte³¹. A desidratação é um problema comum na população idosa, especialmente em idades superiores a 85 anos e em indivíduos institucionalizados^{7,9,11,14,31}. Desse modo, um controlo rigoroso da ingestão de líquidos e da urina excretada pode ser importante para a prevenção do aparecimento e da evolução desta carência tão comum nesta faixa etária⁴².

Após a análise dos dados, foi detectada uma limitação do inquérito, não permitindo conhecer a técnica de avaliação da ingestão de líquidos usada nas várias instituições. Nalgumas situações são utilizados métodos pouco precisos, como por exemplo a existência de um garrafão comum a todos os utentes, enquanto noutras o controlo é mais objectivo, nomeadamente com a utilização de garrafas individuais.

Podemos considerar que quanto maior a autonomia do idoso, mais difícil se torna esse controlo. O idoso autónomo pode eventualmente sair da instituição, o que não permite que se controle a ingestão no exterior, bem como não ter noção da importância da hidratação, situação agravada pela ausência da sensação de sede. Por outro lado, se as funcionárias não possuírem formação específica para o cuidado de idosos ou se não existirem em número suficiente, torna-se quase impossível esperar que reconheçam a importância dessa verificação e que a efectuem com o rigor desejado.

Em grande parte das Misericórdias de Portugal continental (70%) é efectuado um controlo regular da urina dos utentes. A análise do conjunto dos três parâmetros, volume, cor e odor, é a estratégia mais frequentemente utilizada (66%). No entanto, 16% das Misericórdias em estudo desvalorizam o critério volume, o que pode ser prejudicial quando queremos verificar, por exemplo, situações de oligúria para detecção de insuficiências renais ou de poliúria na Diabetes tipo II.⁹ Da mesma forma, 14% não avaliam o critério odor, apesar deste poder indiciar manifestações clínicas como a cetose diabética⁴⁴. Parece, pois, que o critério cor é o mais frequentemente avaliado, provavelmente porque permite uma observação rápida e directa sem ser necessário recorrer a instrumentos ou técnicas mais sofisticadas, que decerto envolveriam custos de tempo e recursos para serem realizadas. Note-se que este parâmetro pode ser indicador de patologias diversas como a detecção de hematuria em casos de síndrome nefrítica, por exemplo⁹.

Na sub-amostra que não realiza esse tipo de controlo há carência de enfermeiros; 79% das Misericórdias não possui nos seus quadros enfermeiros, que deveriam ter um papel fundamental neste tipo de verificação, o que poderá justificar esta omissão.

Apesar da amostra estudada ser constituída por Misericórdias com funcionárias que recebem formação específica, até mesmo no âmbito de cuidados de saúde geriátricos, os responsáveis por essas instituições podem não estar sensibilizados para recomendar esse tipo de controlo.

Avaliação do estado geral de saúde do utente na admissão

Frequentemente, na admissão do utente à instituição, podem ser detectados casos de desnutrição, estejam

estes associados ou não a patologias diversas. Como prevenção, pode ser realizada uma avaliação do estado de saúde do idoso no momento da admissão, permitindo identificar os casos de desnutrição e reunir a história clínica do utente desde a sua admissão, como termo de comparação^{23,25}.

A maioria das Misericórdias inquiridas (72%) efectua esta avaliação na admissão sendo que metade destas instituições recorre à utilização conjunta de avaliação antropométrica, exames clínicos e análises bioquímicas. Porém, os parâmetros utilizados para esta avaliação não são especificados, devido a uma limitação no inquérito, pelo que não se sabe se serão realmente os mais correctos para a avaliação do estado nutricional.

No inquérito efectuado apenas foram recolhidos dados sobre o tipo de avaliação na admissão, mas não existem dados sobre a repetição dessa avaliação e a frequência com que tal acontece. Assim, o controlo efectivo da saúde e do estado nutricional dos utentes pode estar comprometido se considerarmos a hipótese de não haver regularidade neste tipo de avaliações.

Em situação mais crítica, encontramos 28% das instituições avaliadas, onde não é de todo efectuada a avaliação do estado de saúde do utente na admissão. Apesar de disporem de alguns recursos humanos do ponto de vista de técnicos de saúde, parece não ser considerada uma prioridade conhecer o estado de saúde e nutricional do utente no momento de admissão. Nalguns casos é solicitado um relatório médico comprovativo de ausência de doenças infecto-contagiosas. No entanto, rastrear uma doença deste tipo não substitui o rastreio de desnutrição ou de doenças que possam comprometer o estado nutricional do indivíduo. Torna-se, dessa forma, quase impossível conseguir identificar se um caso de desnutrição teve origem anterior ou posterior à admissão do utente.

Pode ainda colocar-se a hipótese de que quem não efectua este tipo de avaliação, não o faz por falta de recursos humanos, como técnicos de saúde, ajudantes de Lar ou auxiliares, ou simplesmente por não ser um procedimento instituído. Curiosamente, 3 das 4 Misericórdias no país que não têm assistência médica, pertencem a esta sub-amostra que não realiza avaliação antropométrica, o que pode até indicar que muitas vezes esta avaliação é realizada pelo médico na admissão do utente.

Uma vez que este tipo de avaliação envolve dispêndio de tempo e disponibilidade de recursos humanos, é provável que este seja o principal motivo para instituições deste género optarem por não a realizar.

Mais do que os parâmetros clínicos, a perda involuntária de peso é o melhor predictor isolado de malnutrição. Uma perda de peso superior a 10% num período menor ou igual a 6 meses é considerada clinicamente significativa^{7,11,15}. Deste modo, pode ser grave a desvalorização deste parâmetro^{23,45}. No entanto, não deve ser considerado individualmente mas como constituinte de uma avaliação pormenorizada. Esta deve incluir igualmente a história dietética, o enquadramento psicossocial, as condições socio-económicas, o estado de saúde mental e o estado de saúde oral^{12,31}. Portanto, não se considera suficiente efectuar uma avaliação clínica, bioquímica ou antropométrica isolada, mas sim uma avaliação generalizada na admissão. Se este conjunto de avaliações for efectuado e associado a rastreios regulares durante a permanência na instituição, podem prevenir-se casos de desnutrição, causa ou consequência de diversas doenças^{3,4,11,15,16,18,22-27}.

CONCLUSÕES

O inquérito efectuado permitiu identificar algumas características das Misericórdias de Portugal Continental no que respeita ao tipo de cuidados prestados aos idosos. Apesar de ter tido uma taxa de resposta inferior a 50%, a distribuição geográfica e diversidade de características das Misericórdias avaliadas permitem uma ampla representação da realidade destas instituições. No entanto, há que ponderar igualmente os condicionamentos impostos pelo próprio inquérito, por ter maioritariamente questões fechadas e pela ausência de algumas questões pertinentes.

Actualmente, são poucas as Misericórdias no nosso país que contam com a colaboração de nutricionistas, além disso muitas vezes estes não contactam directamente com o idoso nem mesmo quando a sua cooperação na instituição se efectua a tempo inteiro.

As instituições estudadas parecem privilegiar a formação das ajudantes de lar também na área da saúde geriátrica e, em menor escala, da nutrição e avaliação do estado nutricional do idoso.

Pode verificar-se que são poucas as Misericórdias sem assistência médica regular, ou que não valorizam indicadores como a ingestão de líquidos ou a urina dos utentes. É importante, contudo, ter em consideração que muitas vezes as estratégias usadas para essas verificações não são as mais adequadas.

No entanto, foram encontradas algumas instituições onde não é efectuado qualquer tipo de avaliação do estado de saúde do utente na admissão, o que pode comprometer a detecção precoce de casos de desnutrição e inviabilizar a comparação com avaliações posteriores. Este facto parece relacionar-se com a disponibilidade

limitada de recursos humanos como também com a pouca sensibilidade para a importância da monitorização da saúde do utente.

Dada a carência de estudos neste âmbito e a inexistência de estratégias viáveis de verificação do estado nutricional dos idosos, considera-se urgente a elaboração de uma estratégia de controlo, aplicável nas Misericórdias e instituições afins, considerando as disponibilidades financeiras e de recursos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steen B. Preventive nutrition in old-age – a review. *J Nutr Health Aging*. 2000; 4(2): 114-119.
2. Instituto Nacional de Estatística. O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Destaque do INE. 2002 Abril.
3. Gary R, Fleury J. Nutritional status: key to preventing functional decline in hospitalized older adults. *Top Geriatr Rehabil*. 2002; 17(3): 40-71.
4. Millen B, Nason A. Creating a continuum of nutrition services for the older population. In: *Handbook of clinical nutrition and aging*. Bales and Ritchie. Cap.2, 23-48.
5. de Groot L, Staveren W. The status of nutrition in older adults. In: *Handbook of clinical nutrition and aging*. Bales and Ritchie. Cap.4, 63-73.
6. Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001, 56A(II): 54-64.
7. McCool A, Huls A, Peppones M, Schlenker E. Nutrition for older persons: a key to healthy aging. *Top Clin Nutr*. 2001; 17(1): 52-71.
8. Passero V, Moreira E. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. *Rev Bras Nutr Clin*. 2003; 18(1): 1-7.
9. Harris N. Nutrição no envelhecimento. In: *Krause Alimentos Nutrição & Dietoterapia*. Mahan L, Escott-Stump S, editores. 10ª edição. São Paulo: Roca; 2002.
10. Vellas B, Garry PJ, Albaredo JL. Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation: the mini nutritional assessment. In: *The Mini Nutritional Assessment. Facts and research in gerontology*. Vellas B, Guigoz Y, Garry P, Albaredo JL. 1994; 11-13.
11. Bates CJ, Benton D, Biesalski HK, Staehelin HB, Van Staveren W, Stehle P et al. Nutrition and aging: a consensus statement. *J Nutr Health Aging*. 2002; 6(2): 103-116.
12. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira [revisão]. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004; 48(3): 345-361.
13. Lee J, Frongillo E. Nutritional health consequences are associated with food insecurity among U.S. elderly persons. *J Nutr*. 2001; 131: 1503-1509.
14. American Dietetic Association. Position paper of the American Dietetic Association: nutrition across the spectrum of aging. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105: 616-633.
15. Enzi G, Sergi G, Coin A, Inelmen EM, Busetto L, Pisent C et al. Clinical aspects of malnutrition. *J Nutr Health Aging*. 2001; 5(4): 284-287.
16. Sahyoun N. Usefulness of nutrition screening of the elderly. *Nutr Clin Care*. 1999; 2(3): 155-163.
17. American Dietetic Association. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. *J Am Diet Assoc*. 1994; 94(8): 838-839.
18. Sampaio L. Avaliação nutricional e envelhecimento [comunicação]. *Rev Nutr*. 2004; 17(4): 507-514.
19. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In: *The Mini Nutritional Assessment. Facts and research in gerontology*. Vellas B, Guigoz Y, Garry P, Albaredo JL. 1994; 15-59.
20. Thomas D. Outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents. In: *The Mini Nutritional Assessment. Facts and research in gerontology*. Vellas B, Guigoz Y, Garry P, Albaredo JL. 1994; 85-95.
21. Webb GP, Coperman J. Improving the nutritional status of elderly people in residential homes and the community. In: *The nutrition of older adults*. Arnold editores. 1996; 168-173.
22. Morley J. Nutrition assessment is a key component of geriatric assessment. In: *The Mini Nutritional Assessment. Facts and research in gerontology*. Vellas B, Guigoz Y, Garry P, Albaredo JL. 1994; 5-9.
23. Charney P. Nutritional screening and assessment. In: *Dietitian's Handbook of enteral and parenteral nutrition*. 2nd ed. Skipper. 3-24.
24. Corish CA, Flood P, Kennedy NP. Comparison of nutritional risk screening tools in patients on admission to hospital. *J Hum Nutr Dietet*. 2004; 17: 133-139.
25. Ward J, Close J, Little J, Boorman J, Perkins A, Coles SJ et al. Development of a screening tool for assessing risk of undernutrition in patients in the community. *J Hum Nutr Dietet*. 1998; 11: 323-330.
26. Hudgens J, Langkamp-Henken B. The Mini Nutritional Assessment as an assessment tool in elders in long-term care. *Nutrition in Clinical Practice*. 2004; 19(5): 463-470.
27. Carney D, Meguid M. Current concepts in nutritional assessment. *Arch Surg*. 2002; 137: 42-45.
28. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003; 22(4): 415-421.
29. Jones J. The methodology of nutritional screening and assessment tools [revisão]. *J Hum Nutr Dietet*. 2002; 15: 59-71.
30. The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN), The Malnutrition Advisory Group (MAG). The MUST report, nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility. 2003 [consultado em 2005-05-19] Disponível em www.bapen.org.uk.
31. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition, aging, and the continuum of care. *J Am Diet Assoc*. 2000; 100(5): 580-595.

32. Foltz M, Schiller M, Ryan A. Nutrition screening and assessment: current practices and dietitians' leadership roles. *J Am Diet Assoc.* 1993; 93(12): 1388-1395.
33. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition services in managed care. *J Am Diet Assoc.* 1996; 96(4): 391-395.
34. Instituto Nacional de Estatística. População residente por grandes grupos etários. 2003 Dezembro. [consultado em 2005-09-01] Disponível em www.ine.pt.
35. Segurança Social. Invalidez, velhice e sobrevivência. 2004 Junho [consultado em 2005-09-01] Disponível em www.seg-social.pt.
36. Quivy R, Van Campenhandt Mc. Manual de investigação em ciências sociais. Publicações Gradiva.
37. Silva A, Pinto J. Metodologia das ciências sociais. Edições Afrontamento.
38. SPSS: Statistical package for the social sciences [programa informático]. Versão 12.0. SPSS Inc; 2003.
39. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Normativo n.º 12/98. Diário da República. I Série-B; 47(1998-02-25): 766-774.
40. Food Security Institute. Hunger and food insecurity among the elderly [relatório]. Center on Hunger and Poverty; Fevereiro 2003. Disponível em www.centeronhunger.org.
41. Bales C. What does it mean to be "at nutritional risk"? Seeking clarity on behalf of the elderly [editorial]. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74: 155-156.
42. Arnaud M. Age-related changes in hydration. In: Nutrition and aging. Rosenberg, Sastre editors. 2002; 6: 193-206.
43. Torre A, Silleras B, García A. Guidelines for nutrition support in the elderly. *Public Health Nutr.* 2001; 4(6A): 1379-1384.
44. Jacob S, Francone C, Lossow W. Sistema urinário. In: Anatomia e fisiologia humana. 5ª edição. Editora Guanabara. 449-450.
45. Alibhai S, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people [revisão]. *JAMC.* 2005; 172(6): 773-780.
46. INSA. Inquérito Nacional de Saúde. 1998/1999.