



**Tatiana Raquel
Latões Marques**

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS
DEPENDENTES NA MOBILIDADE NA USF
FLOR DE SAL: O PAPEL DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**



**Tatiana Raquel
Latães Marques**

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES NA MOBILIDADE NA USF FLOR DE SAL: O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Nutricional assessment of elderly patients dependents on mobility in
USF Flor de Sal: the family nurse's role

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar (em consórcio entre a Universidade de Aveiro, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança), realizado sob a orientação científica do Doutor João Filipe Lindo Simões e coorientação científica da Doutora Marília dos Santos Rua, Professores Adjuntos da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos aqueles com quem posso realmente contar nos momentos mais difíceis! À minha família e verdadeiros amigos!

O júri

Presidente

Professora Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança

Professor Doutor João Filipe Lindo Simões (Orientador)
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professores Doutores João Filipe Lindo Simões (orientador) e Professora Doutora Marília Rua (coorientadora) por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a sua concretização, em alturas em que tudo parecia de difícil resolução; às enfermeiras Camila Ventura e Maria José Ferreira por terem permitido a operacionalização do meu estágio e pela ajuda prestada sempre que dela necessitei; a todos os enfermeiros da USF Flor de Sal por terem colaborado na minha recolha de dados, já que, parte dela, dependeu do seu trabalho e dedicação; aos utentes e famílias que aceitaram participar no estudo pela disponibilidade demonstrada; aos colegas deste curso de mestrado pelo espírito de partilha e entreajuda que existiu ao longo deste tempo, especialmente à Francisca, Sofia e Isabel pela amizade e palavras de incentivo partilhadas e, por fim, ao meu marido, família e amigos por lhes ter roubado muito do nosso tempo juntos e por terem que me apoiar em dias de maior cansaço.

A todos muito obrigada!

Palavras-chave

Enfermagem*; Família*; Atenção primária à saúde*; Idoso fragilizado*, Saúde do idoso*; Ferimentos e lesões*; Deficiências nutricionais*; Avaliação nutricional*; Enfermeiro de família; Úlcera por pressão. (*DeCS)

Resumo

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal (ACeS Baixo Vouga) por se considerar ser o contexto de excelência para o exercício das competências do enfermeiro de família. O campo de estágio serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação baseado na problemática do envelhecimento da população que conduz ao aumento das doenças crónicas, aumento da incapacidade funcional, da dependência e conseqüente aumento do risco de úlceras por pressão, com impacto na família e nos serviços de saúde. A avaliação do risco nutricional é um dos parâmetros mais frágeis da escala de Braden que é o principal instrumento recomendado para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Dada a importância da nutrição como fator de risco de aparecimento destas lesões, a avaliação do risco nutricional deve ser considerado pelos enfermeiros de família.

Este trabalho procurou descrever e fazer uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, dificuldades e situações marcantes do estágio, bem como, no âmbito da investigação, verificar se a avaliação do risco de úlceras por pressão dos idosos com dependência na mobilidade da USF Flor de Sal englobava uma correta avaliação do risco nutricional por parte dos enfermeiros e, ao mesmo tempo, avaliar o risco nutricional desses indivíduos.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa que envolveu um dos ciclos do método de investigação-ação, já que após um diagnóstico inicial, se procurou implementar uma intervenção/formação de forma a verificar o seu efeito na prática dos enfermeiros na avaliação do risco nutricional, através da escala de Braden. Na avaliação foi utilizada a *Mini Nutritional Assessment* como instrumento de avaliação nutricional e, ainda, um questionário de caracterização sociodemográfica da amostra de idosos. Foi feita a análise descritiva para caracterizar e descrever a relação entre as variáveis, avaliadas nos dois momentos de recolha de dados.

As amostras de idosos obtidas (inicial e pós-intervenção) apresentavam uma média de 80 anos e eram sobretudo do sexo feminino. Em ambos os momentos apresentaram maioritariamente risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. A avaliação do risco nutricional realizada pelos enfermeiros, através da escala de Braden, mostrou percentagens relativamente equilibradas entre indivíduos “nutridos” e “desnutridos”, encontrando-se os primeiros em maior número em ambos os momentos de avaliação. A avaliação da investigadora com a *Mini Nutritional Assessment* apresentou uma diferença relevante, revelando, claramente, uma maior percentagem de idosos “desnutridos”.

As competências esperadas para o estágio foram, genericamente desenvolvidas. Concluímos com o estudo que a intervenção/formação realizada não obteve os resultados esperados já que as discrepâncias existentes entre as avaliações do risco nutricional dos enfermeiros e da investigadora se mantiveram na 2ª avaliação.

Keywords

Nursing*; Family*; Primary health care*; Frail elderly*; Health of elderly*; Wounds and injuries*; Deficiency diseases*; Nutrition assessment*; Family nurse; Pressure ulcer. (*DeCS)

Abstract

Under the 3rd semester of the 2nd year of the Master in Family Health Nursing a professional traineeship was developed at the USF Flor de Sal (ACeS Baixo Vouga) as it was considered to be the context of excellence for the exercise of family nursing skills. The training field served as the context for carrying out a research work based on population ageing reality that contributed to increase of chronic diseases, functional disability, dependency and the consequent increased risk of pressure ulcers, with an impact on family and health services. The assessment of nutritional risk is one of the weakest parameters of the Braden scale which is the primary recommended tool for assessing risk of pressure ulcer development. Considering the importance of nutrition as the risk factor for the appearance of these injuries, the assessment of nutritional risk should be considered by family nurses.

This study tries to describe and make a critical and reflective analysis of the skills developed, difficulties and striking situations experienced on the traineeship, as well as verify, by the research, if the assessment of the risk of pressure ulcers of elderly patients dependents on mobility in USF Flor Sal includes a correct assessment of nutritional risk by nurses and, at the same time, assess the nutritional risk of these individuals.

It was conducted a quantitative study, that involved one of the cycles of the research-action method, because, after an initial diagnosis, an intervention/training was implemented in order to check its effect in practice of nurses in assessment of nutritional risk, by the Braden scale. The researcher used the Mini Nutritional Assessment as nutritional assessment tool and also a sociodemographic questionnaire to characterize the elderly sample. The data processing was made by descriptive analysis to characterize and describe the relationship between variables, collected at both assessment moments.

The elderly samples obtained (initial and post-intervention) had an average of 80 years and were mostly female. Both initial and post-intervention samples mostly presented risk of developing pressure ulcers. The assessment of nutritional risk, made by nurses through the Braden scale, showed relatively balanced percentages among individuals "nourished" and "malnourished", showing the first classification in greater numbers in both assessment periods. The assessment of the researcher with the Mini Nutritional Assessment showed an important difference, showing, clearly, a higher percentage of elderly patients "malnourished".

The expected skills to be developed in the traineeship were generally achieved. The study concludes that the intervention/training carried out did not get the expected results due to the discrepancies between the assessments of nutritional risk, made by nurses and the researcher remained in the 2nd assessment.

Abreviaturas e siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

EPUAP - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MNA - *Mini Nutritional Assessment* / Mini Avaliação Nutricional

NPUAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Úlceras por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	19
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO	29
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2.1. A dependência no autocuidado na pessoa idosa	35
2.2. Papel do enfermeiro de família na prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão através da avaliação do risco nutricional	37
3. METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Variáveis em estudo	45
3.3 População e amostra em estudo	45
3.4 Tipo de intervenção	46
3.5 Procedimentos de recolha de dados	47
3.6 Procedimentos éticos	49
3.7 Procedimentos de análise de dados	50
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	53
4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos	53
4.2 Caracterização clínica da amostra de idosos	55
4.3 Caracterização nutricional da amostra de idosos	58
4.4 Resultados da análise comparativa entre as avaliações do risco nutricional da amostra de idosos nos dois momentos de avaliação	67
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	71
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	79
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	91

ANEXO I – ESCALA DE BRADEN

ANEXO II – *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*

ANEXO III – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO IV – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO ACES BAIXO VOUGA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PARTICIPANTE NO ESTUDO

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO REALIZADA PARA A FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA USF FLOR DE SAL

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação (n=35)	54
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação (n=24)	55
Tabela 3: Caracterização clínica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da avaliação da escala de Braden realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal (n=35)	56
Tabela 4: Caracterização clínica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da avaliação da escala de Braden realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal (n=24)	58
Tabela 5: Caracterização antropométrica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=35)	59
Tabela 6: Caracterização antropométrica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=24)	60
Tabela 7: Caracterização global da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=35)	61
Tabela 8: Caracterização global da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=24)	62
Tabela 9: Caracterização dietética da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=35)	63
Tabela 10: Caracterização dietética da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=24)	65
Tabela 11: Caracterização subjetiva da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=35)	66
Tabela 12: Caracterização subjetiva da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> (n=24)	66
Tabela 13: Pontuação total da escala <i>Mini Nutritional Assessment</i> e atribuição da classificação de acordo com o risco nutricional nos idosos do 1º momento de avaliação (n=35)	67
Tabela 14: Pontuação total da escala <i>Mini Nutritional Assessment</i> e atribuição da classificação de acordo com o risco nutricional nos idosos do 2º momento de avaliação (n=24)	67
Tabela 16: Frequências e percentagens comparativas entre os resultados da escala de Braden do 1º para o 2º momento de avaliação e a mesma comparação para o <i>Mini Nutritional Assessment</i>	68
Tabela 17: Frequências e percentagens comparativas dos resultados da escala de Braden agrupados entre o 1 e 2º momento de avaliação e a mesma comparação para o <i>Mini Nutritional Assessment</i>	69
Tabela 18: Frequências e percentagens comparativas dos resultados do 1º momento de avaliação entre a escala de Braden e o <i>Mini Nutritional Assessment</i> e a mesma comparação para o 2º momento	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na USF Flor de Sal (Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, 2016)	21
Quadro 2: Variáveis em estudo	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF Flor de Sal, em dezembro de 2015 (Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, 2016)	20
Figura 2: Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et al., 2009: 366)	44

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde) em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real) e o Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança), foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar (USF) Flor de Sal, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, do qual resultou o presente relatório.

Tendo em conta os conteúdos programáticos do referido curso, que se baseiam na prestação de cuidados de enfermagem à família, pretendeu-se que os mestrandos desenvolvessem o seu estágio profissional em USFs ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), na medida em que, é nestas unidades funcionais que o enfermeiro encontra um contexto de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014).

Esta conceção da enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a ser evidenciada desde a definição das metas de saúde para o século XXI, no entanto, foi com a Declaração de Munique (Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde, em 2000) que o enfermeiro de família se destacou enquanto elemento chave, integrado numa equipa multiprofissional, na prestação contínua de cuidados, ao longo da vida, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Ministério da Saúde, 2012).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que apostou na criação de unidades funcionais promotoras do trabalho de equipas nucleares de saúde familiar (médico, enfermeiro e secretário clínico), com corresponsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos, enfatizou o papel destas unidades nos cuidados dirigidos ao indivíduo/família (Ministério da Saúde, 2012). Integrado nesta reforma, o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto veio estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, realçando-as enquanto unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que desenvolvem o seu trabalho com autonomia organizativa, funcional e técnica, integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde (Ministério da Saúde, 2007). Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito destas unidades funcionais de prestação de CSP, bem como das UCSP. De acordo com o mesmo, “o enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou

complementaridade com outros profissionais de saúde. É, ainda, competência do enfermeiro de família contribuir para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao estágio, a unidade de saúde onde o mesmo decorreu serviu, igualmente, de contexto à realização de um trabalho de investigação baseado numa problemática anteriormente identificada e relacionada com o papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade.

A temática referida, tem um maior impacto na atualidade devido às alterações demográficas evidentes que Portugal tem sofrido nos últimos anos e que se prendem, sobretudo, com a redução da natalidade e o aumento da esperança média de vida (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010). O envelhecimento da população está, inevitavelmente, associado ao aumento das doenças crónicas e das comorbilidades refletindo-se na maior procura de cuidados de saúde e no aumento da incapacidade e da dependência, com impacto na família e no sistema de saúde. Este cenário tem vindo a ser alvo de preocupação por parte da Direção Geral de Saúde (DGS), conforme se percebe no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 (Direção Geral da Saúde, 2013).

Conforme nos demonstra o trabalho levado a cabo por Araújo, Paúl, & Martins (2011), a dependência é, na maior parte das situações, justificada por restrições graves na mobilidade que conduzem à incapacidade funcional, já que estas pessoas passam a carecer de ajuda para grande parte das atividades de vida diária. A alteração da mobilidade dos idosos é, portanto, um dos fatores que caracteriza a incapacidade funcional (Alves et al., 2007).

De acordo com as orientações emitidas pelos *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUA)* e *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUA)*, em 2009, o comprometimento da mobilidade constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão (UP), além de outros onde se incluem os aspetos nutricionais, o estado geral de saúde, a temperatura corporal, a perceção sensorial, a fricção e forças de torção, a idade, a humidade da pele e fatores que afetam a perfusão e a oxigenação. As mesmas entidades defendem uma prática de avaliação e controlo dos fatores de risco de desenvolvimento de UP por parte dos enfermeiros, de maneira a que sejam providenciados atempadamente os cuidados necessários para a sua prevenção. O uso de escalas de avaliação de risco, quando associadas a outras medidas (avaliação e cuidados à pele, juízo clínico, programas educacionais), pode constituir uma abordagem estruturada da problemática (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009). A Direção Geral da Saúde (2011) considerou o recurso à escala de Braden uma importante estratégia desta avaliação.

A avaliação nutricional parece ser uma ferramenta importante para os profissionais no que diz respeito à identificação e ao tratamento de pessoas em risco de desenvolvimento de UP, pelo que é um dos critérios incluídos na referida escala de Braden. O trabalho de investigação

desenvolvido por Campos, Chagas, Costa, França, & Jansen (2010) corrobora esta ideia evidenciando que um estado nutricional deficiente está estreitamente relacionado com o desenvolvimento de UP já que, nos doentes que as desenvolveram, foram encontrados menores valores de tecido adiposo e massa muscular, assim como baixos valores de hemoglobina e hematócrito e valores elevados de leucócitos. Por outro lado, a existência de algumas doenças crónicas nos idosos, pode também prejudicar o estado nutricional por diminuição do apetite e redução da ingestão de nutrientes indispensáveis. Percebe-se, então, a existência de uma estreita relação entre saúde e nutrição (Loureiro, 2008). Dada a sua relevância para o desenvolvimento de UP, a avaliação nutricional tem sido incluída na maioria das escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UP, nomeadamente na escala de Braden.

O cuidado ao idoso em condição de dependência na mobilidade conduz a mudanças importantes em toda a dinâmica familiar e é, neste sentido, que a ESF deve estar atenta e próxima dos idosos e dos cuidadores, de forma a orientá-los e acompanhar todo o processo do cuidado (Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012). Este acompanhamento deverá basear-se numa abordagem colaborativa, que vá ao encontro dos objetivos negociados e perspectivados para a maximização do potencial de saúde familiar. As intervenções procurarão, naturalmente, ajustar-se às necessidades da família, considerando a complexidade da mesma (Figueiredo & Martins, 2010).

Na prática diária de cuidados ao idoso com dependência na mobilidade verificam-se várias lacunas no que diz respeito à competência dos enfermeiros na avaliação de fatores de risco de desenvolvimento de UP, nomeadamente pela não utilização sistemática da escala de Braden. Um estudo desenvolvido por Miyazaki, Calir, & Santos (2010) e outro de Morita, Poveda, Santos, & Marcelino (2012) demonstram a falta de conhecimentos dos enfermeiros sobre o tema, o que pode justificar esta ausência de avaliação. Outra das lacunas detetadas na prestação de cuidados a estas pessoas prende-se com o facto da avaliação nutricional nem sempre ser realizada ou, quando de facto o é, ser feita de forma superficial e subjetiva, sem que exista o rigor necessário, conforme se percebe no estudo levado a cabo por Madeira, Rodrigues, & Martins (2010).

Neste sentido, definiu-se como objetivo principal deste documento evidenciar o trabalho desenvolvido na USF Flor de Sal, enquanto estudante do curso de Mestrado em ESF a desenvolver estágio profissional, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, bem como algumas dificuldades e situações marcantes que surgiram. Procurar-se-á, ainda, apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no referido estágio, que visou, sobretudo, avaliar o papel e as competências dos enfermeiros da USF Flor de Sal no âmbito da avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade a quem prestam cuidados. Assim sendo, o presente relatório de estágio encontra-se dividido, além desta introdução, num primeiro capítulo referente à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, onde é, igualmente, realizada uma contextualização do local onde o estágio foi desenvolvido. O segundo capítulo diz respeito ao estudo realizado ao longo do período de estágio, sendo o mesmo contextualizado e, de seguida, enquadrado teoricamente (abordando-se a dependência

na pessoa idosa e o papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional do idoso dependente na mobilidade). O referido capítulo aborda, ainda, a metodologia utilizada no trabalho de investigação, a apresentação dos resultados com ele obtidos e a sua discussão, bem como as conclusões obtidas. O trabalho termina com as principais conclusões que emergiram com a elaboração deste relatório de estágio.

**CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Estágio Clínico que desenvolvi no 3º semestre do curso de Mestrado em ESF decorreu ao longo de 480 horas, distribuídas de Setembro a Fevereiro de 2016 e foi realizado na USF Flor de Sal. Esta unidade funcional é parte integrante do ACeS do Baixo Vouga, pertencente à ARS do Centro, está localizada no centro da cidade de Aveiro (freguesia Vera Cruz-Glória) e está em funções desde 26 de Março de 2010. A USF desenvolve a sua atividade todos os dias úteis das 8 às 20 horas.

Atualmente a equipa é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 secretárias clínicas. Cada equipa de médico, enfermeiro de família e secretária clínica partilha um mesmo ficheiro de utentes e procura prestar-lhes todos os cuidados necessários ao longo do ciclo vital. Particularmente no caso da equipa de enfermagem, cada enfermeiro de família dispõe de um gabinete próprio onde realiza todas as consultas de enfermagem aos seus utentes, à exceção dos tratamentos de feridas que são realizadas em duas salas destinadas para o efeito, com condições apropriadas. O enfermeiro realiza, ainda, visitas domiciliárias para prestação de cuidados aos utentes que, por limitações na mobilidade, não podem comparecer na unidade ou para promoção de saúde (incentivo à vacinação em grupos de risco, visita à puérpera e ao recém nascido, nomeadamente). Os utentes da USF não são atendidos pelo seu enfermeiro de família apenas durante a sua ausência e em situações que não possam aguardar pela sua chegada.

A grande maioria dos enfermeiros da USF Flor de Sal é do género feminino (87,5%) e tem idades jovens, já que mais de metade dos elementos tem 35 ou menos anos (62,5%) e apenas 12,5% tem mais de 40. No que se relaciona com as habilitações literárias, a maioria dos enfermeiros tem o grau académico de Licenciatura (62,5%), apenas 12,5% possui o grau de Mestre e ninguém tem Doutoramento. Relativamente ao tempo de serviço, 62,5% dos elementos tem um tempo de serviço ≤ 10 anos e apenas 12,5% trabalha há mais de 20 anos. O tempo de serviço em CSP tem exatamente a mesma distribuição.

À data da elaboração do Relatório de Atividades de 2015 da USF Flor de Sal encontravam-se inscritos 13 369 utentes, perfazendo uma média de cerca de 1671 utentes por equipa.

Podemos observar, através da pirâmide etária da população inscrita na USF Flor de Sal, em dezembro de 2015, apresentada na Figura 1, que a distribuição de utentes por sexo é relativamente equivalente já que 6 064 são do sexo masculino (45,6%) e 7 305 do sexo feminino (54,6%). Em qualquer um dos sexos a faixa etária entre os 40 e os 44 anos apresenta maior número de utentes. Apesar de não representar a maioria dos utentes, a população idosa (≥ 65 anos) assume uma densidade significativa nesta unidade funcional, sobretudo no que diz respeito ao sexo feminino. O número de idosos vai, naturalmente, diminuindo à medida que se aproxima do topo da pirâmide, sendo os utentes com idade ≥ 90 anos os que se encontram em menor número.

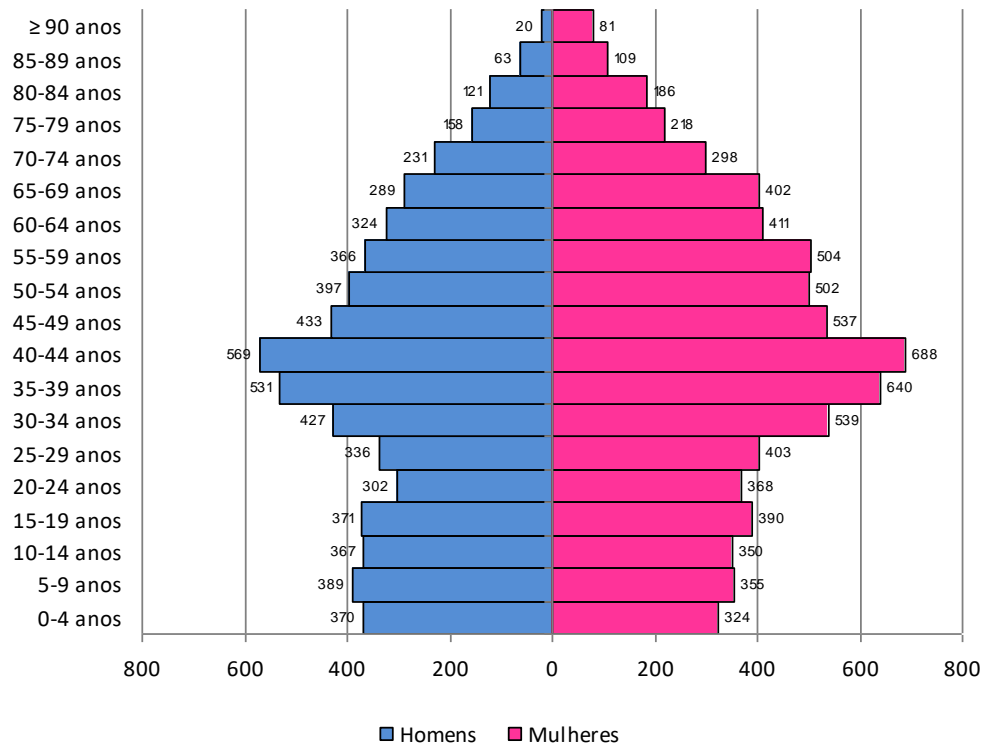


Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF Flor de Sal, em dezembro de 2015 (Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, 2016)

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita na USF Flor de Sal, podemos verificar, através da observação do Quadro 1, que cerca de 67,6% da população é ativa o que se pode relacionar com a localização da unidade num meio urbano. O Índice de Dependência Total nos idosos atinge os 47,9%. Este fator, associado aos elevados Índices de Envelhecimento e Longevidade, salienta a importância da atenção que é dada aos idosos nesta USF (Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, 2016), partilhando do panorama nacional e da importância que é dada aos mesmos neste trabalho.

Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na USF Flor de Sal (Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal, 2016)

Indicadores Demográficos	%
<i>Índice de Dependência Total</i> [(Pop ≤14 anos + Pop ≥ 65 anos) / Pop 15-64 anos] x 100	47,9
<i>Índice de Dependência de Idosos</i> (Pop ≥65 anos/Pop 15-64 anos) x 100	24,1
<i>Índice de Dependência de Jovens</i> (Pop ≤14 anos/Pop 15-64 anos) x 100	23,8
<i>Índice de Longevidade</i> (Pop ≥75 anos/Pop ≥65 anos) x 100	43,9
<i>Índice de Envelhecimento</i> (Pop ≥65 anos/Pop ≤14 anos) x 100	101,0
<i>População Ativa</i> (Pop 15-64 anos/Pop total) x 100	67,6

Após esta breve caracterização do local onde desenvolvi o estágio profissional, este será, agora, enquadrado no âmbito do Mestrado em ESF, nomeadamente no que diz respeito aos objetivos e competências que se pretendia que alcançasse, enquanto estudante do referido curso.

Concluídos os dois semestres anteriores do Mestrado mencionado, em que foram desenvolvidas competências teóricas inerentes à prática da ESF, este estágio profissional representou uma oportunidade de consolidar todos os conhecimentos adquiridos, transpondo-os e adaptando-os a um dos reais contextos de prestação de cuidados do enfermeiro de família.

O desenvolvimento do referido estágio teve como principais objetivos: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo vital e nas diferentes fases de prevenção (primária, secundária e terciária); mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando-a perante as exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde familiar e trabalhar em parceria com a família na gestão, promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para a promoção da sua autonomia (Escola Superior de Saúde de Aveiro, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, & Escola Superior de Saúde de Bragança, 2015) e, ainda, desenvolver o trabalho de investigação recorrendo à USF como campo de investigação.

De forma a alcançar os objetivos inicialmente propostos, era esperado que, ao longo do estágio, realizasse todas as atividades que permitissem o desenvolvimento das competências necessárias, sempre sob supervisão da enfermeira tutora mas visando a minha progressiva

autonomia. Assim, ao cuidar a família como uma unidade de cuidados procurei que esta fosse reconhecida em toda a complexidade, globalidade, equifinalidade e auto organização do seu sistema familiar, características que tornam a sua organização estrutural tão específica. Perspetivar a família como unidade de cuidados implica, igualmente, entendê-la como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas que, naturalmente, decorrem dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital. Realizando uma adequada avaliação do funcionamento do sistema familiar e dos recursos de que ele dispõe para fazer face aos momentos de crise, era esperado que eu desenvolvesse um processo de cuidados, em parceria com a família, que estimulasse a sua participação na resolução dos momentos de transição (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015).

Para ser possível prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do seu ciclo de vida nos diferentes níveis de prevenção, primária, secundária e terciária (outra das principais competências a desenvolver), pretendia-se que as famílias fossem avaliadas, em todos os contextos de prestação de cuidados, nas suas diferentes dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento), valorizando não apenas a avaliação da unidade familiar mas também a avaliação de cada um dos seus membros. A avaliação familiar seria otimizada com a aplicação dos diferentes instrumentos que permitem a sua sistematização. Após uma correta avaliação é expectável a devida análise dos dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados seguros à família. Em caso de necessidade, eu deveria ser capaz de reconhecer situações de especial complexidade que comprometessem as atividades fundamentais ao desenvolvimento familiar, desenvolvendo respostas adequadas. Deveria, ainda, implementar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar priorizando os problemas de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos, promovendo o seu comprometimento e a sua participação de acordo com recursos internos e externos de que dispõe (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015).

Para além do enriquecimento de competências inerentes à prestação de cuidados à família, este estágio pretendeu ser, também, uma ótima oportunidade para o desenvolvimento de ferramentas de investigação, já que, como referi anteriormente, a USF constituiu o campo para a colheita de dados do meu trabalho de investigação, apresentado neste relatório, que procurou perceber se os enfermeiros desta USF realizam uma correta avaliação nutricional dos idosos dependentes na mobilidade a quem prestam cuidados.

Ao longo do percurso e de forma a ser capaz de alcançar os objetivos definidos e desenvolver as competências desejadas, pude contar com a orientação do Professor Doutor João Filipe Lindo Simões como docente orientador, da Enfermeira Maria José Ferreira como Supervisora e da Enfermeira Camila Ventura como tutora do estágio.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As atividades desenvolvidas na USF Flor de Sal permitiram-me, de uma forma geral, alcançar os objetivos inicialmente definidos para este estágio, ainda que, em alguns casos, tenha sido difícil a sua concretização dada a sua curta duração. Esta limitação constituiu uma das minhas dificuldades e verificou-se no sentido em que, na prática diária do enfermeiro de família, pelo menos nos atuais moldes de funcionamento das USF é, muitas vezes, difícil realizar a devida avaliação familiar, nomeadamente através da aplicação dos devidos instrumentos existentes para a sua sistematização, e realizar o devido acompanhamento das famílias, se necessário, sem que isso comprometa o tempo disponível para os restantes cuidados. O tempo que é possível dedicar a cada família está longe de ser o ideal. Por outro lado, esta limitação de tempo verificou-se numa outra perspetiva, já que a curta duração do estágio não permitiu o total acompanhamento de algumas das famílias inicialmente identificadas como sendo especialmente interessantes enquanto alvo de cuidados, muito embora os objetivos do mencionado estágio tenham sido definidos considerando a duração do mesmo.

Apesar de estar na prática efetiva de CSP há algum tempo, nomeadamente em contexto de USF, o facto de olhar agora para esta realidade com um novo leque de conhecimentos, obtidos no âmbito da ESF durante este curso, fez com que pudesse perceber o potencial dos cuidados do enfermeiro de família de outra forma. De facto, tal como nos diz Araújo (2010), é competência do profissional de saúde atualizar regularmente os seus conhecimentos e, por consequência, as suas práticas, apostando nas intervenções autónomas. Neste caso em concreto, esta atualização fez-me questionar alguns dos meus cuidados e modos de atuação ao perceber até que ponto o enfermeiro de família representa um elemento chave para responder às necessidades da família, identificando os fatores que interferem com a dinâmica familiar, reconhecendo o potencial da família na promoção da sua própria saúde, atuando como parceiro na gestão da saúde familiar, mobilizando os recursos necessários para promover a máxima autonomia da família e funcionando como elo de ligação entre a família e outros profissionais, quando necessário (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, este novo enquadramento conceptual fez com que eu fosse desenvolvendo, ao longo do estágio, as várias atividades inerentes à prestação de cuidados de um enfermeiro de família numa USF, perspetivando sempre o sistema familiar como uma unidade crucial para o bem-estar do indivíduo e família. Essas atividades passaram, naturalmente, pela realização de consultas de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo e família, no âmbito da promoção da saúde (consultas de vigilância e vacinação, nomeadamente) e do tratamento da doença (tratamento de feridas agudas ou crónicas e administração de medicação). O contexto de realização de cuidados passou pela USF ou pelo contexto domiciliário. A educação para a saúde ao utente e família foi uma constante de forma transversal às intervenções de enfermagem desenvolvidas.

No que diz respeito às competências, este estágio permitiu-me desenvolver as capacidades fundamentais para um cuidado à família de qualidade. Assim, no que se refere às competências “cuida a família como unidade de cuidados” e “presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária”, penso ter conseguido desenvolvê-las na medida em que, as atividades praticadas me permitiram ir de encontro ao esperado para esta fase do desenvolvimento, enquanto estudante do curso de Mestrado em ESF. A primeira competência referida foi desenvolvida já que, no final do estágio, considero ter conseguido, ao prestar cuidados a famílias únicas e diferentes na sua organização, função e contexto interno e externo de vida, reconhecer cada família tendo em conta a sua complexidade, considerando a sua “globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica” (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015). O desenvolvimento desta competência passou, ainda, pelo cuidado a famílias em várias fases do seu ciclo vital (pais com filhos pequenos, casais de idosos, entre outros estádios) o que me permitiu “conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital” (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015). O facto do modelo de prestação de cuidados por enfermeiro de família permitir o conhecimento de todo o contexto familiar com relativa facilidade, permitiu, quando necessário, desenvolver o “processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo” (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015).

O referido modelo de prestação de cuidados facilitou, de igual forma, a avaliação da família, qualquer que fosse o contexto da prestação de cuidados, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015), dando resposta à segunda competência acima referida. Quando detetada alguma alteração do funcionamento ou estado de saúde de um indivíduo/família, penso ter sido capaz de reconhecer a situação ou outras de “especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar” e realizando e avaliando” intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar” (Escola Superior de Saúde de Aveiro et al., 2015), envolvendo sempre a família em todo o processo e dentro daquelas que eram as minhas competências ou encaminhando para outros profissionais, quando pertinente.

No cuidado com as famílias podem ser trabalhadas diferentes temáticas, dependendo da sua individualidade e das suas necessidades específicas. Assim, o facto do trabalho de investigação abordar a temática da avaliação nutricional nos idosos dependentes fez com que tivesse oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área o que, inevitavelmente, me trará mais-valias na minha prestação de cuidados a estes utentes e à forma como poderei capacitar os seus cuidadores para um melhor cuidado nutricional. Segundo Madeira et al. (2010) a utilização de um método de rastreio da desnutrição é fundamental para que se possa implementar um plano de intervenção adequado de forma a melhorar o prognóstico clínico e a qualidade de vida do doente. Ao longo destes meses tive oportunidade de implementar

e praticar a utilização do *Mini Nutritional Assessment* (MNA) que é atualmente considerado um instrumento que permite rastrear a desnutrição de forma segura, fácil e rápida, contribuindo, assim, para a melhoria da saúde dos idosos (Loureiro, 2008).

No entanto, fazer uma correta avaliação do risco nutricional pressupõe que, em caso de necessidade, exista a articulação necessária com a equipa multidisciplinar. Esta interdisciplinaridade deverá ser transversal a qualquer área do cuidar mas no caso particular do cuidado ao idoso e família, Araújo, Paul, & Martins (2010) referem que é fundamental uma participação e cooperação multidisciplinar de diferentes sectores, potencializando-se uma resposta específica e eficaz no sentido do bem-estar individual do idoso e do grupo familiar. Na realidade específica da USF Flor de Sal, constata-se que a articulação entre enfermeiros e médicos existe, de facto, mas sendo necessário o encaminhamento para um nutricionista, por exemplo, o mesmo não se consegue concretizar com facilidade, pelo menos em ambulatório, já que a escassez de profissionais faz com que as normas para referência de utentes sejam muito limitativas e apresentem critérios muito restritivos.

Ao longo deste estágio fui, inevitavelmente, desenvolvendo também algumas competências de investigação, concretamente através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados e consequente tratamento destes. Da mesma forma, espero que o trabalho de investigação realizado tenha contribuído, e possa continuar a fazê-lo, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros das USFs e, desta forma, melhorar a sua prática de cuidados, já que, como refere Araújo (2010) uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem.

Com essa mesma visão, de aprofundar ou enriquecer os conhecimentos dos enfermeiros da unidade, de forma a melhorarem a sua prática, foi-lhes proposta e implementada, durante o estágio, uma formação sobre “Avaliação do risco nutricional em idosos dependentes na mobilidade na USF Flor de Sal” à qual aderiram de forma solícita e aparentemente motivada. O principal objetivo da ação foi o de despertar os profissionais para a realidade apresentada, levando-os a alargar os seus conhecimentos e a ampliar o seu campo de ação, já que, como refere Araújo (2010), “a formação tem uma importante influência no desenvolvimento global da pessoa, sobretudo numa época em constante e acelerada mutação como a que se vive atualmente”. No entanto, dado o curto tempo disponível, só houve a possibilidade de realizar uma sessão teórica o que não é, de todo, suficiente para a consolidação do conhecimento. Considerando, como refere Figueiredo (2012), que as práticas são socialmente construídas, e que ocorrem mediante interações clarificadas pelo conteúdo científico e a problematização dessas práticas através da análise reflexiva, a ação e a inovação assumem-se como elementos fulcrais da produção de conhecimento. Assim o tempo disponível para que os enfermeiros se envolvessem no processo contínuo de produção de significados e interiorização de informação que lhes permitisse a sua utilização em novas situações foi, de facto, reduzido.

Muito do trabalho desenvolvido neste estágio foi realizado, em contexto de domicílio, junto dos idosos e famílias ou cuidadores que foram alvo da colheita de dados para o trabalho de investigação desenvolvido o que fez com que esses se tornassem momentos significativos que considero relevante destacar.

O facto de, nesses momentos, estar mais disponível e próxima das famílias fez-me perceber o quanto elas carecem desse contacto e dessa relação de proximidade com os enfermeiros. Esta relação de confiança será, naturalmente, vantajosa na medida em que permite fazer uma adequada avaliação da família e implementação de intervenções nos diferentes domínios, capacitando-a para gerir de forma mais autónoma e satisfatória os cuidados a prestar ao idoso (Araújo, 2010).

Estas visitas domiciliárias evidenciaram, ainda, o quanto fundamental se torna que uma família, em que um dos seus membros se encontra dependente, seja devidamente valorizada e avaliada por parte dos enfermeiros, para que se perceba o impacto que essa situação de dependência provoca em todo o sistema familiar. Como referem Araújo et al. (2011) a doença de uma pessoa afeta todos os membros do grupo familiar, pelo que é importante conseguir identificar as forças e as fragilidades dessa família para responder às suas necessidades.

A prestação de cuidados em contexto domiciliário proporciona uma enorme vantagem para o profissional de saúde na medida em que lhe permite perspetivar a família no seu real contexto de vida, permitindo adaptar os cuidados à realidade na qual a família está inserida (Araújo, 2010). Um trabalho realizado por Araújo et al. (2010) evidencia que o cuidar o idoso e família que satisfaça as suas necessidades só será possível se se considerar o meio em que a família está inserida, a sua estrutura, a sua cultura, crenças, valores, a rede social de que dispõe, entre outros aspetos que o contexto domiciliário permitirá conhecer com melhor clareza.

Apesar do local de estágio ter sido selecionado por mim, esta escolha acabou por ser, de alguma forma, percecionada como outra das principais dificuldades sentidas. Com o decorrer das semanas, o facto de estar a estagiar no meu atual local de trabalho e de ter como tutora uma das minhas atuais colegas fez com que, por vezes, me fosse difícil distinguir o papel de estudante do mestrado do de profissional da USF. Esta dificuldade em diferenciar os papéis foi sentida, igualmente, da outra parte, assim como pelos restantes elementos da unidade, de acordo com o *feedback* transmitido.

Apesar dessa situação, as atividades desenvolvidas em acompanhamento com a minha tutora, mesmo já tendo experiência prévia em CSP e um acréscimo de conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, acabaram por ser enriquecedoras por me terem complementado com o seu conhecimento e forma de atuação, o que acrescentou, naturalmente, mais-valias à minha prestação de cuidados atual e futura.

Esta acabou, assim, por ser mais uma etapa fulcral no meu processo de formação em saúde familiar que me permitirá prestar melhores cuidados às famílias já que, de acordo com Araújo

(2010) é imperativo formar enfermeiros com competências para promover a saúde das famílias para intervirem de forma consentânea, ultrapassando a perspectiva reducionista, centrada na pessoa, apostando numa perspectiva integral, sistémica relacional, centrada na ecologia social da família ou redes complexas em que a família interage, vive e se desenvolve.

CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na USF Flor de Sal, do ACeS Baixo Vouga da ARS do Centro, de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016 e a sua colheita de dados esteve integrada no estágio desenvolvido pela mestranda na unidade funcional referida.

Esta unidade de saúde, à semelhança do que acontece em todo o território nacional, apresenta uma população com elevado índice de envelhecimento e longevidade, conforme se constata na descrição feita no capítulo anterior. O envelhecimento da população constitui um fenómeno demográfico preocupante e deixou de ser característico do interior do país. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava, em 2011, 54% da população e também no grupo das idades mais avançadas se verificou um aumento importante. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e a sua percentagem subiu para 14% em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012a).

Assim, esta tendência atual do aumento de indivíduos idosos conduzirá, inevitavelmente, ao aumento de doenças crónicas, já que estas pessoas apesar de viverem mais apresentam maiores probabilidades de vir a desenvolver doença (Alves et al., 2007). Os mesmos autores acrescentam que o aumento de doenças crónicas está quase sempre relacionado com maior incapacidade funcional. Duca, Martinez, & Bastos (2011) constataram que a inatividade física e a incapacidade funcional foram fatores fortemente associados ao perfil do idoso dependente, nomeadamente em contexto de cuidados no domicílio. Estas limitações têm implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade conduz a maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (Alves et al., 2007).

Cuidar de idosos dependentes e da sua família tem representado, assim, um desafio para a Enfermagem, que tem vindo a merecer reflexão por parte dos profissionais, pois as pessoas e as famílias necessitam de mais e mais complexos cuidados e por longos períodos de tempo (Araújo et al., 2010).

Uma das complicações possíveis desta condição de fragilidade do idoso é o risco de desenvolvimento de UP, sobretudo nas que apresentam restrição de mobilidade e idade mais avançada. O aparecimento de uma ou mais UP pode ser um problema difícil de reverter e, geralmente, conduz a dor, deformidades e tratamentos prolongados (Freitas et al., 2011). Os mesmos autores concluíram, no seu estudo, que determinadas doenças crónicas, além da imobilização no leito, estado nutricional deficiente e pressão em proeminências ósseas foram os fatores mais frequentes responsáveis por comprometer a integridade da pele do idoso.

Planear e implementar estratégias de avaliação e tratamento de forma efetiva e individualizada pode minimizar o aparecimento de UP ou facilitar o seu tratamento, contribuindo para o bem-

estar dos idosos e minimizando os seus efeitos negativos, nomeadamente, alteração da autoimagem, elevados custos financeiros, risco de infeção, tempo despendido no tratamento e períodos de hospitalização prolongados (Freitas et al., 2011).

Chayamiti & Caliri, num estudo desenvolvido em 2010, perceberam a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no domicílio, e, conseqüentemente, os familiares/cuidadores e o doente, para prevenir ou amenizar a problemática das UP, nomeadamente através da utilização de protocolos e escalas (Chayamiti & Caliri, 2010). Nesta linha de pensamento, a Direção Geral da Saúde (2011) determinou a utilização da escala de Braden nos serviços de saúde em Portugal, no entanto, apesar da pontuação total desta escala, isoladamente, fornecer uma visão geral do doente, só a estratificação das pontuações, por subescala, pode ampliar e especificar esta visão, de modo a melhor direcionar os cuidados necessários à prevenção das UP (Menegon et al., 2012).

Particularizando à subescala da nutrição, Serpa, (2006) aponta para alguma fragilidade desta subescala, dada a falta de alguns dados nutricionais objetivos. Considerando os resultados obtidos por Alvarenga, Oliveira, Faccenda, & Amendola (2010) no seu trabalho de investigação, referente à associação entre o alto risco nutricional e as mudanças ocorridas na alimentação dos idosos, percebe-se que o risco nutricional está intrinsecamente relacionado com aspetos característicos da idade avançada como a presença de doenças crónicas, as mudanças na ingestão de alimentos decorrentes da presença dessas ou de outras doenças, o número de refeições, a ingestão de bebidas alcoólicas e medicação, a diminuição da independência para aquisição e preparação de alimentos, dificuldades económicas e sociais, bem como condições de saúde oral e a alteração rápida do peso corporal. Chayamiti & Caliri (2010) acrescentam, ainda, que o estado nutricional requer, de facto, uma avaliação frequente e cuidada, pois os idosos desnutridos ou com alimentação deficiente em nutrientes terão maiores dificuldades para cicatrização, além de apresentarem maior risco para desenvolverem novas UP.

Assim, Zambonato, Assis, & Beghetto (2013), que se debruçaram sobre a capacidade preditiva da subescala da nutrição da escala de Braden, sugerem a realização de outros estudos que avaliem a mesma problemática, com uma população e num contexto com características diferentes dos estudados.

O enfermeiro de família tem vindo a representar nos serviços de saúde, cada vez mais, um papel fulcral, sobretudo pela sua proximidade com o utente, família e comunidade, o que, além de aumentar a satisfação de ambas as partes, facilita o acesso aos cuidados, não só pela oferta de cuidados terapêuticos mas também pela oferta de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisão (Araújo, 2014). Nos CSP são vários os seus âmbitos e contextos de atuação, já que, considerando-se a família como um sistema, uma partícula social, esta necessita de cuidados aos diferentes níveis, tanto na dimensão expressiva como na instrumental (Araújo et al., 2010). Se se considerar, como refere (Araújo, 2010) o cuidado à família de uma forma integral, com o desenvolvimento de ações que visem a promoção,

prevenção e recuperação da saúde, dentro do contexto socioeconómico, cultural e ambiental em que as pessoas estão inseridas, a prestação de cuidados no domicílio parece ser uma ótima forma de se conseguir esta visão holística do ambiente familiar.

Assim, partindo da problemática apresentada, o contexto particular da prestação de cuidados do enfermeiro de família aos idosos dependentes na mobilidade pareceu pertinente enquanto alvo de investigação, no sentido de se verificar se a avaliação do risco nutricional realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, através da subescala da nutrição da escala de Braden a estes utentes é, de facto, rigorosa e objetiva, sendo este um dos objetivos gerais do trabalho. Para isso, foi desenhado um estudo do tipo investigação-ação (implementando-se apenas um primeiro ciclo desta metodologia por limitações temporais), onde foi necessário avaliar o risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade, inscritos no programa de “Dependentes” do sistema informático “SClínico” da USF Flor de Sal, no período de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016, o que constituiu o segundo objetivo geral. A concretização desta metodologia passou pela implementação de uma ação de formação/sensibilização dos enfermeiros da unidade funcional sobre a temática, sendo que, como terceiro objetivo, se pretendeu avaliar se a referida formação alterou a avaliação do risco nutricional realizada pela equipa de enfermagem. Os objetivos referidos partiram das questões de investigação “A avaliação do risco de desenvolvimento de UP engloba uma correta avaliação do risco nutricional por parte dos enfermeiros da USF Flor de Sal?”; “Qual o risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade, inscritos no programa de “Dependentes” do sistema informático “SClínico” da USF Flor de Sal, no período de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016?” e “Será que a formação acerca da importância da avaliação do risco nutricional em idosos dependentes na mobilidade conduz a mudanças na avaliação realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal?”. Tendo em consideração as questões de investigação anteriores defiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográfica, clínica e nutricionalmente a amostra de idosos;
- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente a amostra de enfermeiros;
- Incentivar os enfermeiros da USF a aplicar a escala de Braden aos idosos dependentes na mobilidade;
- Avaliar o risco nutricional, recorrendo à MNA, aos idosos dependentes na mobilidade;
- Comparar os resultados obtidos entre a avaliação realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal com a subescala da nutrição da escala de Braden e a avaliação do risco nutricional com a MNA;
- Desenvolver formação e sensibilização sobre a temática à equipa, com divulgação dos resultados obtidos;
- Implementar um 2º momento de avaliação para avaliar os resultados obtidos com a formação.

Neste capítulo do trabalho são definidos quais os meios utilizados e procedimentos seguidos na realização do estudo, de forma a dar resposta às questões de investigação e aos objetivos estabelecidos, bem como apresentados e discutidos os seus resultados e traçadas as

conclusões acerca dos mesmos. Assim, depois de realizada a devida contextualização e o enquadramento teórico do estudo, são descritos: o tipo de estudo, os objetivos e as variáveis, a população e amostra em estudo, o tipo de intervenção, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e de análise de dados. Posteriormente, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, terminando-se com as principais conclusões que emergiram do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Fortin (2009), a revisão da literatura que serviu de base ao enquadramento teórico que se segue, foi fundamental para conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre o assunto tratado, permitindo formular a questão de investigação. A mesma autora acrescenta que a apreciação do contributo dos diferentes textos para a resolução do problema de investigação permite estabelecer em que medida o tema foi já tratado, de modo a que o estudo empreendido se possa justificar.

Nesse sentido, e para que as questões de investigação do presente estudo sejam devidamente enquadradas do ponto de vista concetual, abordar-se-á, de seguida, a problemática do envelhecimento populacional e aumento da dependência na mobilidade por parte dos idosos e, conseqüentemente, o aumento dos fatores de risco para o desenvolvimento de UP, nomeadamente o défice nutricional. De seguida, será focado o papel, as competências e ferramentas do enfermeiro de família no sentido de, através de um rastreio nutricional adequado, minimizar e/ou prevenir o desenvolvimento de UP e aumentar a qualidade de vida do idoso e família.

2.1. A dependência no autocuidado na pessoa idosa

O desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico que tem vindo a ocorrer desde o final do século passado, apesar de solucionar muitos dos problemas de saúde, trouxe novos desafios que advêm do aumento da esperança de vida, que origina um número, cada vez maior, de pessoas a atingir idades mais avançadas (Araújo, 2010). Em Portugal, o envelhecimento demográfico é hoje uma realidade generalizada, estando o aumento da população idosa e a redução da população jovem (fenómeno do duplo envelhecimento) bem presentes na sociedade atual (Correia & Dias, 2012). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2012b), o cenário atual é bem diferente de há 30 anos, encontrando-se cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem e cerca de 19% no grupo etário dos 65 ou mais anos de idade.

Alves et al. (2007) relacionaram o aumento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento com a maior incapacidade funcional e conseqüente dependência dos idosos. Chayamiti & Caliri (2010) corroboraram esta realidade ao constatarem, no seu estudo, que para a maior parte dos doentes cuidados no seu domicílio (48,9%), foi a própria doença o fator que causou a restrição da mobilidade, diminuindo a sua capacidade funcional. Os resultados do trabalho de investigação realizado por Araújo et al. (2011) demonstraram que grande parte dos idosos residentes em contexto familiar num distrito de uma região no norte de Portugal apresentavam um grau muito elevado de dependência, sendo sobretudo pessoas idosas acamadas com restrições graves na mobilidade. Os autores acrescentam que estas acentuadas restrições levam a que estas

peças necessitem de ajuda total em todos os autocuidados, tornando evidente a sua dependência de um cuidador para as atividades de vida diária. Alves et al. (2007) concluíram, ainda, que, em geral, quanto maiores são as dificuldades que uma pessoa apresenta nas suas atividades de vida diária, mais severa é a sua incapacidade. Demonstraram, também, que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. Parece, desta forma, haver uma clara tendência para que a idade elevada conduza a uma menor capacidade funcional.

A mobilidade constitui uma componente essencial da avaliação funcional, encontrando-se a sua diminuição diretamente relacionada com o desenvolvimento de UP, na medida em que a prevenção das mesmas, passa também pela minimização das consequências da imobilidade do utente, nomeadamente através da alternância de decúbitos e utilização de superfícies de apoio (*European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009*).

A suscetibilidade da pessoa idosa dependente na mobilidade ao desenvolvimento de lesões cutâneas é, ainda, reforçada se se considerarem as características causadas pelo envelhecimento da pele, nomeadamente aumento do tempo de cicatrização, redução da elasticidade e textura da pele, da frequência de reposição celular, além de diminuição da massa magra, levando à exposição das proeminências ósseas (Blanes, Duarte, Calil, & Ferreira, 2004).

As *European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2009) definem UP como sendo uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

As mesmas associações enumeram, ainda, os vários fatores que podem aumentar o risco de desenvolvimento de UP, nomeadamente, os indicadores nutricionais (hemoglobina, anemia e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso), os fatores que afetam a perfusão e oxigenação (diabetes, instabilidade cardiovascular/uso de epinefrina, baixa pressão arterial e índice de pressão tornozelo/braço e uso de oxigénio), a humidade da pele (seca e excessivamente húmida), a já referida idade avançada; a fricção e forças de torção (resultantes da baixa mobilidade); a perceção sensorial; o estado geral de saúde e a temperatura corporal.

Um estudo desenvolvido por Campos et al. (2010), que procurou perceber os fatores que contribuem para o aumento do desenvolvimento de UP, observou, também, que um estado nutricional deficiente está estreitamente relacionado com o seu desenvolvimento. Esta conclusão foi traçada pelo facto dos doentes que desenvolveram UP terem apresentado alterações antropométricas, bioquímicas e clínicas indicativas de má nutrição. Estes doentes apresentaram, ainda, maiores índices de mortalidade e maior tempo de internamento. Segundo Serpa (2006), algumas variáveis nutricionais têm até sido consideradas como preditoras de risco para o desenvolvimento de UP, pelo que devem ser incorporadas nas escalas de avaliação de risco.

Loureiro (2008), por sua vez, ao estudar a nutrição geriátrica referiu, citando Malcata (2003), que a nutrição saudável do idoso não é fundamentalmente diferente da nutrição normal no adulto, no entanto, há dificuldades na alimentação dos idosos que determinam a necessidade de se considerar as especificidades da nutrição geriátrica. Os principais problemas referidos prendem-se com a diminuição dos recursos económicos, dificuldade no abastecimento, ignorância nutricional, padrão alimentar inadequado, dificuldade na confeção e ingestão, falta de refeições, isolamento social, solidão e viuvez, deficiências fisiológicas (défices de alguns micro nutrientes, como ácidos gordos, vitaminas e minerais, cuja perda é frequente e pode afetar o estado metabólico, hormonal e imunológico), alcoolismo, depressão e iatrogenia medicamentosa. Pensando, então, no aumento da população geriátrica, é importante que os serviços de saúde estejam preparados para avaliar o risco nutricional deste grupo populacional específico (Alvarenga et al., 2010).

O envelhecimento da população parece trazer, então, associado um conjunto de novos fatores de risco e de necessidades em saúde que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde e que envolvem não só o idoso mas também a família, conforme se percebe no estudo levado a cabo por Salgueiro & Lopes (2010). Ao tentarem perceber a dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente, os investigadores concluíram que este pode ser um fator causador de mudanças no sistema familiar, levando-o ao desequilíbrio e havendo, nesta mudança, um grande potencial patológico. Nesse sentido, o profissional de saúde deverá ser capaz de ajudar estas famílias a conviver com a dependência dos seus familiares idosos, ajudando-as a conciliar o cuidado ao idoso com os hábitos e tarefas diárias da família.

2.2. Papel do enfermeiro de família na prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão através da avaliação do risco nutricional

A alteração do padrão de envelhecimento da população tem criado importantes motivos de reflexão dadas as novas necessidades em saúde. De forma a intervir com qualidade junto da população idosa com dependência na mobilidade, dando resposta às suas atuais necessidades, é importante a atualização do papel e das práticas dos enfermeiros. Para isso, de acordo com Lucena et al. (2011), é fundamental que o enfermeiro conheça, não só as características dos idosos, mas também que identifique os principais fatores relacionados com as diferentes necessidades de cuidados desta etapa da vida, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de UP. As autoras constataram, ao traçar o perfil de uma amostra de idosos em risco de desenvolvimento de UP, que grande parte deles apresentavam pontuações baixas nas subescalas da atividade e mobilidade da escala de Braden, levando a inferir que eram idosos acamados e com grande dificuldade de movimento, requerendo, portanto, além de um diagnóstico preciso, um adequado plano de cuidados, com medidas preventivas e uma qualificada avaliação de enfermagem.

A investigação epidemiológica no âmbito das UP tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, proporcionando uma melhor compreensão dos fatores de risco importantes para o seu desenvolvimento, considerando-se fundamental que a sua prevenção passe por uma avaliação prática e estruturada do risco. A evidência sugere que a utilização de escalas de avaliação de risco, conjuntamente com a avaliação abrangente da pele, o juízo clínico, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das UP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009*). A aplicação das escalas de avaliação de risco, segundo as mesmas instituições, deverá ser feita no primeiro contacto com o utente e repetida tão regular e frequentemente quanto a necessidade, nomeadamente sempre que houver alterações da condição de saúde da pessoa.

A DGS emitiu, em 2011, uma orientação onde determina a utilização da escala de Braden em Portugal e em vários contextos de cuidados, como instrumento de eleição para a avaliação do risco de desenvolvimento de UP (Direção Geral da Saúde, 2011). Nesse sentido, recomenda a aplicação da referida escala em contexto domiciliário durante a primeira visita e uma vez por semana nas semanas seguintes. Refere, ainda, que o juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação e que a categorização em baixo risco de desenvolvimento de UP não significa a ausência de risco, devendo manter-se a aplicação da escala. Acrescenta que é, igualmente, papel do enfermeiro a educação das pessoas com risco de desenvolvimento de UP e dos familiares/cuidadores, no que se refere à prevenção das mesmas, de forma a se reduzir, não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.

Apesar da importância da adoção de medidas preventivas para o desenvolvimento de UP, um estudo realizado por Miyazaki et al. (2010), que procurou avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção destas lesões, nomeadamente sobre a utilização da escala de Braden, demonstrou que tanto o conhecimento dos enfermeiros, como dos auxiliares foi insuficiente. A conclusões semelhantes chegaram Morita et al. (2012), ao constatarem que apenas 50,0 % dos enfermeiros estudados conheciam os instrumentos de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, sendo a escala de Braden a mais citada. Destes enfermeiros, apenas uma pequena percentagem utilizava o referido instrumento.

A supracitada orientação da DGS, considera ainda, que cada uma das subescalas seja analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma, ou seja, para que sejam consideradas individualmente a perceção sensorial, a humidade, a atividade, a mobilidade, a nutrição e a fricção e forças de deslizamento. Menegon et al. (2012) partilham desta perspetiva ao considerarem que, a estratificação das pontuações, por subescala, pode ampliar e especificar esta visão, de modo a melhor direcionar os cuidados necessários à prevenção das UP. O estudo realizado pelas autoras, procurou analisar cada uma das subescalas como fator preditivo para o desenvolvimento de UP. Os resultados obtidos demonstraram que a pontuação da subescala “atividade” foi a que mais se relacionou com o aparecimento de UP, seguida da “mobilidade”, “humidade” e “perceção sensorial”. A “nutrição” não demonstrou associação com o aparecimento de UP. Serpa (2006) corroborou esta ideia,

demonstrando, com o seu trabalho, que a subescala da nutrição da escala de Braden não apresentava capacidade preditiva para o desenvolvimento de UP na população estudada. Utilizando um procedimento de análise (regressão logística multivariada) que mede o efeito ou importância de cada variável, considerando todas as outras variáveis (Papanikolaou, Lyne & Lycett, 2003 cit in Serpa, 2006), a supracitada autora verificou que, embora a escala de Braden tenha evidenciado a sua importância para prever o risco de desenvolvimento de UP, o mesmo não aconteceu com a sua subescala da nutrição. Ao serem consideradas variáveis demográficas e clínicas, sobretudo as nutricionais, verificou-se que a albumina, a avaliação nutricional subjetiva e a idade se destacaram como preditoras do referido risco, perdendo a subescala da nutrição o seu valor preditivo quando comparado com os restantes parâmetros.

Sendo a avaliação do estado nutricional do idoso dependente um dos parâmetros englobados na escala de Braden, apesar da fragilidade desta subescala, conforme se percebe, parece fazer sentido introduzir também uma precoce e regular monitorização do estado nutricional, de forma a efetuar um diagnóstico de situação, sendo este fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas ou para a implementação de uma estratégia terapêutica (Correia & Dias, 2012).

De facto, a idade avançada está muito relacionada com o aumento de alterações nutricionais, como nos revelam Moretto, Alves, Neri, & Guariento (2012) no seu estudo, sendo por isso fundamental que seja realizada uma avaliação e constante acompanhamento nutricional destes indivíduos na prática clínica, para que se identifiquem estados nutricionais associados a maior morbidade, incapacidade funcional e mortalidade. O conhecimento do estado nutricional dos idosos permite, também, a elaboração de protocolos detalhados e um planeamento nutricional individualizado. Moreira & Villas Boas (2011) confirmam que a avaliação nutricional nos idosos é de extrema importância para identificar possíveis riscos de complicações relacionadas com a desnutrição, já que o processo de envelhecimento, por si só, acarreta inúmeras modificações fisiológicas que as favorecem. No seu estudo, o aumento do risco nutricional esteve diretamente relacionado com a maior dependência nas atividades de vida diária.

Também Madeira et al. (2010) perceberam, ao avaliar o risco nutricional da amostra em estudo (com uma idade média que rondava os 77 anos), que 48 % destes idosos apresentavam risco nutricional (médio ou elevado). Menegon et al. (2012) complementaram, ainda, estas conclusões, referindo que mais de metade dos doentes estudados com risco de UP apresentavam problemas nutricionais, sendo que os mais afetados eram os que sofriam de neoplasias, demonstrando que as situações de doença (seja pela sua evolução ou pelo seu tratamento) interferem com o estado nutricional das pessoas dependentes, tornando-as mais suscetíveis ao desenvolvimento de UP. Gomes (2008), chegou a conclusões semelhantes ao avaliar o estado nutricional de utentes cronicamente acamados, recorrendo a um instrumento de avaliação do risco e à avaliação de parâmetros bioquímicos, percebendo que apenas 6,7% se encontravam nutridos, 65,0% em risco de desnutrição e 28,3% desnutridos.

O rastreio nutricional e o uso de um instrumento é uma das partes integrantes de todo o processo de avaliação, permitindo determinar o risco de desnutrição. Estando uma pessoa desnutrida ou em risco de desnutrição, deverá ser efetuada uma avaliação nutricional, que é um processo mais longo e detalhado e que engloba um exame aprofundado da função metabólica, nutricional e variáveis funcionais (Correia & Dias, 2012). Assim sendo, a avaliação do risco nutricional é o ponto de partida para o suporte nutricional, permitindo determinar a probabilidade dos resultados clínicos associados a fatores nutricionais serem melhores ou piores, assim como, a forma como o suporte nutricional os pode influenciar. Por esta razão, o desenvolvimento de instrumentos breves de rastreio nutricional parece ser fundamental para melhorar a qualidade da avaliação nutricional em pessoas idosas. Não existe um método perfeito; todos têm limitações, inerentes ao próprio método ou ao idoso. Contudo, como características ideais de um instrumento podem considerar-se: ser específico para o estado nutricional, sensível às variações do estado nutricional, reprodutível, facilmente aplicável, mensurável, económico, acessível e rápido (Loureiro, 2008).

As associações European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) consideram, igualmente, fundamental que todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de UP sejam referenciados para um nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista quando necessário, para que recebam suporte nutricional suplementar. Oferecer suplementos nutricionais orais ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de UP, é outra das estratégias identificadas, pois está associada a uma redução significativa do desenvolvimento de UP, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina. Esta recomendação, segundo os anteriores autores, é suportada por uma evidência científica direta, proveniente de ensaios controlados, devidamente concebidos e implementados em humanos, fornecendo resultados estatísticos consistentes (nível de evidência A).

Apesar desta evidente importância da avaliação do risco nutricional, Madeira et al. (2010) perceberam que, na maior parte das vezes, não existe preocupação, por parte dos profissionais, com os aspetos relativos à nutrição dos doentes. Ao estudarem esta problemática num serviço de medicina intensiva, verificaram que nenhum processo apresentava o registo do peso ou altura e a percentagem de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses, bem como as alterações significativas na ingestão nos últimos 5 dias só se encontravam registadas numa percentagem muito reduzida de doentes. Por vezes constatava-se que o doente tinha perdido peso mas não era possível quantificar essa perda dada a falta de informação objetiva.

Tendo em conta que o cuidado a um elemento idoso em situação de dependência na mobilidade e, como tal, com risco acrescido de desnutrição e de desenvolvimento de UP, afeta e interfere com toda a dinâmica familiar, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de família na ajuda não só à pessoa, mas a toda a família. Considerando, como nos diz Figueiredo (2011), a

família como um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde. Assim, são necessárias intervenções que respondam às necessidades não só do idoso mas igualmente às que a família apresenta.

É, por isso, esperado que o enfermeiro estabeleça uma parceria com a família, visando apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, englobando-a no planeamento e na execução das intervenções (Figueiredo & Martins, 2009), sejam elas de qualquer âmbito. A OMS preconiza, portanto, que os enfermeiros de saúde familiar ajudem os indivíduos e famílias a lidar com a doença, aguda ou crónica, ou em momentos de stresse, através da disponibilização de grande parte do seu tempo, trabalhando na casa dos indivíduos ou com suas famílias, integrando uma equipa multidisciplinar (Figueiredo, 2011).

O estudo desenvolvido por Araújo & Santos (2012), que procurou avaliar a coesão e adaptação das famílias cuidadoras de idosos dependentes, demonstrou que, apesar das mesmas se considerarem famílias coesas e adaptadas, idealizavam mais coesão e adaptação. Nesse sentido, os autores realçam a necessidade de adaptação dos cuidados à especificidade de cada família e de um trabalho em parceria com as mesmas, sendo essencial que se implemente uma prática diferenciada no contexto da saúde e da doença a partir da realidade na qual a família está inserida, levando em consideração a sua estrutura e processos familiares. Chayamiti & Caliri (2010) colocam o enfoque na prestação de cuidados no domicílio como uma estratégia capaz de responder a necessidades reais da pessoa com condições crónicas que exigem cuidados direcionados para as suas verdadeiras limitações

Assim, e considerando que o Ministério da Saúde (2012) realçou o papel preponderante dos enfermeiros de família, no contexto das USF e das UCSP, nos cuidados dirigidos ao indivíduo/família pela sua proximidade, acessibilidade, equidade, pro-atividade para com os grupos mais vulneráveis, prioridade à proteção e promoção de saúde, intervenções multidisciplinares e intersectoriais, garantia da qualidade e envolvimento do cidadão, este profissional assume um papel privilegiado no cuidado a estes idosos.

Para garantir este cuidado holístico ao idoso dependente na mobilidade e à família onde este se insere é necessário formar enfermeiros com competências para os vários níveis de intervenção no trabalho com famílias. Só assim se desenvolverá uma dinâmica de interdisciplinaridade no trabalho de parceria com elas (Araújo, 2010).

3. METODOLOGIA

A metodologia consiste em definir os procedimentos a desenvolver para realizar a investigação, de forma a obter as respostas às questões de investigação. As decisões tomadas nesta fase do processo determinam o desenrolar do estudo para que se cheguem a resultados fiáveis (Fortin, 2009).

Assim, de seguida, serão descritos o tipo de estudo, os objetivos e as variáveis, a população e amostra em estudo, o tipo de intervenção, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e de análise de dados.

3.1 Tipo de estudo

O presente trabalho enquadra-se num método de investigação de natureza quantitativa na medida em que visa explicar um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos de modo a estabelecer relações entre elas (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, em investigação quantitativa, procura-se, geralmente, obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares, sendo o que se procura, também, com esta investigação.

Considera-se, ainda, que o estudo se baseia em algumas linhas orientadoras de uma investigação do tipo investigação-ação e não na totalidade dos ciclos inerentes a esta metodologia, devido à limitação temporal para a implementação do mesmo. Segundo Coutinho et al. (2009), a metodologia de investigação-ação pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação que incluem, simultaneamente, ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão), com base num processo cíclico ou em espiral, que alterna entre ação e reflexão crítica, e em que, nos ciclos posteriores, são aperfeiçoados os métodos, os dados e a interpretação feita à luz da experiência (conhecimento) obtida no ciclo anterior. O essencial na investigação-ação é a exploração reflexiva que o investigador faz, contribuindo dessa forma, não só para a resolução de problemas, como também, e principalmente, para a planificação e introdução de alterações na prática. Ainda de acordo com Coutinho et al. (2009), a investigação-ação é uma metodologia de pesquisa essencialmente prática e aplicada, que se rege pela necessidade de resolver problemas reais, que se reveste de algumas características fundamentais:

- Participativa e colaborativa; no sentido em que implica todos os participantes no processo. Todos são coexecutores na pesquisa. O investigador não é um agente externo que realiza investigação com pessoas, é um coinvestigador com e para os interessados nos problemas práticos e na melhoria da realidade;

- Prática e interventiva; pois não se limita ao campo teórico, a descrever uma realidade. A ação tem de estar ligada à mudança e é sempre uma ação deliberada;
- Cíclica; porque a investigação envolve uma espiral de ciclos, nos quais as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança, que são, então, implementadas e avaliadas como introdução do ciclo seguinte. Temos, assim, um permanente entrelaçar entre teoria e prática;
- Crítica; na medida em que a comunidade crítica de participantes não procura apenas melhores práticas no seu trabalho, dentro das restrições sociopolíticas dadas, mas também atuam como agentes de mudança, críticos e autocríticos das eventuais restrições. Mudam o seu ambiente e são transformadas no processo;
- Auto avaliativa; porque as mudanças são continuamente avaliadas, numa perspetiva de adaptabilidade e de produção de novos conhecimentos.

Tal como se apresenta na Figura 2, na investigação-ação observa-se um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua resumindo-se, basicamente, na sequência planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de procedimentos em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva.

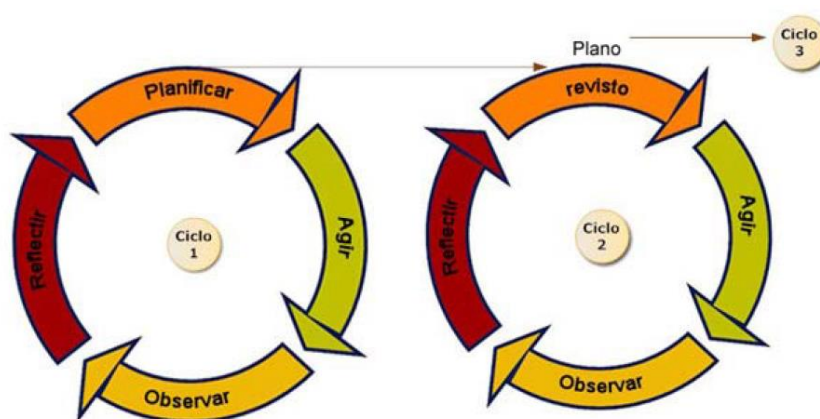


Figura 2: Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et al., 2009: 366)

Como se pode observar na figura anterior, um processo de investigação-ação não se confina a um único ciclo, pois de facto, e uma vez que o que se pretende com esta metodologia é, acima de tudo, operar mudanças nas práticas, tendo em vista alcançar melhorias de resultados, normalmente esta sequência de fases repete-se ao longo do tempo, há necessidade por parte do investigador, de explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, e proceder a reajustes na investigação do problema. Assim, como já foi referido, por limitações temporais, o presente estudo é composto apenas por um ciclo de planificação, ação, observação e reflexão com o objetivo de compreender a influência da formação sobre avaliação nutricional na prática diária dos enfermeiros de família incluídos no estudo.

3.2 Variáveis em estudo

De forma a concretizar os objetivos definidos e dar resposta às questões de investigação, são descritas, no Quadro 2, as variáveis que foram operacionalizadas através do instrumento de colheita de dados.

Quadro 2: Variáveis em estudo

Tipo de Variáveis	Variáveis
Variáveis independentes	Antropométricas: índice de massa corporal (IMC), perímetro médio braquial, circunferência da perna, prega cutânea subescapular, perda ponderal nos últimos 3 meses Globais: habitação, medicação, stress/doença aguda, mobilidade, problemas neuropsicológicos, presença de UP Dietéticas: nº refeições/dia, consumo de proteínas, consumo de fruta/vegetais, diminuição da ingestão alimentar, ingestão de líquidos, autonomia na alimentação Subjetivas: perspetiva do idoso/família sobre estado nutricional, perspetiva do idoso/família sobre estado de saúde
Variáveis dependentes	Resultado da avaliação da subescala da nutrição da Escala de Braden
Variáveis atributo	Demográficas: idade, sexo Geográfica: região de residência Nível educacional: habilitações literárias Profissionais: tempo de serviço; tempo de serviço em csp Outras: Composição do agregado familiar, cuidador informal

3.3 População e amostra em estudo

O presente trabalho de investigação incidiu sobre a análise nutricional de idosos com dependência na mobilidade (e, como tal, inseridos no programa de “Dependentes” do “SClínico”) inscritos na USF Flor de Sal, pertencente ao ACeS do Baixo Vouga da ARS do Centro. A amostra foi constituída por 35 indivíduos avaliados num 1º momento do ciclo de investigação-ação e 24 no 2º momento. As amostras foram constituídas de acordo com determinadas características conhecidas, pelo que se pode considerar um método de amostragem não probabilístico (Fortin, 2009) e por conveniência.

Como critérios de inclusão, definiram-se os seguintes: estar inscrito na USF Flor de Sal, ter idade igual ou superior a 65 anos, ter dado autorização para a participação no estudo (o próprio ou a

família, em caso de incapacidade do próprio) e estar integrado no programa de “Dependentes” do SClínico¹.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: ter o programa de “Dependentes” aberto mas a situação de dependência já não se verificar na atualidade (nestas situações o programa foi encerrado); impossibilidade de estabelecer contacto por dados desatualizados (telefone/morada); institucionalização em lares ou outras instituições, nomeadamente da Rede Nacional de Cuidados Continuados; desinteresse do utente/família em participar no estudo e, por serem critérios de exclusão para a aplicação da escala de Braden, ser portador de doença mental e de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.

A amostra de enfermeiros alvo desta investigação foi constituída pelo total de enfermeiros da USF (8 elementos) que procederam ao preenchimento da escala de Braden no programa informático “SClínico”, tendo cada elemento sido selecionado pelo facto de exercer funções na unidade funcional onde decorreu o estágio profissional que, por esse motivo, constituiu o campo onde decorreu a investigação.

3.4 Tipo de intervenção

Na primeira etapa do trabalho desenvolvido procurou-se fazer um diagnóstico de situação inicial relativo à avaliação do risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade da USF Flor de Sal. Posteriormente, foi implementada uma ação de formação/sensibilização com o objetivo geral de sensibilizar e promover a formação dos enfermeiros da referida unidade funcional relativamente à importância de um rastreio nutricional adequado nos idosos com dependência na mobilidade e as suas implicações na pontuação da escala de Braden, com vista à melhoria da sua prática. Ao proporcionar um momento de reflexão sobre as atuais práticas e as possíveis estratégias de melhoria a implementar, pretendeu-se, especificamente, com a referida formação em serviço, com o tema “**O papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade**” (Apêndice III):

- Apresentar a evidência científica existente sobre a temática da prevenção das UP e, concretamente, sobre a avaliação do risco nutricional como um dos aspetos a valorizar;
- Explicitar o estudo a ser desenvolvido na USF e os resultados esperados com o mesmo;
- Propor estratégias de melhoria a implementar pela equipa que promovessem uma melhor prática de cuidados neste âmbito (eventual recurso à MNA).

Os elementos da equipa de enfermagem aderiram à referida formação de forma solícita e motivada estando presentes na sua totalidade.

¹ De forma a aplicar as boas práticas éticas e deontológicas, a consulta do programa “Dependentes” do “SClínico” foi sempre realizada de forma conjunta com a tutora do estágio.

3.5 Procedimentos de recolha de dados

No que diz respeito à recolha de dados, esta passou por três fases fundamentais, de acordo com o ciclo de investigação-ação (implementação de um único ciclo).

Numa primeira fase, os enfermeiros da USF foram incentivados a aplicar a escala de Braden para avaliação do risco de UP (disponível no sistema informático “SClínico”, utilizado para realização dos registos de enfermagem) aos seus idosos dependentes na mobilidade (Anexo I).

Posteriormente, foi feito o levantamento desses registos realizados pelos profissionais, especificamente no que diz respeito à avaliação da subescala da nutrição (classificada como muito pobre, provavelmente inadequada, adequada ou excelente). Este levantamento foi realizado sempre de forma conjunta entre a investigadora e a tutora que a acompanhou durante o estágio.

A enfermeira investigadora passou, então, à aplicação do questionário para caracterização sociodemográfica (Apêndice I) e da escala MNA (Anexo II) à mesma amostra de idosos. Após a obtenção das várias pontuações e respetivas classificações (nutrido, em risco de desnutrição e desnutrido), esses resultados foram comparados com os inicialmente obtidos na subescala da nutrição da escala de Braden e foram traçadas as respetivas conclusões (1º momento de avaliação).

Na última etapa do trabalho, pretendeu-se verificar o resultado da formação em serviço realizada, nas atitudes e intervenções dos mesmos enfermeiros. Assim, foi proposta nova monitorização da escala de Braden, por parte dos profissionais, aos idosos dependentes na mobilidade. A pontuação obtida na subescala da nutrição foi, novamente, comparada com a avaliação do risco nutricional realizada a uma nova amostra de idosos (2º momento de avaliação) para que se percebessem as melhorias conseguidas.

Os instrumentos utilizados foram, como já mencionado, a escala de Braden, a MNA e um questionário para caracterização sociodemográfica da amostra.

A primeira foi criada por Braden & Bergstrom (1989) e validada para Portugal por Margato et al. (2001 cit in Direção Geral da Saúde, 2011). Esta escala é constituída por seis subescalas que procuram avaliar as seguintes dimensões: percepção sensorial (a capacidade de sentir e consequentemente de aliviar o desconforto, levando a pessoa a mudar de posição), humidade da pele (grau de humidade a que a pele está exposta), atividade (grau de atividade física), mobilidade (habilidade para mudar e controlar a posição do corpo), nutrição (padrão usual de consumo alimentar) e fricção e forças de deslizamento (habilidade para se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações) (Margato et al., 2001 cit in Direção Geral da Saúde, 2011).

O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de UP) e o somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6

e 23. Através da aplicação da escala, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, da seguinte forma:

- Alto Risco de Desenvolvimento de UP - valor final ≤ 16 ;
- Baixo Risco de Desenvolvimento de UP - valor final ≥ 17 (Margato et al., 2001 cit in Direção Geral da Saúde, 2011).

A pertinência da sua utilização neste trabalho prendeu-se com o facto de se quererem avaliar idosos dependentes na mobilidade que, como tal, têm, à partida, risco (alto ou baixo) de desenvolvimento de UP. Nestes casos, as associações *European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2009) aconselham a aplicação de instrumentos de avaliação do risco, sendo que, para Portugal, foi determinada a utilização da Escala de Braden, de acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (2011).

O segundo instrumento utilizado foi a MNA, desenhado e validado por Guizog et al (1994 cit in Loureiro, 2008) e traduzido e validado para Portugal por esta última. No seu trabalho, ao procurar validar a referida escala para a população portuguesa, a autora obteve resultados que demonstraram que a mesma pode ser generalizada a todos os idosos, na medida em que obteve uma associação significativa ($p < 0,05$) e uma boa concordância entre os resultados do MNA e a avaliação nutricional clássica na totalidade dos idosos ($\kappa = 0,74$). O instrumento revelou, ainda, uma elevada sensibilidade (93,1%), uma especificidade de 86,2% e uma acurácia de 88,3%.

A *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) recomenda a MNA, como um instrumento seguro, simples, rápido e económico na deteção da desnutrição e do risco de desenvolver desnutrição. A referida escala é dirigida a idosos e pode ser utilizada em ambiente hospitalar, institucional ou no domicílio. Inclui aspetos físicos e mentais que, habitualmente, afetam o estado nutricional do idoso, assim como um inquérito alimentar (Loureiro, 2008). Atendendo ao carácter mais objetivo do MNA-short form em relação à versão integral, presume-se uma maior aplicabilidade e sensibilidade quando aplicada a idosos dependentes com défice cognitivo moderado a severo, que era uma das limitações descritas do MNA (Correia & Dias, 2012). Esta escala prevê a avaliação de quatro tipos de parâmetros relacionados com a nutrição, nomeadamente, a avaliação antropométrica (IMC e perímetro do braço e da perna), global (estilo de vida, medicação e mobilidade), dietética (número de refeições, ingestão e autonomia alimentar) e subjetiva (auto perceção da saúde e nutrição). A cada item é atribuída uma pontuação, num total máximo de 30 pontos, e o seu somatório permite obter uma pontuação que classificará o utente como: nutrido (≥ 24 pontos), em risco de desnutrição (17 a 23,5 pontos) ou desnutrido (< 17 pontos) (Loureiro, 2008).

A escala é precedida por um cabeçalho que inclui apenas os dados do peso e altura (já que os restantes constam do questionário). O peso foi obtido com recurso a uma balança (digital e sempre a mesma) e a altura medida utilizando um estadiómetro, nos idosos que puderam

permanecer de pé. Nos idosos acamados, que não se podiam levantar do leito, foi medida a altura do joelho (na posição de decúbito dorsal, com a perna esquerda fletida, formando com o joelho um ângulo de 90° e posicionando-se a base da régua debaixo do calcâneo e a haste pressionando a cabeça da fíbula. A equação para a altura estimada foi calculada pela fórmula criada por Chumlea (1987), que permite calcular a altura através da altura do joelho, de acordo com o sexo (homens: $64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{altura do joelho})$; mulheres: $84,88 - (0,24 \times \text{idade}) + (1,83 \times \text{altura do joelho})$).

Relativamente ao peso, foi utilizada também a fórmula de Chumlea, a qual utiliza outras medidas corporais para fazer esta medição (homens: $(0,98 \times \text{circunferência da perna}) + (1,16 \times \text{altura do joelho}) + (1,73 \times \text{circunferência do braço}) + (0,37 \times \text{prega cutânea subescapular}) - 81,69$; mulheres: $(1,27 \times \text{circunferência da perna}) + (0,87 \times \text{altura do joelho}) + (0,98 \times \text{circunferência do braço}) + (0,4 \times \text{prega cutânea subescapular}) - 62,35$) (Souza, Fraga, Gottschall, Busnelo, & Rabito, 2013). Um outro estudo realizado por Dock-Nascimento, Aguilar-Nascimento, Costa, Vale, & Gava (2006) veio confirmar a fiabilidade das medidas estimadas de peso e altura, obtidas através da fórmula de Chumlea, por apresentarem uma boa correlação com as medidas reais. Segundo os autores, o peso real e o peso estimado, pela fórmula de Chumlea et al. (1988), apresentaram uma boa correlação ($p < 0,001$). A diferença entre o peso real e estimado foi, em média, de 4,5 kg, ou seja, menos 7,4% do peso real do doente. Relativamente à altura, tanto a obtida pela fórmula da altura do joelho, quanto a obtida pela medida da altura do braço, apresentaram boa correlação com a altura real ($p < 0,001$), sendo que, em média, a diferença entre as medidas estimada e real, foi de 0,5 cm para a altura do joelho e 5,0 cm para a altura do braço.

Foi, ainda, utilizado um questionário para obter a caracterização sociodemográfica da amostra de idosos (com aspetos não incluídos nas anteriores escalas), de forma a enriquecer as conclusões traçadas no final do trabalho. O referido instrumento inclui variáveis como a idade, o género, as habilitações literárias, a zona de residência, o agregado familiar e a identificação do prestador de cuidados.

3.6 Procedimentos éticos

Antes do início do trabalho, foi solicitada autorização à Coordenadora da USF Flor de Sal, bem como à Direção Executiva do ACeS do Baixo Vouga para a aplicação do estudo. Não existindo nenhuma oposição da primeira, o ACeS remeteu a decisão para a Comissão de Ética da ARS do Centro, à qual, entretanto, foi, igualmente, solicitada, autorização. O trabalho de investigação só teve início após o parecer positivo da referida comissão, a 24 de Setembro de 2015 (anexo III), que foi comunicado, pela ARS, à Direção Executiva do ACeS, que, por sua vez, informou a Coordenação da USF (anexo IV).

Só após esta decisão, e respeitando o princípio da autonomia de Beauchamp & Childress (2002), os participantes (idosos dependentes na mobilidade ou família, em caso de incapacidade dos primeiros) foram convidados a participar no estudo, depois de explicados os seus objetivos. Procurando salvaguardar os restantes três princípios éticos defendidos pelos referidos autores, foi entregue, aos participantes, uma declaração de consentimento livre e esclarecido que os mesmos tiveram oportunidade de ler e assinar, com a garantia de anonimato, confidencialidade dos dados e respeito pela sua dignidade, respeitando-se o princípio da beneficência (apêndice II). Todos os dados foram utilizados apenas para a obtenção dos resultados deste estudo, codificando-se sempre cada questionário de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade. Todas as consultas aos processos dos utentes foram realizadas com a presença da tutora e as visitas domiciliárias na presença de um enfermeiro da USF. Todos os idosos que respeitaram os critérios de inclusão puderam participar no estudo, garantindo o princípio da justiça na sua seleção. Relativamente ao princípio da não maleficência, os participantes foram informados de que poderiam desistir da participação no estudo em qualquer altura, sem que isso lhes trouxesse qualquer consequência negativa.

A referência à USF Flor de Sal no presente trabalho foi solicitada à Coordenação da mesma.

3.7 Procedimentos de análise de dados

Para dar resposta aos objetivos do estudo recorreu-se a estatística descritiva para analisar os dados obtidos. Depois de recolhidos os dados, estes foram introduzidos e tratados no programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 23.0 para Windows.

Para a análise dos dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais dos idosos inscritos no programa de “Dependentes” do “SClínico”, bem como dos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros da USF, recorreu-se a estatística descritiva para resumir e organizar o conjunto desses dados recolhidos e caracterizar as amostras, de forma a ser possível obter informações sobre distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão dos dados (frequências, percentagens, médias e desvios padrão).

No que diz respeito à caracterização clínica dos idosos, esta baseou-se nos dados recolhidos dos parâmetros avaliados pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, através da escala de Braden, a partir do sistema informático “SClínico”.

A caracterização nutricional dos mesmos idosos foi dividida, para facilitar a análise, de acordo com as quatro avaliações que constam da MNA (avaliação antropométrica, global, dietética e subjetiva).

Numa 2ª fase da análise dos dados, em que se procura estabelecer comparações entre as avaliações do risco nutricional realizadas por meio das duas escalas em cada um dos momentos de avaliação, recorreu-se, de igual forma, a estatística descritiva, comparando as frequências e percentagens obtidas, de forma a traçar conclusões fundamentais para o estudo.

De forma a facilitar a comparação dos dados, a dada altura da análise, as classificações das escalas foram agrupadas em apenas 2 termos: “nutridos” e “desnutridos”. Assim, para a escala de Braden optou-se pelo seguinte agrupamento:

- **Nutridos:** somatório dos idosos com nutrição “adequada” e “excelente”;
- **Desnutridos:** somatório dos idosos com nutrição “muito pobre” e “provavelmente inadequada”.

Relativamente ao MNA optou-se pelo seguinte agrupamento:

- **Nutridos:** os idosos “nutridos”;
- **Desnutridos:** o somatório dos idosos “desnutridos” e “em risco de desnutrição”.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Ao longo desta parte são apresentados os resultados obtidos no estudo. Inicialmente, são descritas as características sociodemográficas, clínicas e nutricionais dos idosos que compõem a amostra, no 1º e 2º momento de avaliação, de acordo com o ciclo de investigação-ação, bem como as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da unidade funcional onde decorreu o estudo. Posteriormente, são apresentados os resultados decorrentes da comparação das avaliações nutricionais realizadas recorrendo às duas escalas já mencionadas (subescala da nutrição da Escala de Braden e MNA) em cada um dos momentos de avaliação.

4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos idosos obtida no 1º momento de avaliação, pode verificar-se na Tabela 1, que a amostra do 1º momento de avaliação foi composta por 35 idosos, sendo que a maior percentagem de idades se encontrava entre os 86 e os 90 anos (28,6%). Em menor número encontravam-se os idosos com idade igual ou superior a 96 anos com apenas 2,9% dos idosos. A média de idades foi de 86,17 anos.

Quanto ao sexo, constatou-se que a maioria da amostra (74,3%) eram mulheres. Relativamente às habilitações literárias, pôde verificar-se que a maioria da amostra (77,1%) não possuía mais do que o ensino básico, existindo apenas 2,9% de idosos com formação superior. Por sua vez, da amostra avaliada, 57,1% dos indivíduos vivia numa zona urbana.

A maior parte dos idosos avaliados (51,4%) coabitava com os seus filhos/netos/genros/noras, seguindo-se 28,6% que ainda residia apenas com o cônjuge/companheiro. Apenas 5,7% morava com outros familiares ou estavam entregues aos cuidados de um cuidador formal.

No que diz respeito ao prestador de cuidados, 48,6% dos idosos eram cuidados por cuidadores informais, sendo que os restantes recebiam cuidados de cuidadores formais ou ambos, em igual percentagem (25,7%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação (n=35)

Variáveis	n (%)	M±DP
Idade (anos)		86,17±6,162.
≤75	2 (5,7)	
76-80	5 (14,3)	
81-85	9 (25,7)	
86-90	10 (28,6)	
91-95	8 (22,9)	
≥96	1 (2,9)	
Sexo		n.a.
Masculino	9 (25,7)	
Feminino	26 (74,3)	
Habilitações Literárias		n.a.
Ensino Básico	27 (77,1)	
Ensino Secundário	7 (20,0)	
Ensino Superior	1 (2,9)	
Zona de residência		n.a.
Rural	15 (42,9)	
Urbana	20 (57,1)	
Agregado familiar		n.a.
Vive sozinho	3 (8,6)	
Vive com cônjuge/companheiro	10 (28,6)	
Vive com filhos/Netos/Genros/Noras	18 (51,4)	
Vive com outros familiares	2 (5,7)	
Vive com cuidador formal	2 (5,7)	
Prestador de cuidados		n.a.
Cuidador informal	17 (48,6)	
Cuidador formal	9 (25,7)	
Ambos	9 (25,7)	

n.a. – Não aplicável

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra de idosos do 2º momento de avaliação, pode observar-se, na Tabela 2, que a mesma foi composta por 24 idosos, sendo que, desta vez, a maior percentagem de idades se encontrava entre os 81 e os 85 anos (37,5%) e em menor número encontravam-se, de novo, os idosos com idade igual ou superior a 96 anos, com apenas 4,2%. A média de idades foi de 83,08 anos.

No que diz respeito ao sexo, constatou-se que, mais uma vez, a maioria (79,2%) eram mulheres. Quanto às habilitações literárias, o cenário foi semelhante ao momento de avaliação anterior sendo que, quase a totalidade dos idosos (95,8%) não possuía mais do que o ensino básico, não existindo nenhum idoso com formação superior. No 2º momento de avaliação a tendência inverteu-se quanto à zona de residência e 58,3% da amostra residia numa zona rural.

Relativamente ao agregado familiar, metade dos idosos avaliados (50%) vivia com os seus filhos/netos/genros/noras, seguindo-se 37,5% que ainda coabitava apenas com o cônjuge/companheiro e nenhum vivia sozinho.

A maioria dos idosos avaliados neste 2º momento (70,8%) tinha como prestador de cuidados um cuidador informal. Os cuidadores formais só intervinham junto de 12,5% destes idosos e 16,7% deles recebiam cuidados de ambos.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação (n=24)

Variáveis	n (%)	M±DP
Idade (anos)		83,08±9,532.
≤75	2 (8,3)	
76-80	5 (20,8)	
81-85	9 (37,5)	
86-90	4 (16,7)	
91-95	3 (12,5)	
≥96	1 (4,2)	
Sexo		n.a.
Masculino	5 (20,8)	
Feminino	19 (79,2)	
Habilitações Literárias		n.a.
Ensino Básico	23 (95,8)	
Ensino Secundário	1 (4,2)	
Ensino Superior	0 (0)	
Zona de residência		n.a.
Rural	14 (58,3)	
Urbana	10 (41,7)	
Agregado familiar		n.a.
Vive sozinho	0 (0)	
Vive com cônjuge/companheiro	9 (37,5)	
Vive com filhos/Netos/Genros/Noras	12 (50)	
Vive com outros familiares	1 (4,2)	
Vive com cuidador formal	2 (8,3)	
Prestador de cuidados		n.a.
Cuidador informal	17 (70,8)	
Cuidador formal	3 (12,5)	
Ambos	4 (16,7)	

n.a. – Não aplicável

4.2 Caracterização clínica da amostra de idosos

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra de idosos do 1º momento de avaliação, baseada na avaliação da escala de Braden realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, pode constatar-se, a partir da Tabela 3, que, ao nível da subescala da percepção sensorial a maior parte dos idosos se encontrava com uma classificação “ligeiramente limitada” (40,0%) e 2,9% com a percepção sensorial “completamente limitada”. Relativamente à humidade, 42,9% dos indivíduos apresentavam a “pele ocasionalmente húmida” e poucos a apresentavam “constantemente húmida” (2,9%). Quanto à atividade, 31,4% dos idosos “anda ocasionalmente” ou está “sentado”, em iguais percentagens e apenas 11,4% “anda frequentemente”. Ao nível da mobilidade, mais de metade dos indivíduos apresentava mobilidade “muito limitada” (57,1%) e

11,4% não apresentava “nenhuma limitação” ou estava “completamente imobilizado”, em iguais proporções. No que diz respeito à nutrição, os enfermeiros da USF classificaram 51,4% dos idosos como tendo nutrição “adequada” e nenhum idoso com “muito pobre”. A última subescala, que diz respeito à fricção e forças de deslizamento, foi classificada como um “problema” para 48,6% dos idosos e “nenhum problema” para 22,9%. A pontuação total da escala de Braden revelou que 68,6% dos idosos apresentava “alto risco” de desenvolver UP.

Tabela 3: Caracterização clínica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da avaliação da escala de Braden realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal (n=35)

Variáveis	n (%)
Percepção sensorial	
Completamente limitada	1 (2,9)
Muito limitada	11 (31,4)
Ligeiramente limitada	14 (40,0)
Nenhuma limitação	9 (25,7)
Humidade	
Pele constantemente húmida	1 (2,9)
Pele muito húmida	10 (28,6)
Pele ocasionalmente húmida	15 (42,9)
Pele raramente húmida	9 (25,7)
Atividade	
Acamado	9 (25,7)
Sentado	11 (31,4)
Anda ocasionalmente	11 (31,4)
Anda frequentemente	4 (11,4)
Mobilidade	
Completamente imobilizado	4 (11,4)
Muito limitada	20 (57,1)
Ligeiramente limitada	7 (20,0)
Nenhuma limitação	4 (11,4)
Nutrição	
Muito pobre	0 (0,0)
Provavelmente inadequada	15 (42,9)
Adequada	18 (51,4)
Excelente	2 (5,7)
Fricção e forças de deslizamento	
Problema	17 (48,6)
Problema potencial	10 (28,6)
Nenhum problema	8 (22,9)
Pontuação total	
Alto risco (≤ 16 pontos)	24 (68,6)
Baixo risco (≥ 17 pontos)	11 (31,4)

Caracterizando, agora, a amostra de idosos do 2º momento de avaliação, do ponto de vista da avaliação da escala de Braden, realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, pode verificar-se, a partir da Tabela 4, que a percepção sensorial da maior parte dos idosos também se encontrava “ligeiramente limitada” (41,7%) e que nenhum idoso apresentava “nenhuma limitação”. Quanto à humidade, também a maioria dos indivíduos apresentava a “pele ocasionalmente húmida” (62,5%) e nenhum “constantemente húmida”. Relativamente à mobilidade, metade dos indivíduos apresentava mobilidade “muito limitada” (50,0%) e não havia nenhum com “nenhuma limitação”. Ao nível da nutrição, os enfermeiros da USF classificaram 41,7% dos idosos como tendo nutrição “adequada” e “provavelmente inadequada”, em iguais percentagens e ninguém com nutrição “excelente”. A subescala da fricção e forças de deslizamento, foi, novamente, tida como um “problema” para a maior parte dos idosos (58,3%) e como “nenhum problema” para 8,3%. Desta vez, 87,5% dos idosos foi classificado com “alto risco” de desenvolver UP.

Tabela 4: Caracterização clínica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da avaliação da escala de Braden realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal (n=24)

Variáveis	n (%)
Percepção sensorial	
Completamente limitada	6 (25,0)
Muito limitada	8 (33,3)
Ligeiramente limitada	10 (41,7)
Nenhuma limitação	0 (0,0)
Humidade	
Pele constantemente húmida	0 (0,0)
Pele muito húmida	4 (16,7)
Pele ocasionalmente húmida	15 (62,5)
Pele raramente húmida	5(20,8)
Atividade	
Acamado	12 (50,0)
Sentado	6 (25,0)
Anda ocasionalmente	5 (20,8)
Anda frequentemente	1 (4,2)
Mobilidade	
Completamente imobilizado	7 (29,2)
Muito limitada	12 (50,0)
Ligeiramente limitada	5 (20,8)
Nenhuma limitação	0 (0,0)
Nutrição	
Muito pobre	4 (16,7)
Provavelmente inadequada	10 (41,7)
Adequada	10 (41,7)
Excelente	0 (0,0)
Fricção e forças de deslizamento	
Problema	14 (58,3)
Problema potencial	8 (33,3)
Nenhum problema	2 (8,3)
Pontuação total	
Alto risco (≤ 16 pontos)	21 (87,5)
Baixo risco (≥ 17 pontos)	3 (12,5)

4.3 Caracterização nutricional da amostra de idosos

A partir da análise da Tabela 5, pode perceber-se que, no 1º momento de avaliação, a maior parte dos idosos apresentava um IMC > 23 (71,4%) e apenas 5,7% dos indivíduos entre os 22–23.

Quanto ao perímetro médio braquial, 82,9% dos utentes apresentava uma medida >22cm e aqueles que possuíam uma medida <21cm de perímetro braquial eram os que apresentavam menor percentagem (5,7%). Relativamente à circunferência da perna, as percentagens eram quase equivalentes, sendo que 57,1% apresentava uma medida \geq 31cm. Grande parte dos idosos/família (74,3%) referiu que o idoso não tinha perdido peso nos últimos 3 meses e apenas 2,9% referiu ter perdido entre 1-3Kg ou não saber.

Tabela 5: Caracterização antropométrica da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=35)

Variáveis	n (%)
Índice de massa corporal (%)	
<19	4 (11,4)
19-21	4 (11,4)
22-23	2 (5,7)
>23	25 (71,4)
Perímetro médio braquial (cm)	
<21	2 (5,7)
21-22	4 (11,4)
>22	29 (82,9)
Circunferência da perna (cm)	
<31	15 (42,9)
\geq 31	20 (57,1)
Perda ponderal em 3 meses (kg)	
Sem perda ponderal	26 (74,3)
1-3	1 (2,9)
Não sabe	1 (2,9)
> 3	7 (20,0)

No que diz respeito à caracterização antropométrica dos idosos no 2º momento de avaliação, conforme se percebe na Tabela 6, a maior parte dos idosos apresentava, novamente, um IMC >23 (54,2%) e 4,2% apresentava um valor <19. Na medida do perímetro médio braquial, 75,0% dos utentes apresentava mais de 22cm e, por último, encontravam-se os que tinham uma medida entre os 21–22cm (8,3%). Ao nível da circunferência da perna, as percentagens mantiveram-se pouco díspares, sendo que 58,3% dos idosos apresentava uma medida <31cm. Quase a totalidade dos idosos/família (91,7%) referiu que o utente não tinha perdido peso nos últimos 3 meses, nenhum idoso referiu ter perdido mais de 3Kg e todos souberam responder à questão.

Tabela 6: Caracterização antropométrica da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=24)

Variáveis	n (%)
Índice de massa corporal (%)	
<19	1 (4,2)
19-21	7 (29,1)
22-23	3 (12,5)
>23	13 (54,2)
Perímetro médio braquial (cm)	
<21	4 (16,7)
21-22	2 (8,3)
>22	18 (75,0)
Circunferência da perna (cm)	
<31	14 (58,3)
≥31	10 (41,7)
Perda ponderal em 3 meses (kg)	
Sem perda ponderal	22 (91,7)
1-3	2 (8,3)
Não sabe	0 (0,0)
> 3	0 (0,0)

A caracterização global dos idosos estudados no 1º momento, permite perceber, através da Tabela 7, que quase a totalidade dos mesmos vivia de forma independente (94,3%), considerando-se aqui, os que residiam no seu domicílio ou no de um cuidador informal e não na residência de um prestador de cuidados formal.

Grande parte destes idosos (91,4%) tomava, diariamente, mais do que 3 medicamentos prescritos. Relativamente à vivência de uma experiência de stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses, as percentagens são relativamente equilibradas, sendo que 54,3% não a tinha vivenciado. Quanto à mobilidade, 62,9% dos idosos estava limitado à cama/cadeira e apenas 8,6% ainda era capaz de sair à rua. Dos idosos estudados uma grande percentagem (74,3%) apresentava demência ligeira (incluindo-se aqui a ausência da mesma, visto não constar essa opção na escala). Quanto à existência de UP, 62,9% dos indivíduos não apresentava qualquer lesão.

Tabela 7: Caracterização global da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=35)

Variáveis	n (%)
Vida independente (em contraponto de viver num lar)	
Não	2 (5,7)
Sim	33 (94,3)
Toma diária de mais de 3 medicamentos prescritos	
Não	3 (8,6)
Sim	32 (91,4)
Stress psicológico/doença aguda nos últimos 3 meses	
Não	19 (54,3)
Sim	16 (45,7)
Mobilidade	
Limitado à cama/cadeira	22 (62,9)
Sai da cama/cadeira mas não sai à rua	10 (28,6)
Sai à rua	3 (8,6)
Problemas neuropsicológicos	
Demência severa/depressão	9 (25,7)
Demência ligeira	26 (74,3)
Úlceras por pressão	
Não	22 (62,9)
Sim	13 (37,1)

Relativamente aos idosos do 2º momento, a avaliação global descrita na Tabela 8, permite, novamente, constatar que a maior parte (95,8%) vivia de forma independente, considerando-se os critérios anteriormente descritos.

A grande maioria dos idosos (87,5%) tomava mais do que 3 medicamentos prescritos todos os dias. No que diz respeito à experiência de stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses, mais de metade dos indivíduos (62,5%) não a tinha vivenciado. Quanto à mobilidade, os resultados são semelhantes para este momento de avaliação, já que 54,2% dos idosos estava limitado à cama/cadeira e apenas 16,7% ainda era capaz de sair à rua. Relativamente aos problemas neuropsicológicos, os resultados são agora mais equilibrados do que no 1º momento, sendo que 54,2% dos idosos apresentava demência ligeira (ou ausência). Quanto à presença de UP, 62,5% dos indivíduos não apresentava qualquer lesão.

Tabela 8: Caracterização global da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=24)

Variáveis	n (%)
Vida independente (em contraponto de viver num lar)	
Não	1 (4,2)
Sim	23 (95,8)
Toma diária de mais de 3 medicamentos prescritos	
Não	3 (12,5)
Sim	21 (87,5)
Stress psicológico/doença aguda nos últimos 3 meses	
Não	15 (62,5)
Sim	9 (37,5)
Mobilidade	
Limitado à cama/cadeira	13 (54,2)
Sai da cama/cadeira mas não sai à rua	7 (29,2)
Sai à rua	4 (16,7)
Problemas neuropsicológicos	
Demência severa/depressão	11 (45,8)
Demência ligeira	13 (54,2)
Úlceras por pressão	
Não	15 (62,5)
Sim	9 (37,5)

No que diz respeito à caracterização dietética dos idosos avaliados, através da Tabela 9 pode verificar-se que todos os idosos (100%) faziam pelo menos 3 refeições diárias, sendo que a maior parte deles (88,6%) consumia pelo menos 1 porção de laticínios por dia, cerca de metade dos indivíduos (51,4%) consumia, semanalmente, 2 ou mais porções de leguminosas ou ovos, a quase totalidade dos idosos (97,1%) consumia carne ou peixe diariamente e uma grande percentagem de indivíduos (85,7%) referiu consumir 2 ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente. Relativamente à questão da diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses (por anorexia, dificuldades na deglutição ou problemas digestivos), esta não se verificou em 60,0% dos idosos e somente 11,4% sofreu anorexia grave. No que diz respeito à ingestão de líquidos diariamente, 45,7% dos idosos referiu ingerir menos do que 3 copos/chávenas de qualquer tipo de bebida e 25,7% entre 3-5 copos. Quanto à autonomia na alimentação, 51,4% dos idosos alimentava-se sozinho sem problemas e 20,0% sozinho mas com dificuldade.

Tabela 9: Caracterização dietética da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=35)

Variáveis	n (%)
Número de refeições completas diárias	
1	0 (0,0)
2	0 (0,0)
3	35 (100,0)
Consumo de pelo menos 1 porção diária de laticínios	
Não	4 (11,4)
Sim	31 (88,6)
Consumo semanal de 2 ou mais porções de leguminosas ou ovos	
Não	17 (48,6)
Sim	18 (51,4)
Consumo diário de carne ou peixe	
Não	1 (2,9)
Sim	34 (97,1)
Consumo diário de 2 ou mais porções de fruta ou vegetais	
Não	5 (14,3)
Sim	30 (85,7)
Diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses por anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição	
Sem anorexia	21 (60,0)
Anorexia moderada	10 (28,6)
Anorexia severa	4 (11,4)
Número de copos/chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, cerveja, vinho, ...) consumidos diariamente	
<3	16 (45,7)
3-5	9 (25,7)
>5	10 (28,6)
Autonomia na alimentação	
Só com ajuda	10 (28,6)
Sozinho mas com dificuldade	7 (20,0)
Sozinho sem problemas	18 (51,4)

Analisando agora a caracterização dietética dos idosos avaliados no 2º momento, através da Tabela 10 observa-se que, mais uma vez, todos os idosos (100%) faziam pelo menos 3 refeições diárias, uma grande percentagem (87,5%) consumia, também, pelo menos 1 porção de laticínios por dia, mais de metade dos idosos (62,5%) consumia, semanalmente, 2 ou mais

porções de leguminosas ou ovos, 95,8% consumia carne ou peixe diariamente (percentagens próximas da avaliação do momento anterior) e 87,5% dos idosos referiu consumir 2 ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente. No que diz respeito à diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses, esta não se verificou em 62,5% dos idosos, sendo que 12,5% teve anorexia grave. Quanto ao consumo de líquidos diariamente, 50,0% dos idosos referiu ingerir menos do que 3 copos/chávenas de qualquer tipo de bebida e 20,8% entre 3-5 copos. No que diz respeito à autonomia na altura de se alimentar, 50,0% dos idosos alimentava-se sozinho sem problemas e 20,0% sozinho mas com dificuldade.

Tabela 10: Caracterização dietética da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=24)

Variáveis	n (%)
Número de refeições completas diárias	
1	0 (0,0)
2	0 (0,0)
3	24 (100,0)
Consumo de pelo menos 1 porção diária de laticínios	
Não	3 (12,5)
Sim	21 (87,5)
Consumo semanal de 2 ou mais porções de leguminosas ou ovos	
Não	9 (37,5)
Sim	15 (62,5)
Consumo diário de carne ou peixe	
Não	1 (4,2)
Sim	23 (95,8)
Consumo diário de 2 ou mais porções de fruta ou vegetais	
Não	3 (12,5)
Sim	21 (87,5)
Diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses por anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição	
Sem anorexia	15 (62,5)
Anorexia moderada	6 (25,0)
Anorexia severa	3 (12,5)
Número de copos/chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, cerveja, vinho, ...) consumidos diariamente	
<3	12 (50,0)
3-5	5 (20,8)
>5	7 (29,2)
Autonomia na alimentação	
Só com ajuda	12 (50,0)
Sozinho mas com dificuldade	5 (20,8)
Sozinho sem problemas	7 (29,2)

Relativamente à caracterização subjetiva da amostra de idosos do 1º momento de avaliação, a Tabela 11 revela que, do ponto de vista nutricional, 54,3% dos indivíduos se auto percecionava sem problema nutricional e 8,6% considerava sofrer de malnutrição maior.

Ao nível da auto percepção do estado de saúde, 40,0% pensava estar igual e só 8,6% considerava estar melhor.

Tabela 11: Caracterização subjetiva da amostra de idosos no 1º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=35)

Variáveis	n (%)
Auto percepção nutricional	
Sem problema nutricional	19 (54,3)
Não sabe/malnutrição moderada	13 (37,1)
Malnutrição major	3 (8,6)
Auto percepção do estado de saúde	
Não tão bom	8 (22,9)
Não sabe	10 (28,6)
Igual	14 (40,0)
Melhor	3 (8,6)

No que diz respeito às características subjetivas da amostra de idosos do 2º momento de avaliação, a Tabela 12 revela que, a nível nutricional, desta vez, 54,2% dos indivíduos considerava ter uma malnutrição moderada ou não sabia responder à questão e 8,3% pensava sofrer de malnutrição major.

Relativamente à sua percepção do estado de saúde, 54,2% não sabia responder e nenhum idoso considerava estar melhor.

Tabela 12: Caracterização subjetiva da amostra de idosos no 2º momento de avaliação, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (n=24)

Variáveis	n (%)
Autopercepção nutricional	
Sem problema nutricional	9 (37,5)
Não sabe/malnutrição moderada	13 (54,2)
Malnutrição major	2 (8,3)
Autopercepção do estado de saúde	
Não tão bom	9 (37,5)
Não sabe	13 (54,2)
Igual	2 (8,3)
Melhor	0 (0,0)

No que se refere à caracterização nutricional, verifica-se, na Tabela 13, que 45,7% dos idosos no 1º momento de avaliação foram classificados como estando “em risco de desnutrição”, 34,3% como “desnutridos” e 20,0% como “nutridos”.

Tabela 13: Pontuação total da escala *Mini Nutritional Assessment* e atribuição da classificação de acordo com o risco nutricional nos idosos do 1º momento de avaliação (n=35)

Variáveis	n (%)
Classificação	
Desnutrido (<17 pontos)	12 (34,3)
Em risco de desnutrição (17-23,5 pontos)	16 (45,7)
Nutrido (≥24 pontos)	7 (20,0)

Por fim, os idosos avaliados no 2º momento foram caracterizados, conforme consta da Tabela 14, maioritariamente como estando “em risco de desnutrição” (58,3%), 37,5% como “desnutridos” e 4,2% como “nutridos”.

Tabela 14: Pontuação total da escala *Mini Nutritional Assessment* e atribuição da classificação de acordo com o risco nutricional nos idosos do 2º momento de avaliação (n=24)

Variáveis	n (%)
Classificação	
Desnutrido (<17 pontos)	9 (37,5)
Em risco de desnutrição (17-23,5 pontos)	14 (58,3)
Nutrido (≥24 pontos)	1 (4,2)

4.4 Resultados da análise comparativa entre as avaliações do risco nutricional da amostra de idosos nos dois momentos de avaliação

Neste ponto do trabalho apresentam-se os resultados obtidos com a comparação entre as avaliações do risco nutricional realizadas pelos enfermeiros da USF Flor de Sal e pela investigadora aos idosos participantes, em cada um dos momentos de avaliação, recorrendo à subescala da nutrição da escala de Braden, no caso dos enfermeiros, e ao MNA no caso da investigadora.

Num primeiro momento, procurou-se estabelecer a **comparação entre os resultados da avaliação da subescala da nutrição da escala de Braden, do 1º para o 2º momento de avaliação, procedendo-se, de seguida, à mesma análise para a escala MNA.**

A Tabela 16 mostra as frequências e percentagens obtidas em cada uma das classificações, de cada uma das escalas, em cada um dos momentos de avaliação. A partir da análise da referida tabela, pode observar-se que, no que diz respeito à subescala da nutrição da escala de Braden, a categoria que se refere a uma nutrição “adequada” foi verificada em 51,4% dos idosos do 1º momento, sendo, igualmente, uma das mais encontradas no 2º momento, com 41,7%. A categoria “provavelmente inadequada” obteve-se em 42,9% dos idosos no 1º momento e numa percentagem semelhante no 2º momento (41,7%). A principal diferença reside no facto de, no 1º momento, existirem 5,7% de idosos com avaliação “excelente” e nenhum com “muito pobre”, acontecendo o inverso no 2º momento, em que 16,7% apresenta uma classificação de “muito

pobre”, segundo a perspectiva dos enfermeiros, e nenhum “excelente”. Assim, genericamente, pode considerar-se que, no 2º momento, os enfermeiros foram mais rigorosos na sua avaliação uma vez que encontraram idosos pior nutridos que na 1ª avaliação.

No que diz respeito à avaliação dos idosos usando o MNA, no 1º momento de avaliação, 45,7% dos indivíduos encontrava-se “em risco de desnutrição”, sendo este resultado congruente com os resultados do 2º momento, apesar de se verificar um aumento da percentagem de idosos nesta condição (58,3%). Na avaliação da investigadora 34,3% dos idosos encontravam-se “desnutridos”, percentagem que é muito semelhante à observada no 2º momento (37,5%). Os idosos avaliados como “nutridos” foram os que representaram menor percentagem, quer no 1º momento (20,0%), quer no 2º momento (4,2%). Assim, pode considerar-se que os resultados das avaliações do risco nutricional realizadas recorrendo ao MNA, são relativamente equivalentes num e noutro momento de avaliação.

Tabela 15: Frequências e percentagens comparativas entre os resultados da escala de Braden do 1º para o 2º momento de avaliação e a mesma comparação para o *Mini Nutritional Assessment*

Variáveis	Momentos	1ª Avaliação (n=35)	2ª Avaliação (n=24)
		n (%)	n (%)
Escala de Braden			
Muito pobre		0 (0)	4 (16,7)
Provavelmente inadequada		15(42,9)	10(41,7)
Adequada		18 (51,4)	10 (41,7)
Excelente		2 (5,7)	0 (0)
Mini Nutritional Assessment			
Desnutrido		12 (34,3)	9 (37,5)
Em risco de desnutrição		16 (45,7)	14 (58,3)
Nutrido		7 (20,0)	1 (4,2)

Posteriormente, pretendeu-se **comparar os resultados da subescala da nutrição da escala de Braden (mas desta vez agrupados, conforme descrito no capítulo anterior referente à metodologia) entre a 1ª e 2ª avaliação, fazendo a mesma análise para os resultados da escala MNA (também agrupados)**. Assim, na Tabela 17 apresentam-se os resultados em frequências e percentagens das novas classificações (agrupadas) de cada uma das escalas, em cada um dos momentos. A análise da referida tabela revela que, na escala de Braden, no 1º momento de avaliação, foram encontrados 57,1% de indivíduos considerados “nutridos” e uma menor percentagem (42,9%) de “desnutridos”. No 2º momento a situação inverte-se, sendo que passam a ser mais os idosos “desnutridos” (58,3%) do que os “nutridos” (41,7%).

Quanto ao MNA, no 1º momento de avaliação, grande parte dos idosos foram classificados pela investigadora como “desnutridos” (80,0%) e apenas 20,0% como “nutridos”. No 2º momento de avaliação, os resultados são relativamente semelhantes na medida em que 95,8% dos idosos foram avaliados como “desnutridos” e apenas 4,2% como “nutridos”.

Tabela 16: Frequências e percentagens comparativas dos resultados da escala de Braden agrupados entre o 1 e 2º momento de avaliação e a mesma comparação para o Mini Nutritional Assessment

Variáveis	Momentos	1ª Avaliação (n=35)	2ª Avaliação (n=24)
		n (%)	n (%)
Escala de Braden			
Desnutrido		15 (42,9)	14(58,3)
Nutrido		20 (57,1)	10(41,7)
Mini Nutritional Assessment			
Desnutrido		28 (80,0)	23 (95,8)
Nutrido		7 (20,0)	1 (4,2)

Por fim, procurou-se **comparar os resultados obtidos entre a subescala da nutrição da escala de Braden e o MNA, na 1ª avaliação e proceder à mesma análise para o 2º momento.** Para isso, a Tabela 18 apresenta as frequências e percentagens da subescala da nutrição da escala de Braden e do MNA no 1º momento (ambas agora agrupadas) e o mesmo para o 2º momento. Pela análise da tabela, constata-se que, no 1º momento de avaliação, utilizando a escala de Braden, encontrou-se 57,1% de idosos avaliados pelos enfermeiros como “nutridos” e 42,9% como “desnutridos”. Após aplicar o MNA à mesma amostra de utentes, a investigadora obteve resultados bem diferentes já que 80,0% dos indivíduos foram considerados “desnutridos” e apenas 20,0% “nutridos”.

No 2º momento de avaliação, os enfermeiros avaliaram 58,3% da nova amostra de idosos como “desnutridos” e 41,7% como “nutridos”. Com a aplicação do MNA, os resultados foram, igualmente, díspares já que a uma enorme percentagem de idosos foi atribuída a classificação de “desnutridos” e apenas 4,2% foram considerados “nutridos”.

Tabela 17: Frequências e percentagens comparativas dos resultados do 1º momento de avaliação entre a escala de Braden e o Mini Nutritional Assessment e a mesma comparação para o 2º momento

Momentos	Escalas	Braden	Mini Nutritional Assessment
		n (%)	n (%)
1ª Avaliação (n=35)			
Desnutridos		15 (42,9)	28(80,0)
Nutridos		20(57,1)	7(20,0)
2ª Avaliação (n=24)			
Desnutridos		14 (58,3)	23 (95,8)
Nutridos		10 (41,7)	1 (4,2)

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Ao longo desta parte procura-se, fundamentalmente, relacionar os resultados obtidos na investigação com a revisão da literatura sobre a temática em causa.

Relativamente à **caracterização sociodemográfica da amostra de idosos** realizada, pode verificar-se que houve alguns dados relevantes que foram comuns a ambas as amostras e que são concordantes com outros estudos. Estudos realizados por Araújo (2010), Maia (2012), Araújo & Santos (2012) e Salgueiro & Lopes (2010) sobre o cuidado a idosos dependentes obtiveram resultados semelhantes quanto à obtenção de uma média de idades que rondava os 80 anos.

A predominância do sexo feminino verificou-se em, praticamente, todos os estudos encontrados que se relacionam com pessoas dependentes, o que vai de encontro aos últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (2012a) que referem que os índices de longevidade e envelhecimento do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino.

Relativamente às habilitações literárias, a tendência encontrada, em ambas as amostras, foi a de baixa escolaridade, na maior parte dos idosos, resultados também verificados por Duca et al. (2011) e que também estão de acordo com os dados do último CENSUS 2011 que apontam para um menor nível de escolaridade na população idosa (acima dos 65 anos) (Instituto Nacional de Estatística, 2012b). Maia (2012) obteve dados que estão de acordo com esta perspetiva nacional.

No que diz respeito à zona de residência, não se registou uma tendência em qualquer uma das amostras avaliadas. Quanto a este parâmetro sociodemográfico, não foram encontrados muitos estudos que caracterizassem a população idosa sobre este ponto de vista, no entanto, Sousa, Galante, & Figueiredo (2003), ao avaliarem a qualidade de vida e bem-estar dos idosos portugueses, chegaram a resultados de alguma forma semelhantes ao reunirem 48% de idosos pertencentes a um meio rural, o que não revela uma tendência para nenhuma das áreas de residência (rural ou urbana).

Ao nível do agregado familiar dos idosos dependentes, neste trabalho o agregado mais representado foi o composto pela família de três gerações (filhos, cônjuges e netos), seguido da família nuclear composta pelo idoso e o seu cônjuge /companheiro. A este respeito foram já vários os estudos que constataram que a família nuclear, composta por um marido e uma mulher, em que um deles era o idoso dependente, e “a família de três gerações, em que os filhos ficaram a viver com os pais, ou o idoso quando ficou dependente foi incluído no agregado familiar de um filho”, eram os agregados mais comuns em que os idosos dependentes se incluíam (Araújo, 2010). Além desta autora, também Araújo & Santos (2012) e Salgueiro & Lopes (2010) chegaram às mesmas conclusões.

No que diz respeito aos prestadores de cuidados destes idosos, e tal como os resultados evidenciados no presente estudo, Araújo (2010) percebeu, no seu trabalho, que o apoio informal foi o que mais se evidenciou, sendo os filhos, os vizinhos e amigos os que mais auxiliam, de

forma regular, espontânea e constante, em contraposição com o apoio formal, caracterizado como irregular e de periodicidade muito reduzida. Também Duca et al. (2011) obtiveram resultados semelhantes, ao constatarem que estes cuidados, frequentemente, são prestados pelas famílias, tal como também referiram Araújo et al. (2010). Os mesmos autores referem, ainda, que as famílias portuguesas acolhem idosos com um elevado grau de dependência, pelo que alertam para uma necessidade evidente de uma política de apoio às famílias, além duma intervenção urgente junto das mesmas.

Quanto à **caracterização clínica da amostra de idosos**, cujos resultados foram obtidos com a aplicação da escala de Braden, esta será analisada através de cada uma das subescalas.

Relativamente à subescala da percepção sensorial, os resultados obtidos em cada uma das categorias não são muito discrepantes. Realça-se, apenas, o facto de, em ambas as amostras de idosos, a percepção estar, maioritariamente, “ligeiramente limitada”, seguida da “muito limitada”, e o facto de não existir, no 2º momento de avaliação nenhum idoso que fosse classificado com “nenhuma limitação”.

Quanto à humidade, em ambos os momentos, os enfermeiros classificaram a maior parte dos idosos como tendo a pele “ocasionalmente húmida” e em raras situações ou em nenhuma, no 2º momento, como “constantemente húmida”. Este resultado pode dever-se, eventualmente, à presença de sondas vesicais na maior parte dos idosos incontinentes, embora o dado não tenha sido confirmado.

No que diz respeito à atividade, os idosos do 1º momento são classificados como mais ativos do que os do 2º momento de avaliação, na medida em que um quarto dos idosos se encontrava acamado e no 2º momento metade dos idosos estava nesta situação. No entanto, a avaliação “anda frequentemente” é a menos comum em qualquer uma das situações. Campos et al. (2010) consideraram o défice de atividade particularmente importante no desenvolvimento de UP, uma vez que, no seu estudo, 100,0% dos doentes que as desenvolveram estavam acamados.

Ao nível da mobilidade, em ambos os momentos, grande parte dos idosos foi avaliada com mobilidade “muito limitada”. No entanto, pode considerar-se que os idosos do 2º momento de avaliação estavam em pior condição que os do 1º, na medida em que, enquanto que no 1º momento poucos idosos foram avaliados como “completamente imobilizados” e houve, ainda, alguns com “nenhuma limitação”, no 2º momento, uma percentagem significativa encontrava-se “completamente imobilizado” e não houve nenhum com “nenhuma limitação”. Os resultados desta avaliação são, eventualmente, concordantes com o facto de metade dos idosos da 2ª avaliação serem “acamados”, conforme verificado anteriormente.

Quanto à fricção e forças de deslizamento, estas foram consideradas um “problema” para a maior parte dos idosos de ambos os momentos, seguido de um “problema potencial”.

A subescala da nutrição, por ser um dos focos do trabalho será analisada, em detalhe mais adiante.

As pontuações obtidas nas diferentes subescalas da escala de Braden corroboram algumas das encontradas por Menegon et al. (2012) no seu estudo, ao constatar que a maioria dos idosos era acamado e tinha mobilidade física muito limitada e 50% tinha problemas de fricção e percepção sensorial. Ao contrário do estudo dos autores, em que pelo menos metade dos idosos apresentava problemas de humidade, no presente estudo, este não foi um fator considerado problemático para a maioria dos indivíduos avaliados.

A pontuação total da escala de Braden determinou que a maior parte dos idosos, em qualquer uma das amostras, apresentava um “alto risco” de desenvolver UP. Essa percentagem foi significativamente maior no 2º momento, provavelmente dadas as acentuadas diferenças na mobilidade e atividade. Chayamiti & Caliri (2010), ao estudarem a incidência de UP em idosos que recebiam cuidados no domicílio, chegaram a conclusões próximas quanto à baixa pontuação da escala na sua amostra e acrescentaram que foi expressiva a relação entre o aumento da idade e a ocorrência de UP. Coêlho, Lopes, Melo, & Castro (2012), no seu estudo com uma amostra, objetivos e resultados semelhantes, referiram que a associação da baixa pontuação com o aumento da faixa etária está relacionada com o facto de estes idosos possuírem mais comorbidades, défice nutricional, imobilidade e alteração da percepção sensorial. Todos esses fatores encontram-se intimamente relacionados com o desenvolvimento de UP.

As European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) apresentam, como principais medidas de prevenção de UP, incidindo sobre cada uma das subescalas, a avaliação e cuidados à pele, adoção de medidas de avaliação do risco e de suporte nutricional, a alternância de decúbitos e a utilização de superfícies de apoio.

Relativamente à **caracterização nutricional da amostra de idosos**, através da aplicação da MNA, os dados obtidos foram comparados com os conseguidos por Gomes (2008) com o mesmo instrumento, numa amostra de uma realidade muito semelhante por pertencer a um centro de saúde também do distrito de Aveiro (Centro de Saúde de Anadia). Assim, no que diz respeito à avaliação antropométrica, a autora encontrou valores concordantes para o IMC e o perímetro médio braquial, já que as maiores percentagens se localizaram nos valores mais elevados (IMC >23 e perímetro médio braquial >22cm). Ao nível da circunferência da perna, enquanto que em ambas as amostras deste estudo o número de idosos com medidas <31cm e ≥31cm foi, relativamente, equivalente, a autora avaliou, por outro lado, idosos com medidas, maioritariamente, >31cm. Por fim, quanto à perda de peso nos últimos 3 meses, no presente estudo, os idosos referiram, em grande parte, não ter perdido peso nos últimos 3 meses, em qualquer um dos momentos. No trabalho desenvolvido por Gomes (2008), a grande maioria dos idosos referiu desconhecer o seu peso perdido.

No que diz respeito à avaliação global, tal como para a anterior autora, no presente estudo quase todos os idosos viviam no seu domicílio ou no de um cuidador informal, ou seja, de forma independente.

Quanto à toma de mais do que 3 medicamentos prescritos por dia, os resultados conseguidos com estas amostras de idosos revelaram que, na sua grande maioria, a toma de medicamentos era de, pelo menos, 3 por dia, contrariamente ao valores inferiores (33%) encontrados por Gomes (2008). Lehn, Coelho, Garcia, & Scabar (2012) corroboraram os resultados do presente estudo, ao perceber que a maior parte dos idosos que estudaram, muito embora fossem institucionalizados, faziam uso de fármacos. Os autores relacionaram este aspeto com o facto de todos os idosos possuírem doenças, sendo as mais prevalentes as crónicas não transmissíveis.

A vivência de uma experiência de stress ou doença aguda nos últimos 3 meses foi mais comum no 2º momento de avaliação, sendo que no 1º momento esteve relativamente equilibrada. No estudo de Gomes (2008), a vivência destes episódios apresentou valores mais baixos. Quanto à mobilidade, voltaram a verificar-se as restrições detetadas na escala de Braden, já que, mais de metade dos idosos, em ambos os momentos de avaliação, estava limitado à cama/cadeira, tal como no estudo da autora supracitada, em que a situação se verificava em quase todos os idosos. Ao nível dos problemas neuropsicológicos, estes estavam mais presentes na amostra do 2º momento, pois apesar da demência ligeira ser mais prevalente, observou-se uma maior percentagem de idosos com demência severa em relação ao 1º momento. No 1º momento, a grande maioria dos idosos apresentava, claramente, uma demência ligeira. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Gomes (2008).

Nos idosos estudados em qualquer uma das amostras, a presença de UP não foi muito significativa, na medida em que, mais de metade dos indivíduos não as apresentava, o que corrobora os valores que Gomes (2008) também evidenciou. De facto, Moraes, Araújo, Caetano, Lopes, & Silva (2012), num estudo sobre a incidência de UP no domicílio, observaram uma baixa incidência destas lesões (22,5%), referindo que mesmo as existentes, aconteciam após a alta hospitalar. Também Coelho et al. (2012) corroboraram esta ideia referindo que a maioria dos doentes estudados no domicílio, embora apresentassem os fatores de risco, possuía pele íntegra e que, pouco mais de metade das UP tinham tido origem no ambiente hospitalar.

No que diz respeito à avaliação dietética dos idosos, em ambos os momentos de avaliação, todos referiram fazer pelo menos 3 refeições por dia, a maior parte consumia pelo menos 1 porção de lacticínios por dia, pouco mais de metade consumia 2 ou mais porções de leguminosas ou ovos por semana, quase a totalidade comia carne ou peixe diariamente, a maior parte consumia pelo menos 2 porções de fruta ou vegetais diariamente e cerca de metade ingeria menos do que 3 copos/chávenas de qualquer líquido por dia. Estes resultados são, mais uma vez, concordantes com os traçados por Gomes (2008). As diferenças relativamente ao estudo desta autora verificam-se ao nível da anorexia, visto que, neste estudo, mais de metade não teve anorexia

nos últimos 3 meses, o que não se verificou no seu trabalho, bem como quanto à autonomia na alimentação, já que, na amostra da autora, grande parte dos idosos se alimentava com ajuda, ao contrário deste trabalho, em que metade dos idosos se alimentava sozinho, só depois seguidos dos que se alimentavam com ajuda. De facto este resultado obtido não é muito esperado pelo facto de se tratarem de idosos com dependência e se considerar que, como referem Araújo & Santos (2012), a grande maioria destes idosos é totalmente dependente em todos os autocuidados.

Quanto à avaliação subjetiva, no 1º momento de avaliação, cerca de metade dos idosos considerou não ter um problema nutricional, ao contrário do 2º momento em que essa percentagem foi atribuída aos que pensavam ter uma malnutrição moderada ou não sabiam responder. Neste momento de avaliação, o resultado corrobora o encontrado por Gomes (2008), já que grande parte da sua amostra não sabia responder à questão. Em qualquer um dos casos, poucos idosos, consideraram ter malnutrição major. No que diz respeito à auto percepção do estado de saúde, enquanto no 1º momento a maior parte dos idosos considerou estar igual, no 2º não soube responder ou considerou não estar tão bem. Novamente, é neste momento de avaliação que o resultado é concordante com o estudo comparado, visto que grande parte dos idosos não soube responder também a esta questão.

A classificação final da MNA, por ser outro dos aspetos importantes para tecer as principais conclusões do trabalho, será analisada mais à frente, neste capítulo.

De seguida, são discutidos os resultados obtidos com a **comparação entre os resultados da avaliação da subescala da nutrição da escala de Braden, do 1º para o 2º momento de avaliação, procedendo-se, de seguida, à mesma comparação para a escala MNA**. Iniciando com a subescala da nutrição, pode verificar-se que a avaliação realizada pelos enfermeiros da USF é relativamente equilibrada quanto à nutrição dos idosos em ambos os momentos, já que grande parte dos mesmos se situa entre estados de nutrição “adequada” e “provavelmente inadequada”, não existindo valores relevantes de classificações nutricionais mais extremas. Estes resultados diferem dos apontados por vários estudos que demonstram as fragilidades nutricionais inerentes aos envelhecimento, nomeadamente o levado a cabo por Alvarenga et al. (2010).

Considerando, agora, a avaliação do risco nutricional recorrendo à MNA, em ambos os momentos, verificou-se que, também aqui, as alterações não foram relevantes, na medida em que, em ambas as amostras, cerca de metade dos utentes foram considerados como estando “em risco de desnutrição”, seguindo-se os “desnutridos”, existindo uma pequena percentagem de “nutridos”. Mais uma vez, estes resultados são congruentes com os encontrados por Gomes (2008). Por outro lado, Colembegue & Conde (2011) encontraram resultados diferentes, com a aplicação deste instrumento em idosos institucionalizados, verificando que mais de metade se encontrava bem nutrido, sendo baixa a prevalência do risco de desnutrição ou de desnutrição. Estes episódios eram mais frequentes, contudo, com o avançar da idade. Esta tendência foi,

também, verificada por Moreira & Villas Boas (2011) que associaram o aumento da desnutrição nos idosos às inúmeras modificações fisiológicas que o processo de envelhecimento por si só acarreta, reforçando, assim, a importância da avaliação nutricional nessa população para identificar possíveis riscos de complicações.

Relativamente à **comparação entre os resultados da subescala da nutrição da escala de Braden (indicadores agrupados) da 1ª para a 2ª avaliação, e desta mesma comparação para a escala MNA (indicadores agrupados)**, verificou-se que, quanto à subescala da nutrição da escala de Braden, e confirmando o descrito anteriormente, os resultados da avaliação, em ambos os momentos, são praticamente equivalentes, sendo que a percentagem de idosos “nutridos” e “desnutridos” é muito semelhante, havendo um ligeiro aumento dos “desnutridos” e diminuição dos “nutridos” no 2º momento, em relação ao 1º. A percentagem de idosos avaliados como desnutridos no 2º momento aproximou-se do valor encontrado por Menegon et al. (2012) no seu trabalho que atingiu os 60%. Este resultado contradiz o encontrado na maior parte da literatura que se tem debruçado sobre a avaliação do risco nutricional de idosos, na medida em que, grande parte dos estudos, conforme o apresentado por Madeira et al. (2010), revelam que em populações idosas o risco de desnutrição tende a ser médio ou elevado.

Com a MNA, os resultados foram de encontro a estas evidências, já que se verificou uma relevante superioridade da percentagem de idosos “desnutridos” em relação aos “nutridos” em ambos os momentos.

No que diz respeito à **comparação entre os resultados obtidos com a subescala da nutrição da escala de Braden e da MNA, na 1ª avaliação e realização da mesma comparação para o 2º momento**, os resultados apresentados no capítulo anterior traduzem uma notória discrepância entre a avaliação nutricional realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, através da subescala da nutrição da escala de Braden e a avaliação nutricional realizada pela investigadora através da MNA. De facto, os idosos classificados como “desnutridos” pela investigadora foram, claramente, superiores aos que obtiveram a mesma classificação por parte dos enfermeiros, acontecendo o inverso com os “nutridos”. Esta realidade verificou-se em qualquer um dos momentos de avaliação, isto é, quer antes, quer após a formação em serviço realizada.

Estes resultados podem, em parte, ser justificados pelo facto do aspeto nutricional, como referem Madeira et al. (2010), ser frequentemente desvalorizado ou avaliado de forma pouco rigorosa pelos enfermeiros. Por outro lado, Serpa (2006), no seu trabalho que procurou avaliar a capacidade preditiva da subescala da nutrição da escala de Braden, chegou à conclusão que esta era frágil, não mostrando inclusive capacidade para prever o desenvolvimento de UP. Considerou, ainda, no mesmo estudo, que existia uma grande dificuldade na interpretação da referida subescala por parte dos enfermeiros. Conclusões semelhantes traçaram Zambonato et al. (2013) quando estudaram a associação das várias subescalas da escala de Braden com o risco de desenvolvimento de UP e perceberam que a subescala da nutrição era a única que não apresentava qualquer associação.

No documento elaborado pela DGS onde se recomenda a aplicação da escala de Braden, a referida entidade tem já em consideração que cada uma das subescalas deve ser considerada individualmente para que sejam planeadas e definidas estratégias específicas de acordo com as necessidades da pessoa (Direção Geral da Saúde, 2011). Estudos realizados por Menegon et al. (2012) e Zambonato et al. (2013) reforçam a ideia anterior, destacando-se, neste último, que “cabe aos enfermeiros avaliar a escala de Braden de modo mais analítico, não se detendo apenas na pontuação total da escala de Braden, mas analisando também as subescalas detalhadamente como uma avaliação de alerta de risco, com a intenção de identificar os cuidados específicos a serem implementados nos pacientes para a prevenção mais eficaz de UP”.

Outros estudos têm evidenciado a interferência de vários fatores com o risco nutricional, como aconteceu com o levado a cabo por Azevedo et al. (2007), que concluiu que a diminuição da ingestão alimentar, mas também a presença de stresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, dados que constam da MNA, são os principais fatores desta escala associados com o défice nutricional. Nesse sentido, pode afirmar-se que é fundamental que outras estratégias objetivas de avaliação do estado nutricional, que podem ser realizadas pelo enfermeiro, sejam incorporadas nas escalas de avaliação de risco, já que são várias as variáveis nutricionais consideradas como preditoras do risco para o desenvolvimento de UP (Serpa & Santos, 2008), sendo que muitas delas não constam da subescala da nutrição da escala de Braden.

Correia & Dias (2012) no seu artigo, reforçam a importância de ser realizado um rastreio nutricional o mais precoce e regularmente possível para que as estratégias preventivas e, se necessário, terapêuticas, possam ser implementadas de forma adequada. Nesse sentido, o recurso a instrumentos de rastreio da desnutrição é uma importante estratégia que permite otimizar o prognóstico e a qualidade de vida do doente (Madeira et al., 2010).

Depois de colocada em prática a formação em serviço aos enfermeiros desta unidade funcional sobre o “Papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade”, foi implementado um 2º momento de avaliação, com uma nova amostra de utentes, para avaliar o impacto obtido com a mesma na avaliação do risco nutricional realizada por estes profissionais aos idosos. No entanto, apesar da tentativa de os sensibilizar, conforme se verifica, não se obtiveram resultados que evidenciem uma diferença relevante em relação aos obtidos no 1º momento.

Conforme referiu Araújo (2014), depois de estudar a perceção dos utentes acerca do enfermeiro de família, este é referido como sendo um “profissional que promove o encaminhamento dos cuidados, pois é dotado de conhecimentos que permitem resolver as situações e de consciência profissional que permite a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais”. Para corresponder às expectativas daqueles que recebem os cuidados, o enfermeiro terá que garantir uma visão holística do cuidado ao idoso e sua família, sendo para tal fundamental a sua formação para que possa desenvolver competências aos vários níveis de intervenção (Araújo, 2010). A formação em serviço referida foi, essencialmente, realizada com

este intuito, o de reforçar ou atualizar os conhecimentos dos enfermeiros desta unidade sobre a temática, pois, como reforça Sá-Chaves (2007), à produção universal de conhecimento e à reconstrução pessoal de saberes está subjacente um princípio de inacabamento e, para isso, é fundamental a abertura ao novo como a única via informacional para facilitar, em cada sujeito, a reconstrução dinâmica de saberes e de competências. Apesar de ter sido percebida esta abertura ao novo conhecimento por parte dos enfermeiros, o pouco tempo disponível para a sua formação pode constituir, em parte, uma justificação, para a ausência de melhoria dos resultados obtidos. A mesma autora, ao referir-se aos estudos realizados por Zimpher e Howey (1987), considera que o conhecimento profissional se deve basear em 4 dimensões de competência: técnica (ligada ao raciocínio instrumental, análise de tarefas e resolução linear de problemas); clínica (ligada à solução de problemas práticos através da resolução de problemas durante a ação); crítica (baseada na reflexão) e pessoal (ligada à metacompetência que integra a capacidade reflexiva de ser, pensar-se criticamente e agir-se responsabilmente nos contextos reais da ação). Ora, naturalmente, que a realização de uma única sessão teórica não permite aos profissionais o desenvolvimento de tais competências sendo que, a ser possível, teria sido útil a concretização de um plano de formação que incluísse, pelo menos, o estudo de casos práticos que abrisse espaço à reflexão. Dar aos enfermeiros esta oportunidade reflexiva dar-lhes-ia tempo para construir os seus próprios significados e interiorizarem a informação de forma a ser possível utilizarem-na em novas situações (Figueiredo, 2012). De acordo com o referido por Coutinho et al. (2009), relativamente à metodologia de investigação-ação, após as conclusões traçadas, teria sido pertinente a implementação de um novo ciclo que permitisse introduzir medidas corretoras que pudessem trazer uma real melhoria na atuação dos enfermeiros, após o que se seguiria nova avaliação para verificar a sua eficácia.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O trabalho desenvolvido com esta investigação permitiu dar resposta às questões de investigação e aos objetivos inicialmente traçados. Nesse sentido, foi possível, ao longo deste período, avaliar o risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade, inscritos no programa de “Dependentes” do sistema informático “SClínico” da USF Flor de Sal e verificar se é realizada uma correta avaliação desse risco nutricional a esses mesmos idosos, pelos enfermeiros dessa unidade funcional, através da subescala da nutrição da escala de Braden. Foi, igualmente, possível desenvolver a formação em serviço planeada a esses profissionais, relativamente à temática em causa.

Como conclusões do estudo, pode referir-se que, genericamente e do ponto de vista sociodemográfico, se obteve uma amostra de idosos, em ambos os momentos de avaliação, maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idades entre os 83 e os 87 anos, com um baixo nível de escolaridade, que coabitava, tendencialmente, com o cônjuge/companheiro ou os filhos/netos/genros/noras e que tinham como principal prestador de cuidados um cuidador informal. No que diz respeito à área de residência, verificou-se um equilíbrio entre os idosos que habitavam em zonas urbanas e zonas rurais. Ao nível clínico, a maioria dos idosos apresentava “alto risco” para o desenvolvimento de UP” de acordo com a pontuação da escala de Braden e grande parte encontrava-se “em risco de desnutrição”, seguidos dos “desnutridos” e poucos se encontravam “nutridos”, do ponto de vista nutricional, através da aplicação da MNA.

Os resultados apresentados permitem tecer, como principal conclusão, a existência de uma discrepância acentuada entre a avaliação do risco nutricional realizada pelos enfermeiros da USF Flor de Sal, com recurso à escala de Braden, e a avaliação realizada pela investigadora através da MNA. Essa diferença não variou, de forma relevante do 1º para o 2º momento de avaliação.

Estes dados indicam que a formação em serviço realizada a estes profissionais não obteve os resultados esperados, já que não se traduziu na mudança das suas práticas. Esta conclusão indica que seria de todo pertinente a implementação de um novo ciclo de investigação-ação, para que fossem introduzidas medidas corretivas e realizada uma nova avaliação para verificar a sua eficácia. Assim, esta limitação de tempo que não permitiu dar continuidade aos ciclos de intervenção-ação, acabou por ser a principal limitação do estudo, que se refletiu, no facto de não ter sido possível implementar um plano de formação mais eficaz e com momentos de reflexão que permitissem aos profissionais interiorizar os conhecimentos adquiridos com vista ao desenvolvimento de mais e melhores competências no âmbito da avaliação do risco nutricional destes idosos.

Apesar do período de estágio estar previamente definido, de acordo com os seus objetivos, na prática as avaliações nutricionais realizadas pela investigadora aos idosos acabaram por consumir muito tempo do seu referido estágio profissional. Esta necessidade de tempo, refletiu-se na dificuldade em obter maiores e, portanto, mais significativas amostras. Assim, o facto de

se obterem amostras pequenas, torna impossível a generalização dos resultados do estudo, contudo estes podem constituir uma fonte de desenvolvimento para outros estudos.

O facto dos enfermeiros da USF terem conhecimento do desenvolvimento do estudo e conhecimento pessoal da enfermeira que desenvolveu a investigação, pode, de alguma forma, ter condicionado a sua avaliação da escala de Braden, sobretudo no 2º momento de avaliação, o que constitui outra, eventual, limitação.

Ainda relativamente ao registo desta escala, a forma como a mesma é apresentada no sistema informático utilizado pelos enfermeiros nesta unidade (SCLínico), sem a descrição do que cada classificação representa, pode ter tornado ainda mais difícil a sua utilização de forma eficaz por parte destes profissionais.

Sá-Chaves (2007) referiu-se ao conhecimento como sendo incerto, instável e efémero, pelo que a investigação científica e o carácter instantâneo dos seus resultados fazem com que a informação que detemos careça, frequentemente, de verificação. Concretamente no que diz respeito à avaliação e intervenção da família, onde se inclui a família do idoso dependente na mobilidade, esta é, ainda, uma área que merece mais investigação. Este desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros de família, permitirá otimizar os cuidados prestados a estas famílias, já que só apostando na investigação e consequente divulgação dos seus resultados se conseguem práticas de enfermagem mais evoluídas.

Assim, sugere-se que se desenvolvam outros estudos sobre esta temática, noutras contextos de trabalho e com outras amostras, eventualmente mais representativas. Outra sugestão, prende-se com o desenvolvimento de um trabalho que investigue a relação das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, dando-se o exemplo das aqui apresentadas, com a eficácia desses profissionais na avaliação do risco nutricional, nomeadamente, através do conhecimento e utilização de instrumentos ou outras formas de registo e avaliação.

Pretende-se que o trabalho desenvolvido constitua um pequeno contributo nesta área e que os resultados aqui produzidos permitam criar oportunidades e experiências de aprendizagem, gerar apoios e, simultaneamente, fazer com que a família seja encarada como um agente dinâmico com protagonismo para a promoção da saúde de todos os seus membros.

Para isso, o trabalho desenvolvido será divulgado pelo ACeS, de forma a proporcionar uma oportunidade para os enfermeiros refletirem sobre as suas práticas e melhorem-nas, se considerarem pertinente. Em última instância, pretende-se que, pelo menos, os resultados obtidos despertem o interesse dos profissionais para a obtenção de mais informação sobre a temática.

Sugere-se, ainda, no sentido de melhorar a qualidade dos registos realizados pelos enfermeiros no que diz respeito à avaliação do risco nutricional, que seja incluído, no “SCLínico”, o MNA dado

que, atualmente, não é possível registrar informaticamente os dados nutricionais avaliados nos utentes, não existindo, portanto, evidência das intervenções dos enfermeiros neste âmbito mesmo que estes as desenvolvam.

Como última e fundamental sugestão, considera-se urgente a revisão da subescala da nutrição da escala de Braden, tendo em conta, não apenas os resultados encontrados neste estudo, mas também os trabalhos já anteriormente desenvolvidos por outros autores, como Serpa (2006) e Menegon et al. (2012), que apontam para a sua fragilidade dada a subjetividade da sua avaliação.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório reflexivo permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente traçados para o mesmo, na medida em que se procurou evidenciar o trabalho desenvolvido na USF Flor de Sal, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, nomeadamente algumas dificuldades e situações marcantes que surgiram ao longo do percurso. Foi, ainda, possível, com este documento, apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no estágio, que procurou, sobretudo, avaliar o papel e as competências dos enfermeiros desta USF, no âmbito da avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade.

Pensar-se em idosos dependentes, implica que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, considerem as famílias que os acolhem, que são os seus principais cuidadores. Araújo et al. (2010) refere que é fundamental que os enfermeiros reconheçam as necessidades e dificuldades destas famílias, considerando que os serviços sociais e de saúde deveriam intensificar a atenção e o apoio ao binómio idoso/família como estratégia ideal.

O trabalho de proximidade com as famílias, desenvolvido ao longo deste estágio de natureza profissional, tornou evidente que estas são complexas e dinâmicas e constituem um enorme desafio para os enfermeiros. Sobretudo durante a colheita de dados para o trabalho de investigação, no contexto do domicílio das famílias foi possível constatar que, ao conhecer a sua história, os seus recursos, as suas crenças e valores, o seu estilo de comunicação, a sua capacidade de tomar decisões, os enfermeiros podem constituir um recurso fundamental para apoiar as suas escolhas e ajudá-las a reforçarem-se perante os momentos de crise que podem constituir-se como momentos de crescimento e gratificação familiar (Figueiredo, 2011). No entanto, a autora reforça que “para que tal aconteça é necessária investigação, formação e também a divulgação dos exemplos de boas práticas de enfermagem de família”.

As avaliações do risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade realizadas realçaram a importância da equipa multidisciplinar para complementar dados nutricionais e instituir terapias nutricionais, se necessário. Para que o enfermeiro de família possa desenvolver um bom trabalho a este nível deve existir uma ótima articulação com os seus parceiros na prestação de cuidados a estes utentes (médico, nutricionista), para que o trabalho de todos se complemente. No entanto, a escassez de recursos humanos, faz com, nem sempre, esta articulação seja possível estabelecer com facilidade, nomeadamente no que diz respeito ao apoio nutricional especializado. Serpa & Santos (2008) reforçam a ideia referindo que é fundamental estabelecer programas de prevenção institucional que subsidiem as intervenções da equipa multidisciplinar de forma a ser possível controlar os fatores de risco, incluindo os parâmetros nutricionais.

Para que se desenvolva esta ótima articulação da equipa multidisciplinar deve, também, procurar-se promover a cultura do enfermeiro de família junto dos restantes membros da equipa, bem como dos utentes, nomeadamente através do desenvolvimento de oportunidades de

formação conjunta e a realização e divulgação da investigação no âmbito da enfermagem de família que promova o papel deste profissional.

Espera-se que este trabalho constitua uma mais-valia para os profissionais de saúde, concretamente para os enfermeiros que trabalham tendo a família como foco de atenção, deixando clara a necessidade de adaptação dos cuidados à especificidade de cada família e de um trabalho em parceria com as mesmas, sendo essencial que se implemente uma prática adaptada ao contexto de saúde e doença e à realidade na qual cada família está inserida.

O desenvolvimento deste estágio revelou-se uma experiência bastante enriquecedora e aliciante, também para o próprio mestrando, constituindo um importante momento de aprendizagem, ao permitir desenvolver e aprofundar conhecimentos a vários níveis, nomeadamente no que diz respeito à enfermagem de família e à avaliação do risco nutricional do idoso dependente na mobilidade. Além deste enriquecimento, despertou o interesse para continuar a investir na produção de conhecimento nesta área.

O trabalho de investigação em particular, constituiu uma oportunidade privilegiada de descoberta e um permanente desafio, fazendo com que, ao longo do percurso, surgissem momentos de reflexão e de aprendizagem que contribuiriam, quer para o crescimento pessoal, quer profissional da investigadora, na medida em que, ao questionar, frequentemente, a sua prática de cuidados, foi impulsionada a melhorar o seu desempenho.

Naturalmente que, como todos os desafios, também este foi revestido de algumas dificuldades e obstáculos que tornaram o trabalho mais moroso, exigindo um esforço acrescido. Relativamente a este aspeto, destaca-se a grande carga horária presencial semanal do estágio que tornou, por vezes, esgotante, o trabalho desenvolvido. Considera-se, ainda, como dificuldade importante a destacar, o facto de, em algumas situações, ter sido necessário alguma persistência para conseguir que os enfermeiros da USF procedessem ao 2º momento de avaliação da escala de Braden, já que o tempo para a colheita desses dados, era, de facto, muito reduzido.

Como sugestão, considera-se que, numa fase posterior ao término deste curso, será pertinente a apresentação à equipa da USF Flor de Sal dos resultados obtidos com o estudo, para que a mesma tenha perceção da sua prática, esperando que isso ajude, de alguma forma, a melhorá-la. Nessa mesma sessão, poderá, eventualmente, ser proposta a implementação de um protocolo de atuação que torne mais fácil a utilização das duas escalas tratadas ao longo do trabalho e o correto encaminhamento a dar ao utente e família consoante o resultado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Faccenda, O., & Amendola, F. (2010, March). Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 1046–1051. Retrieved from http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3765/art_OLIVEIRA_Avaliacao_do_risco_nutricional_em_idosos_atendidos_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, Thaís Cristina Oliveira da, Lebrão, M. L. L., & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(8), 1924–1930. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>
- Araújo, C. (2014). *Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/107967.pdf>
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010, December). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 45–53. doi:10.12707/R111013
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: Dependência no auto cuidado. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 45(4), 869–875. doi:10.1590/S0080-62342011000400011
- Araújo, I., & Santos, A. (2012, March). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 95–102. doi:10.12707/R111171
- Azevedo, L. C., Fenilli, M., Neves, L., Almeida, C. B., Farias, M. B., Breilkopf, T., ... Esmeraldino, R. (2007). Principais Fatores da Mini Avaliação Nutricional Associados a Alterações Nutricionais de Idosos Hospitalizados. *ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(6), 7–14. Retrieved from http://www.acm.org.br/revista/scripts/pdf.php?CD_ARTIGO=498
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomédica*. (E. Loyola, Ed.). São Paulo: Edições Loyola.

- Blanes, L., Duarte, I. da S., Calil, J. A., & Ferreira, L. M. (2004). Avaliação Clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Revista Associação Médica Brasileira*, 182–187. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781>
- Campos, S. F., Chagas, Â. C. P., Costa, A. B. P., França, R. E. de M., & Jansen, A. K. (2010). Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Revista de Nutrição de Campinas*, 703–714. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a02v23n5.pdf>
- Chayamiti, E. M. P. C., & Caliri, M. H. L. (2010). Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(1), 29–34. doi:10.1590/S0103-21002010000100005
- Coelho, A. D. A., Lopes, M. V. D. O., Melo, R. P., & Castro, M. E. (2012). O idosos e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 13(3), 639–649. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=2011729211&site=ehost-live&scope=site>
- Colembergue, J. P., & Conde, S. R. (2011). Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica*, 21(2), 59–63. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/25529756.pdf>
- Correia, F., & Dias, P. (2012). Avaliação nutricional em idosos dependentes: escalas de rastreio nutricional. *Journal of Tissue Regeneration and Healing - Revista Da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas*, 32–37. Retrieved from http://www.trh-journal.com/wp-content/uploads/TRHJournal_n01.pdf
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção : metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação E Cultura*, XIII(2), 445–479. doi:49418854
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. de M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. da, & Fernandes, M. M. (2010, December). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermeagem Referência*, 127–136. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Orientação nº017/2011: Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Lisboa. Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão resumo*. Lisboa. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

- Dock-Nascimento, D. B., Aguiar-Nascimento, J. E., Costa, H. C., Vale, H. V., & Gava, M. M. (2006). Precisão de métodos de estimativa do peso e altura na avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(2), 111–116. doi:ISSN 0103-7196
- Duca, G. F. Del, Martinez, A. D., & Bastos, G. A. N. (2011). Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre , Rio Grande do Sul. *Ciências E Saúde Coletiva*, 1159–1165. Retrieved from <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a10v17n5>
- Escola Superior de Saúde de Aveiro, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, & Escola Superior de Saúde de Bragança. (2015). *Guia Orientador de Estágio*. Aveiro/Vila Real/Bragança.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevenção de úlceras de pressão: Guia de consulta rápida*. Washington DC. Retrieved from http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf
- Figueiredo, M. do C. B. (2011, October). Enfermeria de familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Enfermería Familiar Y Comunitaria En El Ámbito Internacional*, 45–48. Retrieved from <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27045/>
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 43(3), 615–621. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de Enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado E Saúde*, 552–559. doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). CUIDADO REALIZADO PELO CUIDADOR FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE, EM DOMICÍLIO, NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Texto E Contexto - Enfermagem*, 21(3), 543–548. doi:10.1590/S0104-07072012000300008
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.) (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Freitas, M. C. De, Medeiros, A. B. F., Guedes, M. V. C., Almeida, P. C. De, Galiza, F. T. De, & Nogueira, J. D. M. (2011, March). Úlcera Por Pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 143–150. doi:10.1590/S1983-14472011000100019
- Gomes, F. M. O. (2008). *Avaliação Nutricional Em Idosos Cronicamente Acamados*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3289/1/2009000629.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *CENSUS 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Destaque: Informação à comunicação social - Censur 2011 - Resultados definitivos*. Retrieved from http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf
- Lehn, F., Coelho, H. D. D. S., Garcia, M. T., & Scabar, L. F. (2012). Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. *Journal Health Sci Ences Institute*, 30(1), 53–58. Retrieved from http://www2.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p53-58.pdf
- Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do “Mini-Nutricional Assesment” em idosos*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/.../TESE MHVSL.pdf>
- Lucena, A. D. F., Santos, C. T., Pereira, A. G. S., Almeida, M. D. A., Dias, V. L. M., & Friedrich, M. A. (2011). Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 1–8. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011>
- Madeira, A. T., Rodrigues, C., & Martins, P. (2010). Avaliação do risco nutricional em doentes internados num serviço de medicina. *Boletim Hospital Pulido Valente*, 47–52. Retrieved from http://83.240.153.196:8081/BoletimHPV/boletim_hpv_2.pdf
- Maia, H. M. R. A. (2012). *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa do Porto. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16302>

- Menegon, D. B., Bercini, R. R., Santos, C. T., Lucena, A. D. F., Pereira, A. G. S., & Scain, S. F. (2012). Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlceras por pressão. *Texto E Contexto - Enfermagem*, 21(4), 854–861. Retrieved from <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85474/000893296.pdf?sequence=1>
- Ministério da Saude. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEC_DL_298_2007.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Família nos CSP - Pressupostos para a sua implementação*. ACSS - Ministério da Saúde. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto de 2014 (2014). Portugal: Diário da República. Retrieved from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/637E141E-4F77-4654-8410-2D9D35995AB3/0/DecLei117_2014.pdf
- Miyazaki, M., Calir, M. H. L., & Santos, C. B. (2010). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1–10. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf
- Moraes, G. L. A., Araújo, T. M. De, Caetano, J. Á., Lopes, M. V. O., & Silva, M. J. (2012, June). Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25, 7–12. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02
- Moreira, P. L., & Villas Boas, P. J. F. (2011). Avaliação nutricional e capacidade funcional de idosos institucionalizados em Botucatu/SP. *Geriatría E Gerontologia*, 5(1), 19–23. Retrieved from <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2011-1.pdf#page=24>
- Moretto, M. C., Alves, R. M. A., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2012). Relação estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 10(4), 1–5. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Maria_Guariento/publication/223963187_Relationship_between_lower-limb_muscle_strength_and_frailty_among_elderly_people/links/0912f511e1bb4c760d000000.pdf
- Morita, A. B. P. S., Poveda, V. B., Santos, M. J., & Marcelino, A. L. (2012). Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. *Revista Eletrônica Do Vale Do Paraíba*, 9–23. Retrieved from <http://www.fatea.br/seer/index.php/reenvap/article/view/555/387>

- Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão - contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. (Universidade de Aveiro, Ed.) (2ª ed.). Aveiro: Graficamelas - Indústria gráfica, Lda.
- Salgueiro, H., & Lopes, M. (2010, March). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 26–32. doi:10.1590/S1983-14472010000100004
- Serpa, L. F. (2006). *Capacidade Preditiva da Subescala Nutrição da Escala de Braden para Avaliar o Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. Retrieved from file:///D:/Documentos/Mestrado/Estagio final/Artigos/Tese cap predict Nutricao Braden.pdf
- Serpa, L. F., & Santos, V. L. C. G. (2008). Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 367–369. Retrieved from <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n2/v21n2a22.pdf>
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364–371. doi:10.1590/S0034-89102003000300016
- Souza, R., Fraga, J. S., Gottschall, C. B. A., Busnello, F. M., & Rabito, E. I. (2013). Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 81–90. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a09v16n1.pdf>
- Unidade de Saúde Familiar Flor de Sal. (2016). *Relatório de Atividades 2015*. Aveiro.
- Zambonato, B. P., Assis, M. C. S., & Beghetto, M. G. (2013). Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 21–28. doi:10.1590/S1983-14472013000200003

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE BRADEN

Perceção sensorial (capacidade de reação significativa ao desconforto)	1. Completamente limitada: Não reage aa estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada), devido a um nível reduzido de consciência, ou sedação; Ou Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; Ou Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição; Ou Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade (nível de exposição da pele à humidade)	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Atividade (nível de atividade física)	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2h/2h durante o período em que está acordado.	
Mobilidade (capacidade de alterar e controlar a posição do corpo)	1. Completamente Imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo, sem ajuda.	
Nutrição (alimentação habitual)	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais e1 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético líquido; Ou Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de metade da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma suplemento dietético; Ou Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe ou laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento, caso lhe seja oferecido; Ou É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo, provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe ou laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento (capacidade para se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações)	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação, levam a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema: Move-se na cama e cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição adequada na cama ou cadeira.		
PONTUAÇÃO TOTAL					

ANEXO II – *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*

“MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT”

PESO: _____

ALTURA: _____

ALTURA DO JOELHO: _____

(se altura impossível)

I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

1) Índice de Massa Corporal

0 = IMC < 19

1 = 19 < IMC < 21

2 = 21 < IMC < 23

3 = IMC > 23

2) Perímetro Médio Braquial (PMB - em cm)

0,0 = PMB < 21

0,5 = 21 < PMB < 22

1,0 = IMC > 22

3) Circunferência da perna (CP- em cm)

0 = CP < 31

1 = CP > 31

4) Perda ponderal nos últimos 3 meses (PP- em Kg)

0 = perda ponderal > 3 Kg

1 = não sabe

2 = perda ponderal entre 1 e 3 Kg

3 = sem perda ponderal

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

5) O doente vive independentemente (em contraponto de viver num lar)?

0 = não

1 = sim

6) O doente toma mais de 3 medicamentos prescritos (por dia)?

0 = sim

1 = não

7) Nos últimos 3 meses, o doente foi vítima de stress psicológico ou doença aguda?

0 = sim

1 = não

8) Mobilidade

0 = limitado a uma cadeira ou á cama

1 = consegue sair da cama/ cadeira, mas não sai á rua

2 = sai á rua

9) Problemas neuropsicológicos

0 = demência severa ou depressão

1 = demência ligeira

10) Tem úlceras da pressão/escaras?

0 = sim

1 = não

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

11) Quantas refeições completas o doente come/dia?

0 = 1 refeição

1 = 2 refeições

2 = 3 refeições

12) O doente consome:

-Pelo menos uma porção de laticínios (leite, queijo)/dia?

Sim Não

-Duas ou mais porções de leguminosas ou ovos por semana?

Sim Não

-Carne ou peixe diariamente?

Sim Não

0,0 = nenhuma ou uma resposta "sim"

0,5 = se 2 respostas "sim"

1,0 = se 3 respostas "sim"

13) Consome duas ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente?

0 = não

1 = sim

14) A ingestão alimentar do doente foi reduzida nos últimos 3 meses devido a anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição?

0 = anorexia severa

1 = anorexia moderada

2 = sem anorexia

15) Quantos copos/ chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, cerveja, vinho...) o doente consome/dia?

0,0 = menos de 3 copos

0,5 = 3 e 5 copos

1,0 = mais de 5 copos

16) Modo de se alimentar

0 = alimenta-se só com ajuda

1 = alimenta-se sozinho, mas com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho, sem problemas

IV. AVALIAÇÃO SUBJECTIVA

17) O doente considera ter algum problema nutricional?

0 = malnutrição major

1 = não sabe/ malnutrição moderada

2 = sem problema nutricional

18) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como é que o doente considera o seu estado de

saúde?

0,0 = não tão bom

0,5 = não sabe

1,0 = igual

2,0 = melhor

**ANEXO III – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS
CENTRO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARER DA COMISSÃO: Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objetivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.

DESPACHO:

Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a saúde.
24.9.2015

Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr. José Manuel Assis Torres
Presidente

ASSUNTO:

Estudo 55/2015 – O papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade na USF Flor de Sal
Autoras: Tatiana Raquel Latães Marques

Dr.ª Maria Augusta Maia
Vice-Presidente

Dr. Luís Manuel Mota Mendes Cabral
Vogal

A investigadora propõe-se realizar estudo observacional na USF Flor de Sal com os objetivos centrais de "avaliar o risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade da USF Flor de Sal com recurso à Mini Nutritional Assessment" e "comparar os resultados da avaliação com os obtidos pelos enfermeiros da USF na subescala da nutrição da escala de Braden".

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos de forma anónima.

Será obtido o consentimento informado dos participantes.

Coimbra, 24 de setembro de 2015

O relator,

José Carlos Amado Martins

**ANEXO IV - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO ACeS BAIXO VOUGA PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

De: Maria, Damas [mailto:maria.damas@srsaveiro.min-saude.pt]

Enviada: quinta-feira, 8 de Outubro de 2015 12:36

Para: coord.usf_flordesa@csaveiro.min-saude.pt

Cc: Dir. Exec. ACeS_BxVouga; Pres.C.Clinico ACeS Baixo Vouga; Benilde, Teixeira; Rosario Oliveira; Teresa, Braz; enf.tatiana.marques@gmail.com

Assunto: Comissão de Ética

Exma. Sr. Dra. Graça Conceição

Para conhecimento e efeitos convenientes, junto se envia e-mail recebido da Comissão de Ética da ARS Centro, sobre o estudo "O Papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade na USF Flor de Sal"

Com os melhores cumprimentos.
Maria Augusta Damas

Secretariado ACeS Baixo Vouga

E-mail: aces_bxvouga@srsaveiro.min-saude.pt

maria.damas@srsaveiro.min-saude.pt

APÊNDICES

APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

QUESTIONÁRIO

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. **Idade:** ____

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Habilitações literárias:**

2º Ciclo (≤ 6º ano de escolaridade)

3º Ciclo (≤ 9º ano de escolaridade)

Ensino secundário (12º ano)

Curso Profissional ou Tecnológico

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

4. **Residência:**

Zona rural: Zona urbana

5. **Agregado familiar**

Com quem vive? _____

6. **Cuidador**

Quem presta cuidados? _____

**APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO
PARTICIPANTE NO ESTUDO**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro utente/familiar,

No âmbito do trabalho de investigação, inserido no 3º semestre do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, está a ser desenvolvido um trabalho de investigação-ação subordinado ao tema: “O papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade na USF Flor de Sal” e que tem como principais objetivos: avaliar o risco nutricional dos idosos dependentes na mobilidade e colaborar no desenvolvimento de estratégias de melhoria da prática dos enfermeiros da USF na avaliação do risco nutricional, sob orientação científica do Professor Doutor João Lindo Simões.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua participação neste estudo. Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), __/__/__

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Tatiana Raquel Latães Marques (tatiana.marques@ua.pt)

Assinatura:

**APÊNDICE III: APRESENTAÇÃO REALIZADA PARA A FORMAÇÃO AOS
ENFERMEIROS DA USF FLOR DE SAL**



O papel do enfermeiro de família na avaliação nutricional de idosos dependentes na mobilidade

Tatiana Marques

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio Profissional/Trabalho de investigação

Orientação do Professor Doutor João Lindo Simões

Co-orientação da Professora Doutora Marília Rua

Janeiro/2016

Sumário

- Objetivos da sessão
- Envelhecimento e dependência
- Dependência e Úlceras por Pressão (UP)
- Avaliação do risco de UP
- Avaliação do risco nutricional (RN) na prevenção de UP
- Papel do enfermeiro de família na prevenção de UP/avaliação do RN
- Trabalho desenvolvido na USF Flor de Sal
- Conclusão
- Referências bibliográficas

Objetivos da sessão

- Apresentar a evidência científica existente sobre a temática da prevenção das UP e, concretamente, da avaliação nutricional como um dos aspetos a valorizar;
- Explicitar o estudo desenvolvido na USF;
- Propor estratégias de melhoria a implementar pela equipa que promovam uma melhor prática de cuidados neste âmbito (eventual recurso à “Mini Nutritional Assessment” (MNA)).

Envelhecimento e dependência

- Portugal tem sofrido, nos últimos anos, alterações demográficas evidentes, que se prendem sobretudo com a redução da natalidade e o aumento da esperança média de vida.

(Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

- O envelhecimento da população está associado ao aumento das doenças crónicas e da comorbilidade refletindo-se no aumento da incapacidade e da dependência.

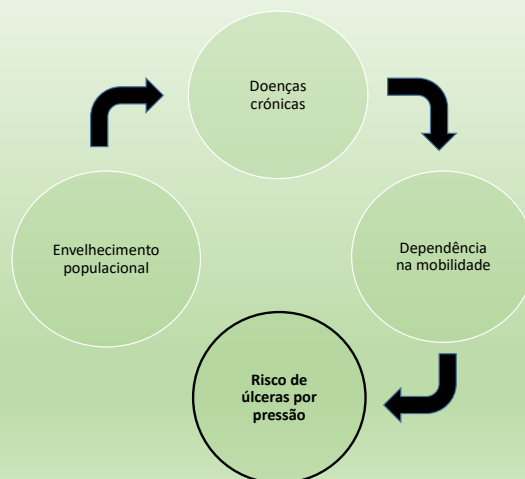
(Direção Geral da Saúde, 2013)

Dependência e úlceras por pressão

- A **idade avançada/envelhecimento** da pele e o **comprometimento da mobilidade**, entre outros fatores (indicadores nutricionais, fatores que afetam a perfusão e oxigenação, a humidade da pele, a fricção e forças de torção, a percepção sensorial, o estado geral de saúde e a temperatura corporal) aumentam o **risco de desenvolvimento de UP**.

(EPUAP/NPUAP, 2009)

Dependência e úlceras por pressão



Avaliação do risco de úlceras por pressão



(Direção Geral da Saúde, 2011)

Avaliação do risco de úlceras por pressão

Papel do enfermeiro:

- Aplicação da escala de Braden no primeiro contacto com o utente e tão regular e frequentemente quanto a necessidade (sempre que houver alterações da condição de saúde da pessoa);

(EPUAP/NPUAP, 2009)

- Educação das pessoas com risco de desenvolvimento de UP e dos familiares/cuidadores.

DGS (2011)

Avaliação do risco de úlceras por pressão

Escala de Braden:

- Perceção sensorial
- Humidade
- Atividade
- Mobilidade
- **Nutrição**
- Fricção e forças de deslizamento

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____
 Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

	1	2	3	4
Perceção sensorial Capacidade de reconhecer a dor ou desconforto	1. Completamente limitada: Não consegue sentir dor ou desconforto (NÃO sente, não se mexe nem se queixa e não demonstra um nível adequado de consciência ou de reação). OU Capacidade limitada de sentir dor ou desconforto em partes do seu corpo.	2. Muito limitada: Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou respiração curta. OU Tem uma percepção sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em maior parte do seu corpo.	3. Limitadamente limitada: Observa as reações verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a incapacidade de sentir dor ou desconforto. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Observa as reações verbais. Não apresenta dificuldades sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir dor ou desconforto.
Humidade Nível de humidade da pele	1. Não constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É observada humidade sempre que o doente é deslocado ou lavado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis ficam sempre húmidos pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, ocorrendo uma mudança ocasional de lençóis após o movimento ou por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capaz de se mover parcialmente limitado ou incontinente, não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Andar fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, a dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado: Ocasionalmente mudam ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhos.	3. Limitadamente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Adequação alimentar	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Alimentado com mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come frequentemente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactados). OU Nunca comem alimentos líquidos ou sólidos durante mais de cinco dias.	2. Problema alimentar moderado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas metade (1/2) da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas é muito ocasionalmente insuficiente. OU Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Come menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequado: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactados). Por vezes recebe uma refeição, mas toma geralmente o suficiente para se alimentar. OU Alimentado por sonda ou com regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições voluntária. Nunca necessita refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactados). Come ocasionalmente mais do que as refeições. Não precisa suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema potencial: Requer avaliação moderada e contínua para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem o uso de correntes ou cadeira. Ocasionalmente desliza sobre a cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento cuidadoso com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas da espinhala leva a fricções e deslizamentos.	2. Problema potencial: Movimento ou comunicação difícil ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante o movimento, a pele tenha de alguma forma contacto com lençóis, cadeira, apoio ou outro dispositivo. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou cadeira e mais ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar independentemente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição a cama ou cadeira.	

Nota: Quanto maior for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Braden/Bruno and Nacey/Bergstrom, 1989. V. Adaptada para Portugal por Margato, Carlos, Miguel, Cristina, Fátima, Paulo, Geacina, João, Daniela, Rita (2001).

Valor de cada subescala: entre 1 e 4
Categorização dos doentes:
Alto Risco de desenvolvimento de UP - valor final ≤ 16;
Baixo Risco de desenvolvimento de UP - valor final ≥ 17.

(Criada por Braden & Bergstrom, 1989 e validada para Portugal, 2001, por Margato; Miguéns; Ferreira; Gouveia & Furtado (DGS, 2011))

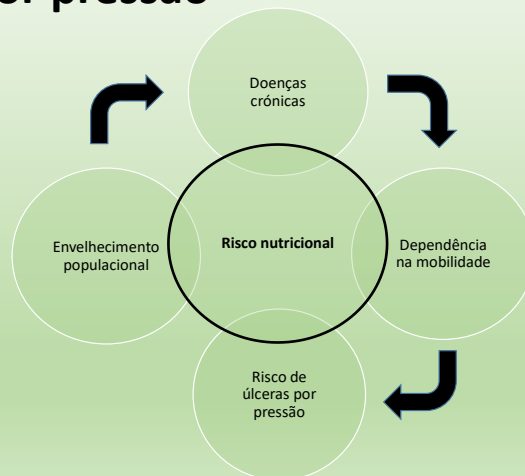
Avaliação do risco nutricional na prevenção de úlceras por pressão

Nutrição

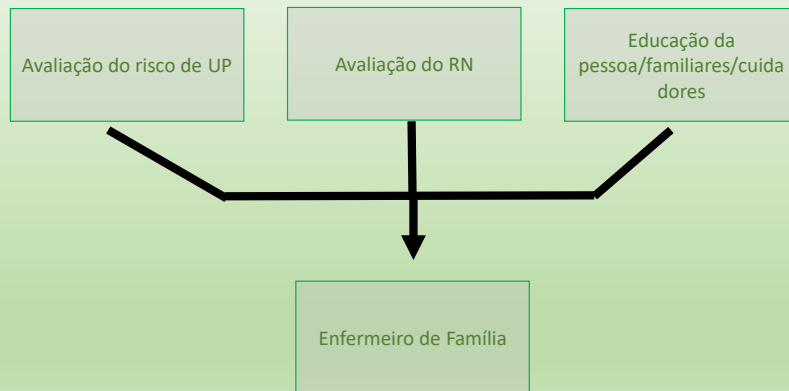
- Influencia os vários aparelhos e sistemas (fator de risco de doenças e de UP);
- A existência de algumas doenças crónicas nos idosos, pode também prejudicar o estado de nutrição;
- Especificidades da nutrição geriátrica: diminuição dos recursos económicos, dificuldade no abastecimento, ignorância nutricional, padrão alimentar inadequado, dificuldade na confeção e ingestão, falta de refeições, isolamento social, solidão e viuvez, deficiências fisiológicas, alcoolismo, depressão e iatrogenia medicamentosa.

(Loureiro, 2008)

Avaliação do risco nutricional na prevenção de úlceras por pressão



Papel do enfermeiro de família na prevenção de úlceras por pressão/avaliação do risco nutricional



Trabalho desenvolvido na USF Flor de Sal

Diagnóstico de situação relativo à avaliação nutricional dos idosos dependentes na mobilidade

Objetivos gerais:

- Avaliar o RN dos idosos dependentes na mobilidade;
- Sensibilizar e promover a formação dos enfermeiros da USF sobre a temática;
- Colaborar no desenvolvimento de estratégias de melhoria da prática.

Objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente a amostra;
- Incentivar os enfermeiros a aplicar a escala de Braden aos idosos dependentes na mobilidade;
- Analisar os resultados obtidos na subescala da nutrição;
- Realizar a avaliação do RN, recorrendo à MNA;
- Desenvolver formação sobre a temática à equipa;
- Implementar 2º momento de avaliação para avaliar resultados obtidos.

Próximos passos...

- Nova aplicação da escala de Braden aos utentes dependentes na mobilidade (programa “Dependentes” do *Sclínico*) pelo seu enfermeiro de família - atenção reforçada à subescala da nutrição;
- Apresentação dos resultados obtidos com o trabalho à equipa da USF Flor de Sal.

Conclusão

- É fundamental que se considere o risco de desenvolvimento de UP, através da aplicação da escala de Braden, nos idosos dependentes na mobilidade, de forma a prevenir a sua ocorrência;
- A identificação de problemas nutricionais, como parte integrante da escala de Braden, constitui um aspeto fundamental, ao permitir a intervenção precoce e apropriada para a obtenção de um bom estado nutricional e a consequente melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos, bem como redução do risco de UP;
- A utilização de um método de rastreio nutricional, como a MNA, constitui uma ferramenta valiosa para que um plano de intervenção adequado possa ser implementado de forma a melhorar o prognóstico clínico do idoso.