

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

Guião de Formação
“Cuidado nutricional em idosos”
Sessões CENIE 2018/2019

Autores:

Cezara Popa

Maria Palma Mateus

Maria Marta Correia

Nídia Braz

ISBN: 978-989-8859-81-5

Índice

Lista de Siglas.....	iii
Anexos	iii
1. Introdução.....	4
2. Sessão de Formação “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”	7
Plano da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”	22
Guião da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”	26
Avaliação da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”	38
3. Sessão de Formação “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação” ...	40
Plano da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”	62
Guião da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”	66
Avaliação da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”	81
4. Ação de Formação “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes <i>Mellitus</i> , Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”	83
Plano da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes <i>Mellitus</i> , Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”	102
Guião da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes <i>Mellitus</i> , Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”	107
Avaliação da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes <i>Mellitus</i> , Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”	118
5. Avaliação da formação/formador	120
6. Referências bibliográficas.....	122

Lista de Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

NE – Necessidades Energéticas

IMC – Índice de Massa Corporal

MUST – *Malnutritional Universal Screening Tool*

MNA – *Mini Nutritional Assessment*

NRS – *Nutritional Risk Screening*

NNI – *Nestlé Nutrition Institute*

CENIE – Centro Internacional sobre o Envelhecimento

ANSG – Avaliação Nutricional Subjetiva Global

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PEJ – Jejunostomia Endoscópica Percutânea

LDL – *Low Density Lipoprotein*

Anexos

Anexo 1 – Folheto informativo.....	124
------------------------------------	-----

1. Introdução

O envelhecimento é cada vez mais uma realidade nas sociedades atuais. O processo de envelhecimento é inevitável, irreversível, progressivo e natural, caracteriza-se por modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas (1). É importante que o envelhecimento não seja visto como uma limitação mas sim como uma fonte de desafios e oportunidades numa sociedade cada vez mais envelhecida (2).

O envelhecimento demográfico, que representa o aumento da proporção de pessoas idosas na população total, é um fenómeno mundial que afeta tanto os países em desenvolvimento como os países desenvolvidos (3) muito prevalente ao nível europeu, e também ao nível nacional.

Mundialmente, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento da população idosa de cerca de 694 milhões. Em 2025, haverá um total de cerca de 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 de anos. Até 2050, haverá 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, das quais 80% vivem em países em desenvolvimento (4).

Portugal, à semelhança de outros países, também se está a tornar num país envelhecido, quer devido à diminuição dos nascimentos quer devido ao aumento da esperança média de vida. Em Portugal, em 2018, cerca de 20% da população idosa tem mais de 65 anos de idade. Entre 1960 e 2001 verificou-se um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001 (5).

Portugal apresentou, em 2017, um índice de envelhecimento (número de indivíduos com mais de 65 anos para cada 100 jovens até aos 14 anos) de 153,2, sendo que, no litoral o índice de envelhecimento verificado é menor do que no interior do país. Estes dados são grandes indicadores do envelhecimento da população nacional (6).

Com o crescente envelhecimento da população mundial e aumento da esperança média de vida, torna-se importante a promoção de um envelhecimento com mais qualidade, mais saudável e ativo. O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Deve-se promover a participação contínua dos indivíduos nos assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos, não apenas o ser fisicamente ativo ou estar ativo no mercado de trabalho (4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. A capacidade funcional inclui a aptidão de uma pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas, tomar decisões, construir e manter relacionamentos e contribuir para a sociedade (7).

A capacidade funcional é constituída pela capacidade intrínseca do indivíduo, pelas características ambientais relevantes, bem como pela interação entre estas. A capacidade intrínseca engloba todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo (andar, pensar, vestir, levantar, ver, ouvir). A deterioração ou perdas inerentes ao envelhecimento afetam as capacidades de realização de tarefas do quotidiano. A existência de doenças, lesões e alterações próprias da idade são fatores com influência sobre o nível de capacidade intrínseca (8).

As características ambientais acima referidas incluem a habitação familiar, as estruturas residenciais para idosos (vulgarmente designadas lares), a comunidade, a sociedade em geral, bem como, os relacionamentos interpessoais, as atitudes, os valores, as políticas sociais e de saúde. A promoção de ambientes que visam sustentar e manter a capacidade intrínseca e a capacidade funcional é essencial para um envelhecimento saudável (7).

São estratégias a adotar pelas sociedades por forma a promover um envelhecimento de qualidade, ativo e saudável (9):

- Rever o papel dos pensionistas na participação social ativa, na definição das leis que incentivam a reforma;
- Estimular o empreendedorismo sénior, através da criação do próprio emprego ou de uma fonte extra de rendimentos;
- Adequar os postos de trabalho aos indivíduos com idades mais avançadas, com horários mais flexíveis, mais formação, segurança e medicina no trabalho;
- Modificar a forma de organização da sociedade;
- Diminuir o isolamento dos idosos através de programas de voluntariado ou acompanhamento de proximidade;
- Garantir cuidados de nutrição aos indivíduos idosos;
- Promover a atividade física com a criação de associações recreativas por forma de diminuir os riscos associados à idade.

As alterações fisiológicas características do processo do envelhecimento influenciam a alimentação dos indivíduos, aumentando o risco de deficiências nutricionais e de desnutrição. Um estado nutricional inadequado contribui para o aumento de complicações como o desenvolvimento de doenças agudas, agravamento de doenças crónicas e mortalidade. Por isso é necessário garantir uma alimentação adequada nas idades mais avançadas, de modo a promover um envelhecimento saudável e ativo de modo a que haja uma redução das patologias associadas à idade e melhor qualidade de vida. A intervenção na área da alimentação/nutrição e atividade física, de forma articulada entre profissionais, cuidadores e instituições, é importante para minimizar as complicações das patologias associadas ao envelhecimento (10).

Apesar de não fazer parte do processo natural do envelhecimento, a Demência (que engloba uma grande variedade de distúrbios cerebrais, muitos deles irreversíveis) é muito comum em indivíduos com mais de 65 anos (11). Caracteriza-se pela perda do funcionamento cognitivo que compromete as atividades da vida diária. São afetadas funções como a memória, habilidades de linguagem, percepção visual, resolução de problemas, auto gerenciamento e capacidade de concentração e atenção; muitas destas alterações resultam em complicações relacionadas com a alimentação e a deglutição, como é, por exemplo, o caso da disfagia e da desidratação (12).

As alterações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, características do envelhecimento, favorecem também o desenvolvimento de doenças metabólicas crónicas, funcionando como fatores de risco para estas. A Diabetes *Mellitus*, a Obesidade, as Doenças Cardiovasculares e a Hipertensão Arterial são algumas das comorbidades que podem surgir com a idade (13).

É relevante a identificação e intervenção preventiva nos fatores de risco destas doenças, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade associadas, bem como para melhorar a qualidade de vida dos idosos (14).

2. Sessão de Formação “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”



ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA PESSOA IDOSA

RISCO NUTRICIONAL, NECESSIDADES NUTRICIONAIS E ESTRATÉGIAS ALIMENTARES

Autoria:

Cezara Popa

Maria Palma Mateus (PhD)

Maria Marta Correia (PhD)

FARO, 2018

Slide 1

INTRODUÇÃO

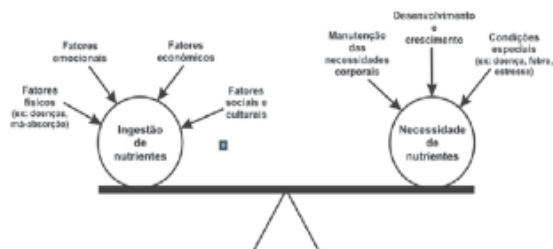
- ❖ O processo de envelhecimento é **irreversível** e **natural** acompanhado por várias **alterações fisiológicas**, uma vez que podem aumentar o **risco de deficiências nutricionais** visto que influenciam a alimentação dos indivíduos.
- ❖ Um **estado nutricional inadequado** no idoso contribui para um aumento de complicações, como o desenvolvimento de **doenças agudas** e **mortalidade**.
- ❖ Assim, é necessário **melhorar a alimentação dos idosos**, promover um **envelhecimento saudável** e **ativo** de forma a que haja uma **redução de patologias** associadas à idade e melhorar a **qualidade de vida**.

Slide 2

ESTADO NUTRICIONAL

- ❖ O estado nutricional é a condição de saúde, influenciada pelo consumo e utilização dos nutrimentos. Quando é inadequado contribui de forma significativa para o surgimento de complicações, aumento da morbidade e mortalidade nos idosos.

O estado nutricional representa o equilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades de nutrientes (Figura 1).



Fonte: Martins, 2009

Figura 1. – Fatores que influenciam o estado nutricional

Slide 3

FATORES QUE CONDICIONAM O ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO	
FATORES COM IMPACTO NO ESTADO NUTRICIONAL	IMPACTO NO ESTADO NUTRICIONAL
Saúde oral	Influencia as escolhas alimentares (diminuição ou eliminação da ingestão de certos alimentos). Cáries dentárias, perda de dentição e utilização de próteses dentárias não ajustadas provocam problemas de mastigação.
Perda ou diminuição de capacidades sensoriais	Alterações fisiológicas no paladar, na visão ou no olfato condicionam a ingestão de alimentos.
Dificuldades na deglutição	Devido à insuficiente produção de saliva que provoca sensação de boca seca, tremor e disfagia.
Desidratação	Diminuição da percepção da sede e conseqüente ingestão hídrica insuficiente ou por aumento das perdas de líquidos (uso de diuréticos, infecção, demência).
Alterações gastrointestinais	Diminuição produção de enzimas, obstipação, flatulência, diarreia, entre outros.
Medicamentos	Possíveis interações fármaco-alimento, alimento-fármaco, fármaco-estado nutricional.

Adaptado de: Barbosa, 2013

Slide 4

NECESSIDADES NUTRICIONAIS DA POPULAÇÃO IDOSA



Figura 2. – Roda dos alimentos

O processo de **envelhecimento** apresenta **consequências** nas **necessidades nutricionais** dos indivíduos. As **mudanças fisiológicas e metabólicas** e a **diminuição da capacidade funcional** fazem com que a **ingestão nutricional** seja **comprometida** nas pessoas idosas. Pelo que, existem **necessidades nutricionais particulares**, nesta etapa do ciclo de vida.

Slide 5

ALTERAÇÃO NA COMPOSIÇÃO CORPORAL OU FUNÇÃO FISIOLÓGICA DO IDOSO E IMPACTO NAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS	
Alteração na composição corporal ou função fisiológica	Impacto nas necessidades nutricionais
↓ massa muscular	↓ necessidades energéticas
↓ densidade óssea	↑ necessidades em cálcio e vitamina D
↓ função imunitária	↑ necessidades em vitamina B6, vitamina E e zinco
↑ ph gástrico	↑ necessidades em vitamina B12, ácido fólico, cálcio, ferro e zinco
↓ capacidade da pele para produção de colecálciferol	↑ das necessidades em vitamina D
↑ capacidade para produção de hormona paratiroide	↑ das necessidades em vitamina D
↓ biodisponibilidade em cálcio	↑ necessidades em cálcio e vitamina D
↓ função hepática do retinol	↓ necessidade em vitamina A
↑ stress oxidativo	↑ necessidades em betacaroteno, vitamina c e vitamina E
↑ níveis de homocisteína	↑ necessidades em folatos, vitamina B6 e vitamina B12

Adaptado de: Barbosa, 2013

Slide 6

NECESSIDADES NUTRICIONAIS



NECESSIDADES ENERGÉTICAS (NE)

❖ Idosos saudáveis → 30 Kcal /Kg de peso

A **diminuição da massa muscular, da atividade física** e outros fatores como o **estado nutricional**, o estado de saúde e a tolerância, **influenciam as NE:**

- ❖ NE para idosos com níveis normais de atividade física → 24 a 36 kcal/kg de peso
- ❖ NE para pessoas idosas com baixo peso (IMC 21 kg /m²) → 32 a 38 kcal/kg de peso
- ❖ NE mínimas para doentes idosos → 27 a 30 kcal/kg de peso

Fonte: Volkert, 2018

Slide 7

NECESSIDADES NUTRICIONAIS



NECESSIDADES PROTEICAS

❖ Idosos saudáveis → 1,0 a 1,2 g/kg de peso

Em caso de doença, as necessidades proteicas podem estar aumentadas:

- ❖ Idosos com doença aguda ou crónica → 1,2 a 1,5 g/kg de peso
- ❖ Idosos com lesão grave, doença ou má nutrição → até 2,0 g/kg de peso

Assegurar ingestão de, pelo menos, 1,0 g/kg de peso, em todas as pessoas idosas.

Fonte: Volkert, 2018

Slide 8

NECESSIDADES NUTRICIONAIS



NECESSIDADES LIPÍDICAS

- ❖ 20-35% da energia total diária.
- ❖ 10%, no máximo, de ácidos gordos saturados.
- ❖ 300 mg/dia, no máximo, de colesterol.

Valores recomendados de ómega-3 e ómega-6 por idade e sexo

Idades 51-70 anos	Idades >70 anos
Ómega-6	
Homem- 14 g/dia	Homem- 14 g/dia
Mulher- 11 g/dia	Mulher- 11 g/dia
Ómega-3	
Homem- 1,6 g/dia	Homem- 1,6 g/dia
Mulher- 1,1 g/dia	Mulher- 1,1 g/dia

Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 9

NECESSIDADES NUTRICIONAIS



HIDRATOS DE CARBONO

45-65% da energia total diária

Hortofrutícolas, cereais e derivados integrais ou de mistura de diferentes cereais.

FIBRA, VITAMINAS E MINERAIS ESSENCIAIS

Valores recomendados de hidratos de carbono por idade e sexo

Idades 51-70 anos	Idades >70 anos
Homem- 130 g/dia	Homem- 130 g/dia
Mulher- 130 g/dia	Mulher- 130 g/dia

Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 10

NECESSIDADES NUTRICIONAIS



FIBRA

População de idade avançada → problemas gastrointestinais



A fibra contribui para o normal funcionamento do intestino



25 g/dia de fibra

A fibra alimentar pode contribuir para a normalização das funções intestinais, pelo que, é importante a ingestão adequada de fibra em idade geriátrica

Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 11

NECESSIDADES VITAMÍNICAS DOS IDOSOS E FONTES ALIMENTARES		
Vitaminas	Recomendação	Fonte alimentar
Vitamina D	15 µg/dia dependente da idade	Peixes "gordos" (cavala, biqueirão, atum, sardinhas...) fígado, gema de ovo, leite e derivados ricos em gordura e óleo de fígado de bacalhau.
Vitamina K	90 -120 µg/dia dependente do género	Hortícolas, óleos de origem vegetal, leguminosas, batata.
Vitamina E	15 mg/dia	Óleos de origem vegetal, sementes e frutos oleaginosos, cereais e derivados pouco refinados, hortícolas (folha de verde escura), gema de ovo, queijo.
Vitamina B6	0,1-2,0 mg/dia dependente da idade e do género	Pescado, carnes, fígado, frutos, cereais e derivados pouco refinados, leguminosas, frutos gordos.
Vitamina B12	2,4 mg/dia	Vísceras, carnes, marisco, ovos, produtos lácteos (exceto manteiga)
Ácido Fólico	400 mg/dia	Hortícolas de folha verde escura, fígado, frutos oleaginosos, leguminosas (feijão e ervilhas), gema de ovo, cereais e derivados pouco refinados.

Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 12

NECESSIDADES MINERAIS DOS IDOSOS E FONTES ALIMENTARES		
Minerais	Recomendação	Fonte alimentar
Cálcio	1200 mg/dia	Lactínicos, hortícolas de folha verde escura, ovos, pescado, frutos gordos.
Fósforo	700 mg/dia	Leite e derivados, pescado, gema de ovo, frutos oleaginosos, leguminosas, cacau.
Selénio	55 µg/dia	Pescado (crustáceos), carne, gema de ovo, hortícolas, (cebola, tomate, brócolo...), cereais e derivados pouco refinados.
Zinco	8-11 mg/dia dependente da idade e do género	Pescado (crustáceos e moluscos), carnes, gema de ovo, leite e derivados, fígado, leguminosas.
Potássio	4,7 g/dia	Fruta (banana, laranja...), batata, leguminosas, frutos oleaginosos, pescado, cacau.
Ferro	8-18 mg/dia dependente da idade e do género	Carnes, vísceras, gema de ovo, pescado, leguminosas, frutos oleaginosos, hortícolas de folha verde escura
Magnésio	310-400 mg/dia dependente da idade e do género	Cereais e derivados pouco refinados, leguminosas (feijão e grão de bico), castanha, frutos oleaginosos, fruta fresca (banana, figo,...).

Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 13

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

NECESSIDADES HÍDRICAS

- Decréscimo de consumo de líquidos
- Diminuição da função renal
- Perdas aumentadas na urina devido à ação de medicamentos como laxantes e diuréticos
- ❖ É importante garantir um consumo mínimo de **1,5 a 2 litros de água por dia**, cerca de **6 a 8 copos**, de forma a que haja a manutenção do equilíbrio hídrico, essencial para as funções fisiológicas.



Adaptado de: Terceira Idade - APN

Slide 14

RISCO NUTRICIONAL

- ❖ Segundo um estudo que avaliou a **prevalência da insegurança alimentar** em indivíduos idosos Portugueses (≥ 65 anos) e a respetiva **relação com doenças crónicas** e **qualidade de vida** verificou-se que **23% dos idosos** viviam em situações de **insegurança alimentar**. Esses mesmos idosos são os que apresentam uma **maior prevalência de doenças crónicas** e **menor qualidade de vida** relacionada com a doença.
- ❖ A **desnutrição** apresenta **elevada prevalência** na **população idosa** de muitos países desenvolvidos. Esta **aumenta** significativamente a **morbidade** e **mortalidade**, e compromete a autonomia e a qualidade de vida assim, a **avaliação do estado nutricional** é de extrema importância neste grupo etário.

Fonte: Nutrimento - Insegurança alimentar na população idosa, 2018

Slide 15

DESNUTRIÇÃO

- ❖ A desnutrição é um **distúrbio do estado nutricional**, consequente de **um desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades individuais**, quer em macronutrientes, quer em micronutrientes.
- ❖ Frequentemente, a **desnutrição** não é diagnosticada devido às modificações fisiológicas associadas ao envelhecimento, o que faz com que os profissionais de saúde não valorizem os sinais de desnutrição.

Slide 16

DESNUTRIÇÃO

- ❖ A **desnutrição pode ser prevenida ou revertida** com uma **intervenção nutricional adequada**, a qual tem sido associada a melhorias clínicas e a benefícios funcionais, tanto a nível hospitalar como na comunidade.
- ❖ Assim, é essencial que a **avaliação do risco nutricional** seja realizada, sistematicamente, para que **situações de risco sejam precocemente identificadas e corrigidas**, e consequentemente se consiga prevenir os efeitos negativos inerentes à desnutrição.

Slide 17

DESNUTRIÇÃO

A desnutrição pode ser devido a:

- ❖ Diminuição da ingestão alimentar/nutricional;
- ❖ Aumento das perdas nutricionais;
- ❖ Alteração do metabolismo dos nutrientes;
- ❖ Aumento das necessidades nutricionais.



Doença aguda ou complicações e doença crónica

Slide 18

CONSEQUÊNCIAS DA DESNUTRIÇÃO

CONSEQUÊNCIAS DA DESNUTRIÇÃO	
Efeito	Consequência
Resposta imunitária comprometida	Incapacidade em lutar contra a infeção
Força muscular reduzida e fadiga	Inatividade e redução da capacidade de realização de tarefas diárias. A força muscular reduzida pode resultar em quedas, por exemplo.
Perda de regulação da temperatura	Hipotermia
Deficiência da cicatrização de feridas	Aumento das complicações relacionadas com os ferimentos, como infeções e fraturas não unidas
Incapacidade em regular o sal e os líquidos	Predisposição para a super-hidratação ou desidratação

Adaptado de: Todorovic, 2003

Slide 19

FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL

Existem várias ferramentas de rastreio nutricional, aplicadas a várias populações específicas:

- ❖ *Malnutritional Universal Screening Tool* (MUST) → Aplicado em **hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados**
- ❖ *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002) → Aplicado em **ambiente hospitalar**
- ❖ *Mini Nutritional Assessment* (MNA) → Aplicado em **idosos**

Slide 20

Mini Nutritional Assessment (MNA)

- ❖ **Mini Nutritional Assessment (MNA)** é uma ferramenta de controlo e avaliação que pode ser utilizada para **identificar pacientes idosos com risco de desnutrição ou já desnutridos**.
- ❖ Foi desenvolvido pela *Nestlé Nutrition Institute* (NNI) e por geriatras e foi validada em vários estudos internacionais.
- ❖ Permite que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir maior deterioração e melhorar os resultados do paciente.
- ❖ Maior probabilidade de detetar risco de desnutrição numa fase inicial.

Slide 21

Mini Nutritional Assessment
MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Fonte: Institute Nestlé Nutrition, 2009

Slide 22

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23, 3 = IMC ≥ 23.	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	

Mini Nutritional Assessment (MNA)

“Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.”

Fonte: Institute Nestlé Nutrition, 2009

Slide 23

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)? 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido

Fonte: Institute Nestlé Nutrition, 2009

Slide 24

ESTRATÉGIAS ALIMENTARES PARA IDOSOS DESNUTRIDOS OU EM RISCO DE DESNUTRIÇÃO

- ❖ Realizar **pelo menos 5 refeições diárias** (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar);
- ❖ Dar **assistência às refeições**, a fim de apoiar a **ingestão alimentar adequada**;
- ❖ Promover, em ambientes institucionais, **refeições em ambiente agradável e caseiro**;
- ❖ **Compartilhar** a hora da refeição com outros;



Slide 25

- ❖ Oferecer refeições **energeticamente densas** (arroz, massa, leguminosas, batata, batata-doce, por exemplo: massa com grão, jardineira de frango com ervilhas e batata-doce...) e incluir nos **lanches** (fruta, iogurte não açucarado, flocos de aveia, pão de mistura);
- ❖ Preferir **frutas e hortícolas** por serem alimentos **nutricionalmente densos** (elevado teor de nutrientes);
- ❖ **Dar preferência à fruta**, se o paciente tem apetite por doces, conjugar frutas coloridas e com cortes diferentes para ser mais atrativo, cozer ou assar fruta, em caso de dificuldade de mastigação e /ou deglutição;



Slide 26

- ❖ Fornecer **alimentos com elevado teor de proteínas com alto valor biológico** (leite e queijo meio-gordos, iogurtes, ovos, carnes brancas, pescado);
- ❖ Oferecer **alimentos que se comam com a mão** (fruta, sandes diversas, quiche, queques de peixe, de legumes,...) para facilitar a ingestão alimentar;
- ❖ Oferecer aos idosos com **disfagia orofaríngea e / ou problemas de mastigação** alimentos enriquecidos com textura modificada (ex. um batido com leite meio gordo, bolacha tipo maria e banana);
- ❖ **Evitar a falha de refeições**, evitando estar mais de 3h sem comer;



Slide 27

- ❖ Oferecer refeições **pouco volumosas e facilmente digeríveis** (ex.: sopas, vegetais cozidos, purés de vegetais, frutas);
- ❖ Ter em atenção a preparação das refeições: **cores, sabores, formas, texturas e aromas**;
- ❖ Experimentar alimentos e pratos que a pessoa nunca tenha comido antes para tornar a alimentação mais diversificada;
- ❖ Estar atento às **modificações involuntárias** do apetite ou de peso;
- ❖ **Medir e registar** o peso semanalmente.



Slide 28

CONCLUSÃO

- O envelhecimento é uma fase inevitável do ciclo de vida e não deve ser encarado como um problema, mas sim como uma oportunidade de viver de forma saudável e o mais **autónomo** possível.
- O idoso deve adotar hábitos alimentares que satisfaçam as suas necessidades nutricionais, por forma a garantir a manutenção de um estado nutricional adequado.
- A intervenção na área da alimentação/nutrição e atividade física de forma articulada entre profissionais, cuidadores e instituições é importante para minimizar o risco de patologias associadas ao envelhecimento e garantir uma boa qualidade de vida.

Slide 29

Plano da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”

PLANO DE SESSÃO / AÇÃO

Tema

Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares.

Enquadramento

Esta atividade é realizada no âmbito do projeto Centro Internacional sobre o Envelhecimento (CENIE) e tem como objetivo mudar atitudes e comportamentos sociais, por forma a promover um envelhecimento com mais qualidade de vida.

Público-alvo

Técnicos das instituições geriátricas

Nº mínimo de participantes: 12

Nº máximo de participantes: 50

Local

Instituições geriátricas.

Data

A calendarizar oportunamente.

Duração

50 minutos.

Objetivo geral

Garantir a consciencialização, o conhecimento básico e a melhoria das competências práticas sobre a desnutrição no idoso e, assim, promover o rastreio precoce e uma ingestão alimentar adequada, de modo a assegurar as necessidades nutricionais das pessoas idosas com desnutrição ou com risco de desnutrição.

Objetivos específicos

1. Sensibilizar os técnicos e cuidadores para a importância da avaliação do risco nutricional nos idosos.
2. Dar a conhecer as ferramentas de rastreio nutricional.
3. Compreender a forma de aplicar e interpretar uma ferramenta de rastreio nutricional.
4. Dar a conhecer as recomendações nutricionais específicas para os idosos.
5. Dar a conhecer estratégias alimentares para idosos em risco nutricional.

Recursos

Recursos humanos: Um nutricionista ou um estudante da licenciatura em Dietética e Nutrição.

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala; um questionário.

Conteúdos

- Introdução ao processo do envelhecimento;
- Estado nutricional;
- Necessidades nutricionais da população idosa;
- Risco nutricional;
- Desnutrição geriátrica;
- Ferramentas de avaliação do risco nutricional;
- Estratégias alimentares para idosos desnutridos ou em risco de desnutrição;
- Conclusão.

Desenvolvimento

No início da sessão será feita a apresentação do projeto CENIE (quebra-gelo), a qual será seguida da sessão temática. Esta inicia-se com a introdução aos temas e os objetivos da mesma. No desenvolvimento serão apresentando os conteúdos planeados, haverá esclarecimento de dúvidas e interação com o público-alvo. Para concluir será realizada uma síntese da sessão e do seu conteúdo e serão avaliados os conhecimentos adquiridos pelo público-alvo, através de um questionário de escolha múltipla, que também avalia o formador e a sessão.

Avaliação

Questionário de escolha múltipla sobre os conteúdos da sessão

Questionário de escolha múltipla sobre a formação

Objetivos de avaliação

No final da sessão, 70% dos técnicos devem ser capazes de:

1. Identificar, pelo menos, 3 características de indivíduos em risco nutricional.
2. Saber reconhecer, pelo menos uma ferramenta de rastreio e avaliação nutricional.
3. Identificar, pelo menos 3 estratégias alimentares para idosos em risco nutricional.
4. Identificar quais os nutrientes cujas necessidades são maiores nos idosos.

Referências Bibliográficas

1. Ferreira da Costa A, Gomes da Cunha A, Oliveira C. Avaliação do estado nutricional do idoso não institucionalizado [Internet]. Coimbra. 2013. Available from:

https://www.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=25809&codigo=65610543

2. Nutrimento. Insegurança alimentar na população idosa [Internet]. 2018, vol. 5. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <https://nutrimento.pt/noticias/inseguranca-alimentar-na-populacao-idosa/>
3. Martins C. Introdução à Avaliação do Estado Nutricional. Universidade de São Paulo. 2009. [Internet]. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2191646/mod_resource/content/1/Modulo_1_-_introducao_da_avaliacao_do_est.pdf
4. Barbosa M, Granja L. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na Pessoa Idosa [Internet]. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. 2013, 59 p. Available from: http://www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao_no_idoso.pdf
5. Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment. Nestle Nutr Inst [Internet]. 2009;1. Available from: <http://www.mna-elderly.com/default.html>
6. Nestlé Nutrition Institute. Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Nestlé Nutr Inst [Internet]. 2009;16. Available from: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf.
7. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415–21.
8. Todorovic V, Russel C, Elia M. O Folheto Explicativo do “MUST.” 2003.
9. BAPEN. Malnutrition Universal Screening Tool. Malnutrition Advis Gr [Internet]. 2010;1–4. Available from: www.bapen.org.br
10. Jesus B, Veríssimo M. Micronutrientes na Prevenção da Doença no Idoso. Faculdade de Medicina de Coimbra.2015.
11. Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. ELSEVIER [Internet]. 2014;33(6):929–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>
12. Martins SE. Avaliação Nutricional do Doente Idoso [Internet]. Coimbra; 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/36549>
13. Associação Portuguesa de Nutrição. Terceira Idade [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0C0L>
14. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
15. Meira O. Aplicação do protocolo de risco nutricional (NRS 2002) aos doentes internados no Serviço de Endocrinologia de Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António [Internet]. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação

Universidade do Porto. Porto; 2010. Available from: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54418/3/138537_1034TCD34.pdf

16. Catita D. Estudo Comparativo de 5 Ferramentas, Não Invasivas, de Avaliação Nutricional em Idosos de uma Instituição do Concelho do Seixal [Internet]. 2015. Available from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10837/1/Catita%2C Diogo André dos Reis de Sousa.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10837/1/Catita%2C%20Diogo%20Andr%C3%A9%20dos%20Reis%20de%20Sousa.pdf)
17. Ruivo I. Rastreio Nutricional/ Elaboração de um Protocolo. FCNAUP, Porto; 2007.
18. Raslan M, Gonzalez MC, Gonçalves Dias MC, Nascimento M, Castro M, Marques P, et al. Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. *Nutrition*. 2010; 26(7–8):721–6.
19. Oliveira R. Desnutrição Associada à Doença. Centro Hospitalar de Leiria. 2018. [Internet]. [cited 2018 Oct 8]. Available from: <http://www.chleiria.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/desnutricao-associada-a-doenca-45/>

Guião da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”

Guião de Sessão

Tema: Alimentação e nutrição na pessoa idosa - Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares.

Duração: 50 minutos

Público-alvo: Técnicos das instituições geriátricas

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala; um questionário.

Slide 1 - Capa

(Começar por saudar o público, fazer a apresentação do formador e posteriormente a apresentação do tema e dos objetivos da formação.)

Bom dia, sou a

Venho falar-vos sobre o risco nutricional, as necessidades nutricionais e apresentar estratégias alimentares úteis para a população idosa. O objetivo desta sessão é sensibilizar para a desnutrição nos idosos e aumentar as vossas competências práticas para assegurar que as necessidades nutricionais das pessoas idosas sejam atingidas.

Slide 2 – Introdução

As alterações fisiológicas características do processo do envelhecimento influenciam a alimentação dos indivíduos, aumentando o risco de deficiências nutricionais.

Um estado nutricional inadequado contribui para o aumento de complicações de saúde, como o desenvolvimento de doenças agudas e mortalidade.

Assim, torna-se necessário assegurar a adequada alimentação dos idosos, para promover um envelhecimento saudável e ativo, e contribuir para a redução de patologias associadas à idade e a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Slide 3 – Estado nutricional

Entende-se por estado nutricional a condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização dos alimentos. Devemos sempre garantir um estado nutricional adequado por forma diminuir o aparecimento de complicações, o aumento da morbilidade e da mortalidade nos idosos.

Deve existir um equilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades de nutrientes, como podemos ver na Figura 1 (apontar para a Fig.1) para que seja alcançado um estado nutricional adequado.

Slide 4 – Fatores que condicionam o estado nutricional do idoso

Existem fatores relacionados com o avanço da idade que têm impacto no estado nutricional. Destes, destacamos a saúde oral, a perda ou diminuição de capacidades sensoriais, a dificuldade na deglutição, a desidratação, as alterações gastrointestinais e a medicação.

A saúde oral influencia as escolhas alimentares, visto que pode provocar a diminuição ou mesmo eliminar a ingestão de certos alimentos. Frequentemente assistimos a problemas de mastigação devido à perda de dentição, cáries e à utilização de próteses dentárias não ajustadas.

A perda ou diminuição de capacidades sensoriais, como por exemplo a diminuição da intensidade do paladar, da visão ou do olfato, condicionam também a ingestão de alimentos.

As dificuldades na deglutição – disfagia - são provocadas pela insuficiente produção de saliva, que provoca a sensação de boca seca, tremor e disfagia.

A desidratação, que pode resultar apenas da diminuição da percepção da sede e consequente ingestão hídrica insuficiente, é agravada pelo aumento das perdas de líquidos (resultantes de infeções, demência e/ou toma de diuréticos) ou ainda pela conjugação destes dois fenómenos.

As alterações gastrointestinais resultam, entre outros, da diminuição da produção de enzimas digestivas e provocam por exemplo, obstipação, flatulência e diarreias.

Quanto à medicação, podem existir alterações na absorção de alimentos provocadas pelos fármacos (interações fármaco-alimento), alterações na eficácia dos medicamentos provocadas pela ingestão de alimentos (interações alimento-fármaco) e ainda efeitos diretos dos fármacos sobre o estado nutricional (interações fármaco-estado nutricional).

Slide 5 – Necessidades nutricionais da população idosa

O envelhecimento apresenta consequências nas necessidades nutricionais. As mudanças fisiológicas e metabólicas e a diminuição da capacidade funcional fazem com

que a adequação nutricional esteja comprometida nas pessoas idosas. Por isso existem necessidades nutricionais particulares nesta etapa do ciclo de vida.

Antes de falarmos das necessidades particulares dos idosos, apresento a Roda dos Alimentos destinada à comunidade em geral, pois todos devemos seguir uma alimentação variada, equilibrada e completa tal como esta recomenda, em qualquer fase do ciclo de vida.

Slide 6 – Alterações na composição corporal ou função fisiológica e o respetivo impacto nas necessidades nutricionais

Existem alterações na composição corporal ou função fisiológica na população idosa com impacto nas necessidades nutricionais, veremos agora quais são.

A diminuição da massa muscular implica uma diminuição das necessidades energéticas:

A taxa de metabolismo basal diminui com o avançar da idade, associada ao decréscimo da massa muscular e ao aumento da gordura total e gordura visceral.

A diminuição da densidade óssea provoca um aumento das necessidades em cálcio e vitamina D:

Com o avançar da idade ocorre diminuição da densidade óssea, que importa contrariar. Para isso são essenciais o cálcio e a vitamina D. A vitamina D é responsável pelo aumento da absorção de cálcio e pela correta mineralização óssea. O cálcio é um dos minerais mais importantes para a constituição do tecido ósseo.

A diminuição das funções imunitárias implica um aumento das necessidades em vitamina B6, vitamina E e zinco:

A vitamina B6 é responsável pela produção de anticorpos que por sua vez atuam no sistema imunológico do organismo. A vitamina E tem a capacidade de combater os radicais livres e previne os danos celulares. O zinco é um micronutriente que atua no sistema imunológico, através de diversos mecanismos.

O aumento do pH gástrico implica um aumento das necessidades em vitamina B12, ácido fólico, cálcio, ferro e zinco:

Com a idade, as secreções do estômago são progressivamente menos ácidas. A acidez gástrica é essencial para absorção de vários micronutrientes como a vitamina B12, o ferro, o zinco e o ácido fólico, por isso esta diminuição de acidez resulta em menor eficácia na absorção destes nutrientes.

Diminuição da capacidade da pele de produção de colecalciferol implica aumento das necessidades em vitamina D

O colecalciferol ou vitamina D₃, um dos precursores da vitamina D, é maioritariamente formado na pele após a exposição à luz solar. Nos idosos que têm pouca exposição solar (porque saem pouco à rua ou porque cobrem todo o corpo com roupa, muitas vezes escura) os défices de vitamina D são muito comuns.

Menor biodisponibilidade de cálcio implica maior necessidade em cálcio e vitamina D

O termo biodisponibilidade de cálcio refere-se à quantidade de cálcio do alimento ingerido que vai ser absorvida, distribuída e utilizada pelo organismo. Esta quantidade diminui com a idade, mesmo que a alimentação se mantenha semelhante.

A baixa biodisponibilidade do cálcio implica que sejam necessárias maiores doses de cálcio para que sejam atingidas as necessidades. A ingestão conjunta de vitamina D vai potenciar a absorção deste mineral.

Menor função hepática do retinol implica que seja necessária menor quantidade de vitamina A

O fígado é o principal órgão responsável pelo armazenamento, metabolismo e distribuição da vitamina A – vitamina A - para os tecidos periféricos. Quando a função hepática está comprometida, o fígado não consegue metabolizar nem distribuir a vitamina A, pelo que a quantidade fornecida de vitamina A deve ser reduzida.

O aumento do *stress* oxidativo implica um aumento das necessidades em betacaroteno, vitaminas C e E

A manutenção do equilíbrio entre a produção de radicais livres e as defesas antioxidantes (enzimas e outras moléculas) é uma condição essencial para o funcionamento normal do organismo. Quando este equilíbrio tende para a produção de radicais livres, diz-se que o organismo está em *stress* oxidativo. Para que se mantenha o equilíbrio é necessário adequar o aporte de antioxidantes, como é o caso do betacaroteno e das vitaminas C e E.

Elevados níveis de homocisteína implicam necessidades aumentadas em folatos, vitaminas B6 e B12

Níveis elevados de homocisteína estão associados a várias consequências negativas no organismo (hipertensão arterial, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral)

pelo que é importante o aporte adequado de ácido fólico, vitamina B6 e B12 de modo a garantir a correta metabolização da homocisteína.

Mais à frente apresentarei exemplos de fontes alimentares destes nutrientes.

Slide 7 – Necessidades nutricionais

Quais as necessidades energéticas desta população?

A diminuição da massa muscular e da atividade física, características do processo de envelhecimento, provocam uma diminuição das necessidades energéticas.

De um modo geral, a alimentação deve fornecer 30 kcal por cada kg de peso corporal, dependendo do estado nutricional, do nível de atividade física, estado de saúde e tolerância de cada indivíduo.

Mais especificamente, com base nos níveis normais de atividade física, devem-se atingir 24 a 36 kcal / kg de peso, enquanto as pessoas idosas com baixo peso (Índice de Massa Corporal – IMC <21 kg / m²) devem alcançar 32 a 38 kcal / kg de peso, e para idosos doentes, os requisitos mínimos são de 27 a 30 kcal / kg de peso.

Slide 8 - Necessidades nutricionais

Quais as necessidades proteicas desta população?

As alterações fisiológicas características do processo do envelhecimento estão relacionadas com uma diminuição da força e da massa muscular; torna-se essencial um aporte adequado de proteína para prevenir maior perda de forma e funcionalidade muscular e garantir o normal funcionamento do sistema imunitário.

No que diz respeito a idosos saudáveis, estes devem consumir 1,0 a 1,2 g / kg de peso de proteína. Em caso de doença as necessidades proteicas podem estar aumentadas. Idosos com doença aguda ou crónica devem ingerir 1,2 a 1,5 g / kg de peso de proteína e os idosos com lesão grave, doença ou má nutrição cerca de 2,0 g / kg de peso de proteína.

Slide 9 - Necessidades nutricionais

Quais as necessidades lipídicas desta população?

20 a 35 % da energia total diária deve provir dos lípidos, sendo que devem ser maioritariamente ácidos gordos insaturados e os valores de colesterol não deverão ser superiores a 300mg/dia.

Os ácidos gordos ómega-3 e ómega-6 são gorduras polinsaturadas essenciais ao organismo - temos que os obter exclusivamente a partir da nossa alimentação, uma vez que não os conseguimos produzir. São necessários 1,6 g/dia para o género masculino

30

e 1,1 g/dia para o género feminino de ácidos gordos ómega -3. Quanto ao ómega- 6, são necessários 14 g/dia para o género masculino e 11g/dia para o género feminino.

Slide 10 - Necessidades nutricionais

Quanto aos hidratos de carbono, 45 a 65% da energia total diária deve provir destes, preferencialmente de hortofrutícolas, cereais e derivados integrais ou de mistura. São uma importante fonte de fibras, vitaminas e minerais essenciais.

Em que quantidades deverão ser ingeridos?

Em média devem ser ingeridos, por ambos os géneros, cerca de 130 g/dia de hidratos de carbono,

Slide 11 - Necessidades nutricionais

Frequentemente a população idosa apresenta problemas gastrointestinais provocados pela baixa ingestão de fibra. A fibra contribui para o normal funcionamento do intestino pelo que o seu aporte deve ser adequado. A recomendação é cerca de 25 g/dia de fibra. São exemplos de fontes alimentares de fibra, os hortícolas, as frutas, os cereais e os seus derivados integrais.

Slide 12 - Necessidades vitamínicas dos idosos e fontes alimentares

Neste quadro apresentam-se recomendações e exemplos de fontes alimentares de algumas vitaminas que se verificam em maior deficiência na população idosa.

Deve-se adquirir 15 µg/dia de vitamina D. São fontes alimentares desta vitamina os peixes “gordos” (cavala, atum, sardinhas...) o fígado, gema de ovo, leite e derivados e os óleos de fígado de peixe.

Quanto à vitamina K, a recomendação é de 90 -120 µg/dia dependente do género; podemos encontrar esta vitamina por exemplo nas hortícolas, nos óleos vegetais, nas leguminosas e na batata.

São necessários 15 mg/dia de vitamina E são exemplos de fontes alimentares desta vitamina os óleos de origem vegetal, frutos secos oleaginosos, cereais e derivados pouco refinados, hortícolas (folha de verde escura), gema de ovo e queijo.

Devem-se alcançar 0,1-2,0 mg/dia de vitamina B6, dependente da idade e do género. Encontramos esta vitamina no pescado, nas carnes, fígado, frutos, cereais e derivados pouco refinados, leguminosas e frutos secos oleaginosos.

A recomendação de ingestão alimentar de vitamina B12 é de 2,4 mg/dia; são exemplos de fontes alimentares, as vísceras, carnes, marisco, ovos e produtos lácteos (exceto manteiga).

São aconselhados 400 mg/dia de ácido fólico (vitamina B9), exemplos de fontes alimentares são as hortícolas de folha verde escura, fígado, frutos gordos, leguminosas (feijão e ervilhas), gema de ovo, cereais e derivados pouco refinados.

Slide 13 - Necessidades minerais dos idosos e fontes alimentares

À semelhança do quadro anterior, apresento a recomendações e exemplos de fontes alimentares de alguns minerais que se verificam em maior deficiência na população idosa.

A recomendação de cálcio é de cerca de 1200 mg/dia, estando este presente em alimentos como laticínios, hortícolas de folha verde escura, ovos, pescado e frutos secos oleaginosos.

O fósforo está presente no leite e derivados, pescado, gema de ovo, frutos gordos, leguminosas, cacau e devem ser atingidos os 700 mg/dia.

Quanto ao selénio, a recomendação é cerca de 55 µg/dia; são exemplos de fontes alimentares o pescado (particularmente os crustáceos), carne, gema de ovo, hortícolas, (cebola, tomate, brócolos...), cereais e derivados pouco refinados.

Devem ser consumidos 8-11 mg/dia de zinco, dependente da idade e do género; este mineral pode ser encontrado em alimentos como o pescado (crustáceos e moluscos), carnes, gema de ovo, leite e derivados, fígado e leguminosas.

Relativamente ao potássio, devem ser atingidos cerca 4,7 g/dia deste mineral, está presente em alimentos como a fruta (banana, laranja...), batata, leguminosas, frutos gordos, pescado e cacau.

O ferro encontra-se em alimentos como carnes, vísceras, gema de ovo, pescado, leguminosas, frutos gordos, hortícolas de folha verde escura e são recomendados 8-18 mg/dia dependente da idade e do género.

Por fim, a recomendação de magnésio é de 310-400 mg/dia dependente da idade e do género, sendo as fontes alimentares deste mineral os cereais e derivados pouco refinados, leguminosas (feijão e grão de bico), castanha, frutos gordos e fruta fresca (banana, figo...).

Slide 14 - Necessidades nutricionais

As necessidades hídricas encontram-se aumentadas na população idosa devido a fatores como a diminuição da função renal e perdas aumentadas na urina devido a ações de medicamentos laxantes e diuréticos. Em paralelo, os idosos perdem sensibilidade à sede e por isso é frequente que bebam menos.

É importante garantir um consumo mínimo de 1,5 a 2 litros de água por dia - cerca de 6 a 8 copos - de modo a manter o equilíbrio hídrico, essencial para as funções fisiológicas.

Slide 15 – Risco nutricional

Segundo um estudo que avaliou a prevalência da insegurança alimentar em indivíduos idosos Portugueses (≥ 65 anos) e a respetiva relação com doenças crónicas e qualidade de vida verificou-se que 23% dos idosos viviam em situações de insegurança alimentar. Esses mesmos idosos são os que apresentam uma maior prevalência de doenças crónicas e menor qualidade de vida relacionada à doença.

A desnutrição apresenta elevada prevalência na população idosa de muitos países desenvolvidos. Esta aumenta significativamente a morbilidade e mortalidade, e compromete a autonomia e a qualidade de vida assim, a avaliação do estado nutricional é de extrema importância neste grupo etário.

Slide 16 – Desnutrição

A desnutrição é um distúrbio do estado nutricional, consequente de um desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades individuais, quer em macronutrientes, quer em micronutrientes.

Frequentemente, a desnutrição não é diagnosticada porque as modificações fisiológicas associadas ao envelhecimento simulam deficiências nutricionais, o que faz com que os profissionais de saúde não valorizem os sinais de desnutrição.

Slide 17 – Desnutrição

A desnutrição pode ser prevenida ou revertida com uma intervenção nutricional adequada, a qual tem sido associada a melhorias clínicas e benefícios funcionais, tanto a nível hospitalar como na comunidade.

Assim, é essencial que a avaliação nutricional seja realizada sistematicamente para que situações de risco nutricional sejam precocemente identificadas e corrigidas, e consequentemente se consiga prevenir os efeitos negativos inerentes à desnutrição.

Slide 18 – Desnutrição

A desnutrição pode ser devida à diminuição da ingestão nutricional/alimentar relacionada por exemplo com a diminuição da capacidade e mastigação e digestão; também pode ser devida ao aumento das perdas nutricionais; e ainda à alteração do metabolismo dos nutrientes e ao aumento das necessidades nutricionais, fatores estes que estão muitas vezes associados a doenças agudas e suas complicações bem como a doenças crónicas.

Slide 19 – Consequências da desnutrição

A desnutrição provoca vários efeitos com consequências na saúde humana, designadamente:

A resposta imunitária fica comprometida pelo que existe uma incapacidade em lutar contra a infeção; A força muscular reduzida e a fadiga provocadas pela desnutrição provocam a redução da capacidade para a realização das atividades da vida diária e aumentam a inatividade e a dependência; A força muscular reduzida pode resultar, por exemplo, em quedas; A perda da regulação da temperatura provoca hipotermia; A deficiência da cicatrização de feridas associadas à desnutrição origina complicações relacionadas com os ferimentos, fraturas não unidas e o aparecimento de úlceras de pressão; por fim, a incapacidade em regular os níveis de sódio e os líquidos leva a uma maior predisposição para a super-hidratação ou desidratação.

Slide 20 – Ferramentas de avaliação do risco nutricional

Existem várias ferramentas de rastreio nutricional, aplicadas a várias populações específicas: o *Malnutritional Universal Screening Tool* (MUST) é aplicado em hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados; o *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002) é aplicado em ambiente hospitalar e por fim o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) é destinado aos pacientes idosos.

Como o MNA foi especificamente desenvolvido para a população geriátrica vou aprofundar um pouco mais esta ferramenta.

Slide 21 - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment (MNA) é uma ferramenta de avaliação utilizada para identificar pacientes idosos com risco de desnutrição ou já desnutridos. Foi desenvolvido por geriatras para o *Nestlé Nutrition Institute* (NNI) e foi validado em vários estudos internacionais. Os resultados da sua aplicação permitem que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir

maior deterioração e melhorar os resultados do paciente. Possibilita uma maior probabilidade de detetar risco de desnutrição numa fase inicial.

Slide 22 - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Antes de começar o MNA, devem preencher-se as informações sobre o paciente, no início do formulário: apelido, nome, sexo, idade, peso em kg, altura em cm e data de aplicação.

Slide 23 - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Em seguida responde à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”. “Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.” Pode-se obter um subtotal máximo de 14 pontos. 12 a 14 pontos indicam um estado nutricional normal, 8-11 pontos indicam risco de desnutrição e 0-7 pontos indica a existência de desnutrição.

Slide 24 - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Após a secção “triagem” deve-se preencher a secção “avaliação global” na qual a pontuação máxima que se pode obter é 16 pontos. Depois de obtidos os pontos da triagem e os pontos da avaliação global, estes devem ser somados para que se obtenha a pontuação total (máximo 30 pontos).

Uma pontuação total de 24 a 30 pontos indica um estado nutricional normal, de 17 a 23,5 pontos indica risco de desnutrição e menos de 17 pontos identifica um paciente desnutrido.

Slide 25 - Estratégias alimentares para idosos malnutridos ou em risco de malnutrição

- Realizar pelo menos 5 refeições diárias (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar)
- Dar assistência às refeições a fim de apoiar a ingestão alimentar adequada;
- Promover, em ambientes institucionais, refeições em ambiente agradável e caseiro;
- Compartilhar a hora da refeição com outros;

Slide 26 - Estratégias alimentares para idosos malnutridos ou em risco de malnutrição

(Continuação do slide anterior)

- Oferecer refeições energeticamente densas (com elevado teor de nutrientes) (com arroz, massa, leguminosas, batata, batata-doce, por exemplo: massa com grão, jardineira de frango com ervilhas e batata doce...) e incluir nos lanches fruta, iogurte não açucarado, flocos de aveia, pão de mistura, entre outros;
- Preferir frutas e hortícolas, por serem alimentos nutricionalmente densos;
- Dar preferência à fruta. Se o paciente tem apetite por doces, conjugar frutas coloridas e com cortes diferentes para ser mais atrativo. Cozer ou assar a fruta apenas em caso de dificuldade de mastigação e/ou deglutição;

Slide 27 - Estratégias alimentares para idosos malnutridos ou em risco de malnutrição

- Fornecer alimentos com elevado teor de proteínas de alto valor biológico (leite e queijo meio-gordos, iogurtes, ovos, carnes brancas, pescado);
- Oferecer alimentos que se comam com a mão (fruta, sandes diversas, quiche, queques de peixe, de legumes, ...) para facilitar a ingestão alimentar;
- Oferecer aos idosos com disfagia orofaríngea e/ou problemas de mastigação, alimentos enriquecidos com textura modificada (um batido preparado com leite meio gordo, bolacha tipo maria e banana, por exemplo);
- Prevenir a falha de refeições, evitando estar mais de 3h sem comer;

Slide 28 - Estratégias alimentares para idosos malnutridos ou em risco de malnutrição

(Continuação do slide anterior)

- Oferecer refeições pouco volumosas e de fácil digestão (ex.: sopas, vegetais cozidos, purés de vegetais, frutas);
- Ter em atenção na preparação das refeições - cores, sabores, formas, texturas e aromas;
- Oferecer alimentos e pratos que a pessoa nunca tenha comido antes, para tornar a alimentação mais diversificada, respeitando sempre as preferências individuais e a cultura alimentar de cada um (respeitando preceitos religiosos e rejeições culturais);

- Estar atento às modificações involuntárias do apetite ou de peso;
- Medir e registar o peso semanalmente.

Slide 29 – Conclusão

O envelhecimento é uma fase do ciclo de vida e não deve ser encarado como um problema, mas sim como uma oportunidade de viver de forma saudável e autónoma durante longos anos. O idoso deve adotar hábitos alimentares que satisfaçam as suas necessidades nutricionais, de modo a garantir a manutenção de um estado nutricional adequado. A intervenção na área da alimentação/nutrição e da atividade física, praticada de forma articulada entre profissionais, cuidadores e instituições, é importante para minimizar o risco de patologias associadas ao envelhecimento e garantir uma boa qualidade de vida.

Slide 30 – Referências bibliográficas

Finalização da sessão

Agradeço a vossa colaboração nesta sessão. Espero que tenha correspondido às vossas expectativas e que estejam mais esclarecidos em relação a esta problemática na idade geriátrica.

Pedia-vos agora que preenchessem um questionário de escolha múltipla sobre os temas abordados nesta sessão de modo a conseguir avaliar o impacto da mesma.

A vossa opinião é muito importante para que possamos melhorar aspetos que considerem menos conseguidos. Nesse sentido vou passar um questionário para avaliarem a sessão e o desempenho do formador.

Avaliação da sessão “Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares”

QUESTÕES DE ESCOLHA MÚLTIPLA

RISCO NUTRICIONAL, NECESSIDADES NUTRICIONAIS E ESTRATÉGIAS ALIMENTARES

Assinale a opção mais correta.

- 1. A desnutrição pode ser devida a:**
 - a. Diminuição da ingestão alimentar e aumento das perdas nutricionais;
 - b. Aumento das perdas nutricionais e aumento das necessidades nutricionais;
 - c. Alteração do metabolismo dos nutrientes e diminuição da ingestão alimentar;
 - d. Todas as opções anteriores.

- 2. Qual é a importância da aplicação de ferramentas de avaliação do risco nutricional?**
 - a. Permite detetar o risco de desnutrição numa fase inicial;
 - b. Permite que a intervenção seja realizada precocemente para fornecer um suporte nutricional adequando;
 - c. Permite identificar indivíduos em risco de obesidade.
 - d. Opções a) e b) corretas.

- 3. Qual das seguintes ferramentas de rastreio e avaliação nutricional foi construída especificamente para a população idosa?**
 - a. *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST);
 - b. *Nutritional Risk Screening* (NRS – 2002);
 - c. *Mini Nutritional Assessment* (MNA);
 - d. Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG).

- 4. São estratégias alimentares para idosos desnutridos ou em risco de desnutrição:**
 - a. Usufruir de lanches adicionais e/ou alimentos que se possam comer com a mão, a fim de facilitar a ingestão alimentar;
 - b. Consumir alimentos fortificados de forma a garantir uma ingestão alimentar adequada;
 - c. Fornecer alimentos nutricionalmente densos, como frutas e hortícolas.

d. Todas as opções anteriores.

5. Quais os nutrientes que devem ser vigiados nos idosos?

- a. Proteína;
- b. Vitaminas;
- c. Minerais;
- d. Todas as opções anteriores são corretas.

6. Proporcionalmente, as necessidades energéticas diárias de um idoso:

- a. São maiores comparativamente a um indivíduo adulto ativo;
- b. São iguais às de um indivíduo adulto;
- c. São menores comparativamente a um indivíduo adulto ativo;
- d. Nenhuma das opções anteriores.

7. A ingestão de proteínas pelo idoso deve ser adequada o suficiente para:

- a. Diminuir a perda muscular relacionada com a idade;
- b. Prevenir a perda de força e funcionalidade muscular;
- c. Garantir o normal funcionamento do sistema imunitário;
- d. Todas as opções anteriores.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

3. Sessão de Formação “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA PESSOA IDOSA

ALIMENTAÇÃO NO IDOSO COM DEMÊNCIA, DISFAGIA E HIDRATAÇÃO

Autoria:

Cezara Popa

Maria Palma Mateus (PhD)

Maria Marta Correia (PhD)



FARO, 2018

Slide 1

INTRODUÇÃO

- A demência caracteriza-se pela **perda de capacidades cognitivas**, o que compromete as atividades da vida diária. São afetadas funções como a **memória, capacidades de linguagem, percepção visual, resolução de problemas, capacidade de gerir a própria vida, capacidade de concentração e atenção**. Engloba uma grande classe de **distúrbios cerebrais** e muitas deles são **irreversíveis**.
- Os tipos de demência mais comuns são a **doença de Alzheimer** e a **demência Vascular**, podendo ocorrer em simultâneo.

Slide 2

INTRODUÇÃO

- De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, a **6ª principal causa de morte** nos países mais desenvolvidos foi a **demência**, e a **doença de Alzheimer** foi considerada a **5ª causa de morte** mais frequente, em 2006.
- Atualmente, é considerada uma **epidemia global** com impacto a nível social, económico e da saúde. Visto isto, é de extrema importância **aumentar o conhecimento sobre os fatores ambientais** que intervêm na origem e evolução da doença e adotar estratégias preventivas. A **prevenção** deve focar-se na **modulação dos fatores de risco modificáveis** (estilo de vida).

Fonte: Santana, 2015

Slide 3

DOENÇA DE ALZHEIMER

- A **doença de Alzheimer** é a **forma mais comum de demência**, estimando-se que **em Portugal 50 a 70%** dos casos de demência são por **doença de Alzheimer**.
- É classificada como um **transtorno mental e comportamental**. Ocorre à medida que **diminui o número e o tamanho das células nervosas do cérebro**. A progressão da doença vai **afetando as várias áreas cerebrais** e vão-se perdendo certas funções ou capacidades, que raramente são recuperadas.
- **A progressão da doença pode ser categorizada em 3 fases:**
 - Ligeira
 - Moderada
 - Grave

Fonte: Correia, 2015

Slide 4

DOENÇA DE ALZHEIMER

FASE INICIAL (é frequente ser diagnosticada nesta fase)

- A **perda de memória** piora conforme a progressão da doença e são evidentes mudanças noutras capacidades cognitivas. **Esta fase caracteriza-se por:**
 - Facilidade em perder-se;
 - Problemas em lidar com o dinheiro e pagamentos de contas;
 - Repetição frequente de perguntas;
 - Demora na conclusão de tarefas diárias;
 - Perda constante de coisas, ou perda de coisas em lugares estranhos;
 - Mudanças de humor e de personalidade.

Slide 5

DOENÇA DE ALZHEIMER

FASE MODERADA

- Alterações nas **áreas do cérebro que controlam a linguagem, o raciocínio, o processamento sensorial e o pensamento consciente**. **Esta fase caracteriza-se por:**
 - Aumento da perda de memória e confusão;
 - Problemas em reconhecer familiares e amigos;
 - Incapacidade de aprender coisas novas;
 - Dificuldade na realização de tarefas que envolvam vários passos;
 - Problemas em lidar com novas situações e alterações comportamentais e psicológicas.

Slide 6

DOENÇA DE ALZHEIMER

FASE GRAVE

- **Não conseguem comunicar** e são completamente **dependentes de terceiros** para a realização dos seus cuidados e das suas atividades de vida diárias. **Esta fase caracteriza-se por:**
 - Incapacidade em comunicar;
 - Perda de peso;
 - Convulsões;
 - Lesões cutâneas;
 - Dificuldade em engolir;
 - Aumento da sonolência e incapacidade no controlo do intestino e da bexiga;
 - Comunicação impossível e completa dependência de terceiros.

Slide 7

DEMÊNCIA VASCULAR

- A **Demência Vascular** é o tipo de demência **associada a problemas de circulação do sangue para o cérebro**. Os dois tipos de Demência Vascular mais comuns são a **Demência por Multienfartes** e a **Doença de Binswanger**.

Demência por Multienfartes

Causada por múltiplos enfartes cerebrais pequenos que provocam danos no cérebro na área associada à aprendizagem, memória e linguagem. Os sintomas podem incluir depressão severa, alterações de humor e epilepsia.

Demência de Binswanger

Este tipo de demência também está associado às alterações produzidas pelos enfartes, é causada por pressão arterial alta, estreitamento das artérias e um fluxo sanguíneo inadequado.

Slide 8

DEMÊNCIA VASCULAR - FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

- Pressão sanguínea alta;
- Diabetes;
- Aterosclerose;
- Fibrilação atrial, um tipo de ritmo cardíaco irregular;
- Colesterol elevado;
- Hábitos tabágicos;
- Acidente vascular cerebral.

A demência vascular pode ser prevenida através da correção ou eliminação de fatores de risco de acidente vascular cerebral.

Slide 9

FATORES NUTRICIONAIS PROTETORES E PROMOTORES DE DEMÊNCIA E/OU DOENÇA DE ALZHEIMER

Nutrientes

- Vitamina E, C, Selênio e Flavonoides
- Vitaminas do Complexo B
- Vitamina D
- Ácidos gordos ómega 3

↓ Risco de Demência e/ou Doença de Alzheimer

- AG saturados
- ↑ rácio AGn-6:AGn-3

↑ Risco de Demência e/ou Doença de Alzheimer

Alimentos, bebidas e padrões alimentares

- Dieta Mediterrânica
- Peixe
- Hortofrutícolas
- Ingestão baixa de bebidas alcoólicas
- Bebidas com cafeína

- Dieta Ocidental
- Ingestão excessiva de bebidas alcoólicas

Adaptado de: Cardoso, 2017.

Slide 10

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A INGESTÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM DEMÊNCIA

- Usar **utensílios adaptados** que podem melhorar a capacidade de alimentação autónoma;
- Cortar a comida em **pequenas porções**, de maneira a se utilizar apenas a colher para comer;
- Fornecer **alimentos** que possam ser **comidos com as mãos** como por exemplo sandes, fruta, quiche, entre outros;
- Oferecer **apenas um prato** de comida **de cada vez**;



Slide 11

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A INGESTÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM DEMÊNCIA

- Usar **ervas aromáticas e especiarias**, conforme a aprovação de cada um (ex.: cebolinho, salsa, coentros, hortelã, tomilho, pimenta, açafrão, cominhos,...) são uma excelente opção para conferir uma maior diversidade de sabores aos pratos visto que as reduções no paladar e olfato podem reduzir o apetite;
- Disponibilizar **opções saudáveis e saciantes**, como **vegetais ou frutas cortadas aos lanches** para controlar o apetite;
- Oferecer refeições com **sabores familiares**, especialmente refeições/alimentos favoritos;
- Utilizar **pratos lisos sem desenhos/padrões** para que os alimentos estejam bem visíveis;



Slide 12

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A INGESTÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM DEMÊNCIA

- Proporcionar uma **atmosfera calma** na hora das refeições;
- Comer com a pessoa com demência poderá ajudar no processo, para que esta possa vê-lo a alimentar-se e imitar o comportamento;
- Tentar que os doentes ajudem na **preparação das suas próprias refeições**;
- Permitir que o doente coma quando tem fome, mesmo que seja fora do horário estipulado para as refeições.



Slide 13

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A INGESTÃO ALIMENTAR EM DOENTES COM DEMÊNCIA



Figura 1. Copos adaptados



Figura 2. Talheres e pratos adaptados

Fonte: Campos, 2015

Slide 14

DISFAGIA

- Aspectos como a **memória, habilidades de linguagem, percepção visual, resolução de problemas, capacidade de gerir a própria vida, capacidade de concentração e atenção**, são alterados em doentes com demência o que resulta em **complicações relacionadas à alimentação e deglutição**.
- Algumas doenças provocam um **mau funcionamento da língua ou dos músculos da garganta e do esófago**, como é o caso da demência, podendo desencadear a disfagia.
- A **disfagia** pode provocar a **entrada do alimento na via aérea** o que resulta em **aspiração**. São problemas comuns em doentes com disfagia a **desnutrição, desidratação, e problemas pulmonares**.

Slide 15

DISFAGIA

▪ Disfagia

- A disfagia caracteriza-se pela dificuldade na deglutição de alimentos sólidos e/ou líquidos por afetação de uma ou mais fases da deglutição.
- Os distúrbios da deglutição, anatomicamente, são divididos em dois tipos: **disfagia orofaríngea** e **disfagia esofágica**.

Disfagia Orofaríngea

Enfraquecimento dos músculos da garganta que **dificulta a passagem dos alimentos da boca para a garganta e esófago** (tosse, engasgamento, asfixia).

Disfagia Esofágica

Sensação de que os **alimentos estão presos na base da garganta ou no peito** depois de se iniciar a sua deglutição

Slide 16



Slide 17

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A DISFAGIA

Disfagia para Sólidos

Alimentação de **consistência adaptada** com alimentos de **consistência mole** ou para casos de maior dificuldade alimentos com **consistência pastosa**.

Disfagia para Líquidos

Deve-se **espassar os líquidos**, com por exemplo **gelificantes, espessantes industriais, ou em alternativa, amido de milho, leite em pó**, até se atingir a consistência tolerada pelo doente.

Slide 18

EXEMPLO DE DIETA LÍQUIDA

Composição Nutricional (média)
Valor Calórico total: 880 ± 88 kcal
Valor percentual dos nutrientes energéticos:
Hidratos de Carbono: 45 ± 4%
Gordura: 27 ± 3%
Proteína: 26 ± 3%

- Destina-se a utentes que não possam ingerir alimentos sólidos ou cremosos.

Refeição	Composição
Pequeno almoço	Leite meio-gordo (300 mL)
Meio da manhã	Sumo 100% fruta (200 mL)
Almoço	Sopa de produtos hortícolas passada com Carne ou Peixe
Meio da tarde 1	Sumo 100% fruta (200 mL)
Meio da tarde 2	Leite meio-gordo (300 mL)
Jantar	Semelhante ao Almoço
Ceia	Leite meio-gordo (300 mL)

Fonte: Pereira, 2017

Slide 19

EXEMPLO DE DIETA LÍQUIDA REFORÇADA

Destina-se a utentes que não possam ingerir alimentos sólidos ou cremosos

COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL MÉDIA
Valor Calórico total: 1530 ± 153 kcal
Valor percentual dos nutrientes energéticos:
Hidratos de Carbono: 56 ± 6%
Gordura: 19 ± 2%
Proteína: 22 ± 2%

Fonte: Pereira, 2017

Refeição	Composição
Pequeno almoço	BATIDO COM: Leite meio gordo (400 mL) Papa de cereais para adultos (20 g) ou Pão de mistura (25 g) ou Bolachas tipo maria (12 g) ou Bolachas de água e sal (15 g) Fruta fresca (160 g)
Meio da manhã	Sumo 100% fruta (200 mL)
Almoço	Sopa de produtos hortícolas passada com Carne ou Peixe ou Ovo (500 mL)
Meio da tarde 1	Sumo 100% fruta (200 mL)
Meio da tarde 2	BATIDO COM: Leite meio gordo (400 mL) Papa de cereais para adultos (20 g) ou Pão de mistura (25 g) ou Bolachas tipo maria (12 g) ou Bolachas de água e sal (15 g) Fruta fresca (160 g)
Jantar	Semelhante ao Almoço
Ceia	BATIDO COM: Leite meio gordo (300 mL) Papa de cereais para adultos (20 g) ou Pão de mistura (25 g) ou Bolachas tipo maria (12 g) ou Bolachas de água e sal (15 g) Fruta fresca (160 g)

Slide 20

DISFAGIA - CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

- **Adaptar as texturas** dos alimentos às capacidades de deglutição da pessoa com deficiência (tipos de textura: normal, fracionada/triturada, mole, pastosa/cremosa e líquida);
- Dar alimentos passados, picados, sob a forma purés, sopas enriquecidas com carne ou peixe, empadões, soufflés, tortilhas e papas nas dietas de **consistência pastosa**;
- Fornecer alimentos como peixe cozido; carne bem cozida, estufada e/ou desfiada; ovos; legumes cozidos; fruta mole crua ou cozida/assada; pão mais mole ou pão de forma em caso de dieta de **consistência mole**;



Slide 21

- Em caso de **disfagia para líquidos** usar gelificantes e espessantes industriais, ou em alternativa, amido de milho, leite em pó, até se atingir a consistência tolerada pelo doente;
- **Evitar alimentos com pequenas sementes, fibrosos** (ex.: kiwi, framboesa e morangos), alimentos **que se fragmentem com facilidade** (ex.: bolos secos) e de **pequeno volume** (ex.: amendoim, arroz simples...) pois dificultam a uniformidade do bolo alimentar;
- Escolher alimentos **mais macios** (ex.: maçã cozidas, legumes cozidos e purés de batata ou de hortícolas, puré de frutas) e **evitar alimentos sólidos**, os quais devem ser triturados (ex.: frutas pouco maduras, legumes crus e pão);



Slide 22

- Optar por separar os componentes do prato para aumentar a aceitabilidade quando os alimentos são passados. Por exemplo, separar o puré de hortícolas, do puré de carne/peixe e/ou do puré de arroz/massa/batata;
- Evitar colocar na **mesma colherada** alimentos com **consistências diferentes**, porque para cada alimento o **tempo de mastigação e deglutição será diferente**;
- Evitar que a pessoa fale enquanto está a comer;
- Colocar a pessoa na **posição correta** (posição sentada ou com a cabeceira da cama levantada, a pelo menos, 45º) e alimentar a pessoa com **pequenas quantidades de comida de cada vez**.



Slide 23

Consistência dos Alimentos

Textura de Sólidos	Descrição
Puré/Papa	Alimento macio, coeso e espesso, de textura homogénea: papa em puré, vegetais em puré, puré de fruta, leite creme.
Picado ou Moído	Alimento fácil de mastigar, sem texturas duras, uso de misturador: vegetais tenros cortados em pequenos pedaços, fruta cozida ou assada cortada em pequenos pedaços.
Mole e fácil de mastigar	Alimento mole, sem uso de misturador, fácil de partir com um garfo: pão sem còdea e com recheio mole, vegetais, carne, peixe, arroz, massa, bem cozinhados, húmidos e com molho espesso, fruta fresca muito madura, queijo fresco e soufflés.
Duro	Alimento que necessita de muita mastigação e cujas partículas não formam uma massa coesa: ervilhas, grão, arroz seco, biscoitos, carnes duras, maçã crua.
Pulverizável	Alimento que se divide em pequenas partículas, que se esfarela, difícil de mastigar: bolachas, biscoitos secos, torrada, arroz e massa mal cozidos, feijão, ervilha, carne picada seca, frutos secos.
Fibroso	Alimento difícil de mastigar por ter muita fibra: bacalhau não modificado, presunto, vagens, kiwi, manga, alface, agrião, espinafre, nabijas, grão.
Mista	Alimento com duas texturas diferentes (líquido e sólido), de difícil mastigação: caldo verde, canja, puré de feijão, laranja, iogurte com pedaços.

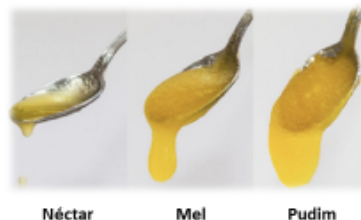
Adaptado de: Henriques, 2010

Slide 24

Consistência dos Alimentos

Textura de líquidos	Descrição
Fino	São os líquidos regulares: água, leite, café, chá, sumos muito líquidos. Pouco seguros por via oral para a maior parte dos disfágicos de etiologia neurológica. Ingeridos oralmente quando espessados.
Espesso (tipo Néctar)	São os líquidos suficientemente finos para serem bebidos por palhinha ou num copo: néctares, batidos de fruta, iogurtes líquidos.
Espesso (tipo Mel)	São os líquidos suficientemente espessos para serem comidos com colher, não têm capacidade de ter uma forma ou serem bebidos por palhinha: iogurtes espessos, molho tomate, mel, compotas.
Espesso (tipo Pudim)	São os líquidos que têm que ser comidos com colher e podem adquirir forma: pudins.

Tipos de textura de líquidos

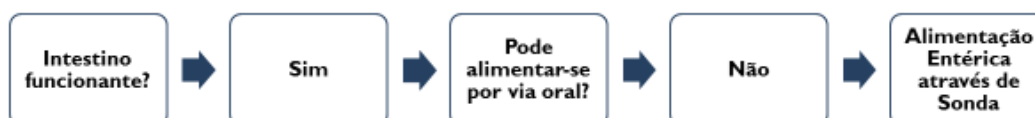


Adaptado de: Henriques, 2010

Slide 25

DISFAGIA TOTAL

- Em caso de indivíduos com incapacidade de se alimentarem pela via oral, e que apresentem o tubo digestivo eficiente na absorção, deve-se optar por uma **alimentação entérica através de sonda**. Esta via de administração alimentar é a primeira opção quando se torna necessário recorrer à nutrição artificial por ser a mais fisiológica.



- Se a alimentação entérica for de longa duração (> 4 semanas) opta-se pela **Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)** ou **Jejunostomia Endoscópica Percutânea (PEJ)**.
- Se a alimentação entérica for de curta duração (< 4 semanas) opta-se por sonda **Nasogástrica** ou **Nasoduodenal**.

Slide 26

ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

- Quando se prevê a manutenção do **suporte nutricional** por um **período prolongado** ou permanente, em que a retoma da via oral será tardia, como é o caso da disfagia, deve-se optar pela **PEG ou PEJ**.
- A **PEG ou a PEJ** têm como **vantagens**, reduzir o risco de pneumonias por aspiração e de refluxo gastroesofágico, proporcionam ao doente conforto e melhor aceitação social, na medida em que são mais estéticas.

PEJ → Fórmulas nutricionais industrializadas

PEG → Fórmulas nutricionais industrializadas ou fórmulas artesanais

Slide 27

MÉTODOS DE ADMINISTRAÇÃO

- **Administração por Bólus**
 - Administração por seringa de 30 a 200 ml de volume, 6 a 8 vezes, por dia;
- **Administração Intermitente**
 - Administração gota a gota do volume (sistema de gravidade ou de máquina de perfusão) durante um tempo pré determinado, com pausas;
- **Administração Contínua**
 - Administração gota a gota do volume (ritmo constante,) através de máquina de perfusão, durante 16 a 24h, com ou sem pausa noturna.

Slide 28

NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO

- Doentes com alta hospitalar mas com necessidade de nutrição entérica por um período prolongado podem regressar ao domicílio sem capacidade de se alimentar por via oral.
- A **nutrição artificial em ambulatório** permite reduzir o tempo de internamento dos pacientes, os custos do Sistema Nacional de Saúde e o risco de infeções hospitalares.

QUE FÓRMULA ESCOLHER?

Fórmula artesanal → Maior aceitação psicológica
→ Maior risco de oclusão da sonda
→ Risco de deficiências nutricionais

Fórmula industrial → Práticas
→ Fáceis de administrar
→ Dietas equilibradas

Slide 29

NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO

Cuidados a ter com Fórmulas Industriais

- **Conservar** o produto em **lugar fresco e seco**, ao **abrigo da luz do sol**;
- Os **frascos**, uma vez **abertos**, podem ser **conservados no frigorífico** por um **período máximo de 24h**;
- Verificar sempre o **prazo de validade** do produto, antes de abrir o frasco;
- **Lavar sempre bem as mãos** antes de administrar o produto;
- **Não tocar** com a sonda ou os sistemas em **zonas sujas**;
- Mudar os sistemas e as seringas ao fim de 24 h.

Slide 30

NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO

Cuidados a ter com Fórmulas Artesanais

- **Conservar** o batido em **frascos hermeticamente fechados e rotulados** (volume, refeições), apenas durante 12 h;
- **Agitar bem o preparado** antes de cada administração e **apenas a quantidade necessária**;
- **Aquecer cada toma** em banho maria / micro-ondas de modo a ficar semelhante à **temperatura corporal**;
- **Antes de cada administração** verificar a existência de **resíduo gástrico (estase)**.

Slide 31

NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM AMBULATÓRIO

- **Em pacientes acamados:**
 - Elevar a cabeceira da cama, 30 a 45 graus, durante a administração da dieta;
 - Manter o paciente nesta posição, 20 a 30 minutos, após a infusão da dieta se a administração for intermitente ou por Bólus (com seringa);
 - Manter a cabeceira da cama elevada 30 a 45 graus, durante todo o tempo em caso de administração contínua;
 - Aspirar o conteúdo gástrico antes de cada administração quando é indicado;
- Se o paciente não estiver acamado, deve manter-se sentado durante o período de administração da dieta.

Slide 32

EXEMPLO DE PREPARADOS ARTESANAIS – BATIDO DE LEITE COM PÃO

Ingredientes

200ml de leite meio gordo | 40g de pão de trigo ou pão de mistura (cerca de 1 pão médio)

Modo de preparação

1. Colocar o leite no copo de medida e adicionar o pão (triturar o pão numa máquina 1 2 3).
2. Passar com a varinha mágica até obter um puré de textura homogénea.

Energia: 205,6kcal
Hidratos de Carbono: 32,3g
Lípidos: 3,9g
Proteína: 9,8g



Adaptado de: Campos, 2015

Slide 33

EXEMPLO DE PREPARADOS ARTESANAIS – SOPA ENRIQUECIDA COM CARNE

Ingredientes

50g de carne de vaca cozida | 70g de cenoura cozida | 30g de curgete cozida | 40g de alface cozida | 30g de cebola cozida | 30g de esparguete cozido | 5g de azeite em cru

Modo de preparação

1. Colocar numa panela com água a ferver, a carne, a cenoura, a curgete, a alface, a cebola e o esparguete.
2. Após cozinhados, colocar tudo num copo de medida e adicionar o azeite.
3. Triturar tudo com uma varinha mágica e adicionar água da cozedura dos alimentos até obter uma textura uniforme com um volume final de 300ml.

Deve-se ter um cuidado redobrado na preparação e manuseamento dos alimentos.

Energia: 231,1kcal
Hidratos de Carbono: 15,1g
Lípidos: 7,3g
Proteína: 19,9g



Adaptado de: Campos, 2015

Slide 34

HIDRATAÇÃO

- A **água** é essencial pois desempenha **funções vitais no organismo**. Representa 50% do peso corporal de um idoso.
- **Funções da água no organismo:**
 - Transporte de nutrientes e produtos para excreção, quer através da corrente sanguínea, quer através da urina;
 - Manutenção da pressão arterial pelo normal volume sanguíneo;
 - Contribuição para a normal função cognitiva;
 - Regulação da função intestinal;
 - Prevenção de infeções urinárias;
- Quando não é fornecido o aporte adequado de água, o organismo entra em **processo de desidratação**. A população idosa é a mais vulnerável aos desequilíbrios hídricos.



Slide 35

DESIDRATAÇÃO - CAUSAS

- A **desidratação** consiste numa redução do volume total de água do corpo e pode ser designada como significativa quando superior a 3% do peso corporal.
- **Motivos da desidratação no idoso:**
 - Diminuição da percepção de sede e consequente ingestão hídrica insuficiente;
 - Aumento das perdas de líquidos (através de infeções, demência entre outros);
 - Dificuldade na mobilidade, visão, deglutição, alterações cognitivas, uso de sedativos;
 - Limitação da ingestão de líquidos por motivos de incontinência;
 - Utilização de diuréticos e laxantes provocam um aumento das perdas de água.

Slide 36

SINAIS E CONSEQUÊNCIAS DA DESIDRATAÇÃO

■ Sinais de desidratação:

- Urina com cor e odor intenso;
- Redução da elasticidade da pele;
- Secura da boca e axilas;
- Obstipação, náuseas, vômitos;
- Alteração do estado de consciência;
- Perda acentuada de peso.

■ Consequências da desidratação

- Infecções urinárias;
- Insuficiência renal;
- Maior risco de quedas;
- Morbilidade e mortalidade.



Slide 37

FORMAS DE AUMENTAR A INGESTÃO HÍDRICA

- A **água natural** deve ser a **principal fonte de hidratação**, quando não é possível existem outras alternativas: sopa, leite, frutas, hortícolas, sumos de fruta sem adição de açúcar, infusões, água aromatizada, aos quais se podem adicionar espessantes, em caso de disfagia e água gelificada (textura de gel que facilita a deglutição).
- Uma **infusão** consiste na **imersão de uma substância aromática em água quente ou a ferver** que lhe confere um agradável sabor. Pode ser consumida quente ou fria.

São exemplos de infusões:

- Camomila;
- Erva cidreira;
- Menta;
- Limão.



Slide 38

FORMAS DE AUMENTAR A INGESTÃO HÍDRICA – ÁGUA AROMATIZADA

- **Aromatizar a água** adicionando pedaços de fruta da época, de hortícolas ou especiarias e ervas aromáticas pode facilitar a ingestão pelo **agradável sabor**.

São exemplos de águas aromatizadas:

- Melancia e hortelã;
- Maçã e canela;
- Framboesas, limão e alecrim;
- Laranja e limão.

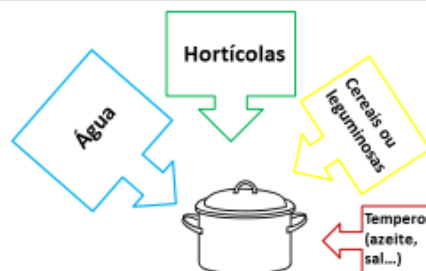


Slide 39

FORMAS DE AUMENTAR A INGESTÃO HÍDRICA - SOPA

Sopa → “alimento composto de caldo, mais ou menos líquido, geralmente com hortícolas sólidos cortados em pedaços pequenos, que se toma normalmente no princípio da refeição”

As **sopas** para além de serem uma **importante fonte hídrica** são ricas em vitaminas, minerais e fibras pelo que são uma excelente opção. **Contêm cerca de 88% a 93% de água.**



Fonte: APN – Sopas, 2013

Slide 40

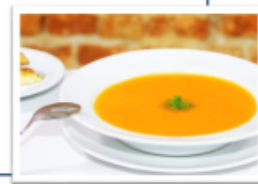
SOPA DE ABÓBORA – 4 PESSOAS

Ingredientes

600ml água | 400g abóbora | 200g couve-flor | 120g alho francês | 20g alho | 5g de azeite | q.b. hortelã | q.b. pimenta

Sopa de **baixo valor energético** com compostos biologicamente ativos como é o caso dos **carotenóides**, reconhecidos pelas suas **capacidades antioxidantes e protetoras das células**.

1. Colocar 600 ml de água ao lume com a cebola, abóbora, alho, a parte verde do alho francês e talos da couve-flor.
2. Deixar apurar, coar e reservar.
3. Colocar todos os hortícolas juntamente com a hortelã e a pimenta.
4. Triturar tudo com uma varinha mágica.
5. Regar com azeite em cru no prato e servir.



Adaptado de: DGS - Sopa de abóbora

Slide 41

CONSELHOS PRÁTICOS PARA AUMENTAR A INGESTÃO HÍDRICA

- Promover **locais de fácil acesso que tenham diferentes formas de hidratação** (ex.: jarros com água, por bebedouros e/ou equipamentos dispensadores de água);
- Incentivar os idosos para **a ingestão hídrica frequente**, mesmo sem sede, em quantidades pequenas de cada vez, ao longo de todo o dia;
- **Oferecer água em momentos específicos** (ao acordar; antes e/ou após a higiene; antes e/ou após atividades de maior esforço; durante as refeições; nos intervalos das refeições; nos intervalos dos programas televisivos);
- Recorrer ao uso de **espessantes e gelificantes industriais ou, em alternativa, amido de milho e leite em pó** (conferem uma textura tipo gel) em caso de **disfagia para líquidos**;



Slide 42

CONSELHOS PRÁTICOS PARA AUMENTAR A INGESTÃO HÍDRICA

- Rever frequentemente a **medicação prescrita**, nomeadamente o uso de diuréticos e outros fármacos com efeito na excreção renal;
- Utilizar **símbolos ou utensílios identificativos nos tabuleiros dos idosos que necessitam de maior ingestão** para alertar os familiares e cuidadores;
- Utilizar um copo transparente para que a pessoa possa ver o que está dentro, ou então um copo ou garrafa colorida de forma a chamar a atenção;
- Manter um **registo de hidratação** para idosos em risco (usar copos graduados e/ou folhas de registo).

Slide 43

CONCLUSÃO

- É de extrema importância assegurar um bom estado nutricional da população, de modo a prevenir estados de excesso ou défice de nutrientes que desempenham um papel na demência. As mudanças nutricionais a implementar, podem ser simples, eficazes, seguras e económicas.
- Muitas das alterações psicofisiológicas, provocadas pela demência e próprias do processo natural de envelhecimento, são fatores que contribuem para a disfagia e desidratação nesta faixa etária. Assim sendo, deve-se estar atento a estas situações para que as consequências sejam minimizadas.

Slide 44

Plano da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”

PLANO DE SESSÃO/ AÇÃO

Tema

Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação.

Enquadramento funcional

Esta atividade é realizada no âmbito do projeto Centro Internacional sobre o Envelhecimento (CENIE) e tem como objetivo mudar atitudes e comportamentos sociais, por forma a promover um envelhecimento com mais qualidade de vida.

Público-alvo

Técnicos das instituições geriátricas.

Nº mínimo de participantes: 12

Nº máximo de participantes: 50

Local

Instituições geriátricas.

Data

A calendarizar oportunamente.

Duração

50 minutos.

Objetivo geral

Garantir a consciencialização, o conhecimento básico e a melhoria das competências práticas sobre a desidratação, demência e disfagia de forma a promover uma ingestão alimentar adequada e assegurar as necessidades nutricionais desta população.

Objetivos específicos

1. Dar a conhecer estratégias para aumentar a ingestão hídrica nos idosos.
2. Dar a conhecer estratégias para melhorar a ingestão alimentar em idosos com disfagia.
3. Dar a conhecer estratégias para melhorar a ingestão alimentar em idosos com demência.

Recursos

Recursos humanos: Um Nutricionista ou um estudante da licenciatura em Dietética e Nutrição

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala; um questionário; um folheto informativo (ver Anexo 1)

Conteúdos

- Introdução (Demência);
- Doença de Alzheimer;
- Demência Vascular;
- Aspectos fisiológicos em doentes com demência;
- Recomendações nutricionais em idosos com demência;
- Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência;
- Disfagia;
- Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com disfagia;
- Nutrição entérica em ambulatório;
- Desidratação no idoso: causas e consequências;
- Estratégias para aumentar a ingestão hídrica nos idosos;
- Conselhos práticos para cuidadores e instituições;
- Folheto: Hidratação em idosos;
- Conclusão.

Desenvolvimento

No início da sessão será feita a apresentação do projeto CENIE (quebra-gelo), a qual será seguida da sessão temática. Esta inicia-se com a introdução aos temas e os objetivos da mesma. No desenvolvimento serão apresentando os conteúdos planeados, haverá esclarecimento de dúvidas e interação com o público-alvo. Para concluir será realizada uma síntese da sessão e do seu conteúdo e serão avaliados os conhecimentos adquiridos pelo público-alvo, através de um questionário de escolha múltipla, este também poderá avaliar o formador e a sessão através de um inquérito. Por fim, serão entregues os folhetos informativos relativos à hidratação no idoso.

Avaliação

Questionário de escolha múltipla sobre os conteúdos da sessão (anexo 1).

Questionário de escolha múltipla sobre a formação (anexo 2).

Objetivos

No final da sessão, 70% dos técnicos devem ser capazes de:

1. Reconhecer, pelo menos, 3 estratégias para aumentar a ingestão hídrica nos idosos.
2. Reconhecer, pelo menos, 4 estratégias para melhorar a ingestão alimentar em idosos com disfagia.
3. Reconhecer, pelo menos, 4 estratégias para melhorar a ingestão alimentar em idosos com demência.

Referências Bibliográficas

1. Campos MA, Dias D, Tristão I, Mesquita M, João Arrifano M, Sampaio J, et al. Guia - para a gastrostomia endoscópica percutânea - o caso da paralisia cerebral [Internet]. 2015. 37 p. Available from: http://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guia_para_a_gastrostomia_endoscopica_percutanea_APN_APPC.pdf

2. Nestlé Health Science. Manual de Orientação Nutricional Enteral em Domicílio. 21 p.
3. Pereira A, Pedrosa C, Ferro G, Real H, Fonseca I, Alves P, et al. Linhas orientadoras para a construção de um Manual de Dietas [Internet]. Maio. 2017. 44 p. Available from: http://www.apn.org.pt/documentos/manuais/Linhas_orientadoras_para_a_construcao_de_um_Manual_de_Dietas_APN2017.pdf
4. Jiménez-Rojas C, Corregidor-Sánchez AI, Gutiérrez-Bezón. Disfagia. Tratado de geriatria para residentes. Cap. 53. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2005;290-293
5. Bruning GE, Kalil MB, Mahmud SJ. Avaliação e manejo domiciliar da disfagia. Universidade Federal do Maranhão, São Luís; 2013.
6. Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckxstaens GE, De Looze D, Fried M, Kahrilas PJ, et al. Dysphagia. World Gastroenterology Organisation. 2014.
7. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
8. Correia A, Filipe J, Santos A, Graça P. Nutrição e Doença de Alzheimer. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Direção-Geral da Saúde. 2015. 1-78 p.
9. Associação Portuguesa de Dietistas. Manual de Hidratação – Um Guia Prático. Mov 2020. 2016;34.
10. Cardoso SA, Paiva I. Nutrição e Alimentação na Prevenção e Terapêutica da Demência. Acta Port Nutr. 2017;11:30–4.
11. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Fruhwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. ELSEVIER [Internet]. 2015;34(6):1–22. Available from: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(15\)00237-X/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(15)00237-X/fulltext)
12. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Hidratação no ciclo de vida: Hidratação na pessoa idosa. 2015.
13. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho Á. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Acta Med Port. 2015;7:182–8.
14. Campos MA, Sousa R. Nutrição e Deficiências. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Direção-Geral da Saúde. 2015. 25 p.
15. Henriques I. Manual de Alimentação para a Pessoa com Disfagia [Internet]. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. 2010 [cited 2018 Oct 22]. p. 13. Available from: <https://www.passeidireto.com/arquivo/43054214/manual-de-alimentacao-para-a-pessoa-com-disfagia>
16. Associação Portuguesa de Nutrição. Sopas: Mais que um alimento, são um prato de saúde [Internet]. Porto; 2013. 49 p. Available from: <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Sopas.pdf>

17. Alimentação Saudável. Sopa de abóbora [Internet]. [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/receita/sopa-de-abobora/>

Guião da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”

Guião de Sessão

Tema: Alimentação no doente com demência, na disfagia e cuidados para uma hidratação correta.

Duração: 50 minutos

Público-alvo: Técnicos das instituições geriátricas

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala; um questionário; um folheto informativo.

Slide 1 - Capa

(Começar por saudar o público, fazer a apresentação do formador e posteriormente a apresentação do tema e dos objetivos da formação.)

Bom dia, sou a

Venho falar-vos sobre a alimentação no doente com demência e disfagia e hidratação em geriatria.

O objetivo desta sessão é aumentar as vossas competências em lidar com idosos com estas características, de modo a promover uma ingestão alimentar adequada e assegurar as necessidades nutricionais desta população.

Slide 2 – Introdução

As demências são doenças que se caracterizam pela perda das capacidades cognitivas e pelo comprometimento da capacidade de realização das atividades da vida diária. São afetadas funções como a memória, habilidades de linguagem, perceção visual, resolução de problemas, capacidade de gerir a própria vida, capacidade de concentração e atenção. Englobam uma grande classe de distúrbios cerebrais e muitas delas são irreversíveis. Os tipos de demência mais comuns são a doença de Alzheimer e a demência vascular, podendo ocorrer em simultâneo.

Slide 3 – Introdução

De acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, a 6ª principal causa de morte nos países mais desenvolvidos foi a demência, e destas a doença de Alzheimer foi considerada a 5ª causa de morte mais frequente, em 2006. A demência é considerada, atualmente, uma epidemia global com impacto a nível social, económico e da saúde. Por isso é de extrema importância aumentar o conhecimento sobre os fatores ambientais que intervêm na origem e na evolução da doença e adotar estratégias

preventivas. A prevenção deve focar-se na modulação dos fatores de risco modificáveis como por exemplo o estilo de vida.

Slide 4 – Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência estimando-se que, em Portugal, 50 a 70% dos casos de demência são por doença de Alzheimer. É classificada como um transtorno mental e comportamental. Ocorre à medida que diminui o número e o tamanho das células nervosas do cérebro. A progressão da doença vai afetando as várias áreas cerebrais e vão-se perdendo certas funções ou capacidades, que raramente são recuperadas. A progressão da doença pode ser categorizada em 3 fases: ligeira, moderada, grave.

Slide 5 – Fases da Doença de Alzheimer

Na fase inicial, a perda de memória piora conforme a progressão da doença e são evidentes mudanças noutras capacidades cognitivas. São características da fase inicial desta doença: Desorientação e facilidade em perder-se; Problemas em lidar com o dinheiro e pagamentos de contas; Repetição frequente de perguntas; Demora na conclusão de tarefas diárias; Perda constante de coisas, ou perda de coisas em lugares estranhos; Mudanças de humor e de personalidade.

Slide 6 – Fases da Doença de Alzheimer

Na fase moderada, ocorrem alterações nas áreas do cérebro que controlam a linguagem, o raciocínio, o processamento sensorial e o pensamento consciente. São características da fase moderada desta doença: Aumento da perda de memória e confusão; Problemas em reconhecer familiares e amigos; Incapacidade de aprender coisas novas; Dificuldade na realização de tarefas que envolvam vários passos e problemas em lidar com novas situações; Alterações comportamentais e psicológicas.

Slide 7 – Fases da Doença de Alzheimer

Na fase grave, os indivíduos não conseguem comunicar e são completamente dependentes de terceiros para a realização dos seus cuidados e das suas atividades de vida diárias. São características da fase grave desta doença: Incapacidade em comunicar; Perda de peso; Convulsões; Lesões cutâneas; Dificuldade em engolir; Aumento da sonolência e incapacidade no controlo do intestino e da bexiga.

Slide 8 – Demência Vascular

A Demência Vascular é o tipo de demência associada a problemas de circulação do sangue no cérebro. Os dois tipos de Demência Vascular mais comuns são a Demência por Multienfartes e a Doença de Binswanger.

A Demência por Multienfartes é causada por múltiplos pequenos enfartes cerebrais que provocam danos no cérebro na área associada à aprendizagem, memória e linguagem. Os sintomas podem incluir depressão severa, alterações de humor e epilepsia.

A Demência de Binswanger está associada às alterações produzidas pelos enfartes, é causada por pressão arterial alta, estreitamento das artérias e um fluxo sanguíneo inadequado.

Slide 9 – Demência Vascular – Fatores de risco e prevenção

São fatores de risco para o desenvolvimento de uma demência vascular: a pressão sanguínea alta; diabetes; aterosclerose; fibrilhação atrial; colesterol elevado; hábitos tabágicos e acidente vascular cerebral.

A prevenção da demência vascular consiste na correção ou eliminação de fatores de risco de acidentes vasculares cerebrais.

Slide 10 - Fatores nutricionais protetores e promotores de Demência e doença de Alzheimer

A alimentação pode ter um papel protetor ou promotor do risco de desenvolvimento de Demência e/ou da doença de Alzheimer.

As vitaminas E e C, o selénio e os flavonoides parecem diminuir o risco de ocorrência de Demência.

Existe uma associação entre a ingestão de vitaminas do complexo B e um menor risco de Demência e baixos níveis de vitamina B12 associam-se a um maior risco de doença de Alzheimer.

Baixos níveis ou défice de vitamina D têm sido associados a doenças cerebrovasculares e a um maior risco de Demência. O défice desta vitamina é comum e pode agravar a doença de Alzheimer, sendo importante garantir os níveis adequados.

Os ácidos gordos ómega-3 diminuem os níveis de colesterol sérico e a inflamação e podem estar envolvidos nas causas vasculares, inflamatórias e amiloides da demência e da doença de Alzheimer. Têm um papel protetor na prevenção da demência e da doença de Alzheimer.

Quanto aos nutrientes que aumentam o risco de ocorrência de Demência, os ácidos gordos saturados têm uma associação positiva entre a sua ingestão e o risco de demência e de doença de Alzheimer, bem como um rácio superior de ácidos gordos ómega-6: ácidos gordos ómega-3 se associa a um maior risco de demência.

Relativamente aos alimentos, bebidas e padrões alimentares que diminuem o risco de ocorrência de demência, o padrão alimentar mediterrânico destaca-se como possível protetor do declínio mental e da demência, uma vez que está descrita uma relação positiva entre a dieta mediterrânica e um menor risco de demência bem como, uma potencial diminuição do risco de progressão de síndromes pré-demência.

O consumo de peixes gordos e de óleo de peixe pode ter um papel da diminuição do risco de Demência e/ou doença de Alzheimer.

O consumo de hortofrutícolas está associado ao abrandamento do declínio cognitivo e menor risco de Demência e doença de Alzheimer.

A cafeína pode intervir positivamente na neurodegeneração e no abrandamento do declínio cognitivo, sendo também promotora da diminuição do risco de Demência e doença de Alzheimer.

Quanto aos alimentos, bebidas e padrões alimentares que aumentam o risco de ocorrência de demência, o padrão alimentar ocidental, caracterizada por uma elevada ingestão de ácidos gordos saturados, colesterol e açúcares refinados e uma reduzida ingestão de ácidos gordos polinsaturados será um padrão alimentar que aumenta o risco de demência e de declínio cognitivo. A ingestão excessiva de bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde e aumenta o risco de demência.

Pelos motivos expostos, revela-se fundamental, garantir a correta alimentação do doente com demência.

Slide 11 - Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência

- Usar utensílios adaptados que podem melhorar a capacidade de alimentação autónoma;
- Cortar a comida em pequenas porções de maneira a que possam utilizar apenas a colher para comer;
- Fornecer alimentos que possam ser comidos com as mãos como por exemplo sandes, fruta, quiche, entre outros;
- Oferecer apenas um prato de comida de cada vez;

Slide 12 - Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência

(Continuação do slide anterior)

- Usar ervas aromáticas e especiarias, ainda que estas últimas em menor quantidade (ex.: cebolinho, salsa, coentros, tomilho, pimenta, açafão, cominhos,...) são uma excelente opção para conferir uma maior diversidade de sabores aos pratos visto que a diminuição do paladar e do olfato pode reduzir o apetite;
- Disponibilizar opções saudáveis e saciantes, como vegetais ou fruta cortados, para nas refeições mais pequenas evitando grandes refeições;
- Oferecer refeições com sabores familiares ao indivíduo, especialmente refeições/alimentos favoritos;
- Utilizar pratos lisos sem desenhos/padrões para que os alimentos estejam bem visíveis;

Slide 13 - Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência

(Continuação do slide anterior)

- Proporcionar uma atmosfera calma na hora das refeições;
- Comer com a pessoa com demência poderá ajudar no processo, para que esta possa vê-lo a alimentar-se e imitar o comportamento;
- Tentar que os doentes ajudem na preparação das suas próprias refeições;
- Permitir que o doente coma quando tem fome, mesmo que fora do horário estipulado para as refeições.

Slide 14 - Estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência

Por forma a melhorar a ingestão alimentar em doentes com demência, devemos adaptar os copos, os talheres e os pratos. Os pratos deverão ser mais fundos, de modo a que a comida não saia tão facilmente do prato, os talheres devem ter a parte por onde se pega mais grossa e ajustável à mão, os copos devem ser fáceis de pegar, transparentes ou coloridos, para que seja visível o que contêm como podemos verificar nas Figuras 1 e 2.

Slide 15 – Disfagia

Aspetos como a memória, linguagem, perceção visual, capacidade de resolução de problemas, de gerir a própria vida, de concentração e atenção, são alterados em doentes com demência, o que resulta em complicações relacionadas com alimentação e deglutição. O mau funcionamento da língua ou dos músculos da garganta e do esófago pode desencadear a disfagia. A disfagia pode provocar a entrada do alimento na via aérea o que resulta em aspiração, problemas pulmonares, desnutrição, desidratação, entre outras complicações.

Slide 16 – Disfagia

A disfagia caracteriza-se pela dificuldade na deglutição de alimentos sólidos e/ou líquidos por afetação de uma ou mais fases da deglutição. Os distúrbios da deglutição, anatomicamente, são divididos em dois tipos: disfagia orofaríngea e disfagia esofágica. Na disfagia orofaríngea ocorre o enfraquecimento dos músculos da garganta que dificulta a passagem dos alimentos da boca para a garganta e esófago provocando tosse, engasgamento, asfixia.

Na disfagia esofágica ocorre a sensação de que os alimentos estão presos na base da garganta ou no peito depois de se iniciar a sua deglutição.

Slide 17 – Disfagia- Sintomas

Apresento neste esquema sintomas da disfagia:

- Recusa alimentar;
- Dor ao engolir;
- Regurgitação nasal;
- Tosse durante ou após a deglutição;
- Sialorreia (excesso de saliva que a pessoa vai deixando cair pela boca);
- Alteração da voz;
- Engasgamento;
- Presença de alimentos na boca (não consegue deglutir a totalidade dos alimentos).

Slide 18 – Estratégias para lidar com Disfagia

Na disfagia para sólidos deve-se optar por uma alimentação de consistência adaptada, com alimentos de consistência mole ou, nos casos com maior dificuldade, alimentos com consistência pastosa.

Na disfagia para líquidos, devem espessar-se os líquidos com gelificantes industriais e espessantes ou, em alternativa, amido de milho e leite em pó, até se atingir a consistência tolerada pelo doente.

Slide 19 – Exemplo de dieta líquida

Este tipo de dieta destina-se a doentes que não possam ingerir alimentos sólidos ou cremosos.

O pequeno almoço pode ser constituído por 300 mL de leite meio gordo, o meio da manhã por 200mL de sumo 100% de fruta, o almoço por sopa de produtos hortícolas, passada com carne ou peixe, o primeiro meio da tarde por 200mL de sumo 100% de fruta, o segundo meio da tarde por 300 mL de leite meio gordo, o jantar pode ser semelhante ao almoço e, por fim, a ceia com 300 mL de leite meio gordo.

Esta dieta fornece cerca de 880 kcal, sendo 45% do valor calórico total dos hidratos de carbono, 27% do valor calórico total da gordura e 25% do valor calórico total da proteína. Note-se que esta dieta não satisfaz as necessidades nutricionais mínimas diárias, pelo que deve ser complementada e adaptada a cada caso.

Slide 20 – Exemplo de dieta líquida reforçada

Este tipo de dieta destina-se a doentes que não possam ingerir alimentos sólidos ou cremosos.

O pequeno almoço pode ser constituído por um batido, preparado com 400 mL de leite meio gordo, 20g de papa de cereais para adultos, com 160g de fruta fresca. A papa de cereais pode ser substituída por 25g de pão de mistura ou 12g bolachas tipo maria ou 15g de bolachas de água e sal. O lanche do meio da manhã por 200mL de sumo 100% de fruta e o almoço por 500 mL de sopa de produtos hortícolas passada com carne, ou peixe, ou ovo. O primeiro lanche do meio da tarde pode ser igual ao meio da manhã por 200mL de sumo 100% de fruta, o segundo meio da tarde, pode ser um batido com 400 mL de leite meio gordo, 20g de papa de cereais para adultos ou 25g de pão de mistura ou 12g bolachas tipo maria ou 15g de bolachas de água e sal, e 160g de fruta fresca. Por fim, o jantar pode ser semelhante ao almoço e a ceia com um batido com 300 mL de leite meio gordo, 20g de papa de cereais para adultos ou 25g de pão de mistura ou 12g de bolachas tipo maria ou 15g de bolachas de água e sal e 160g de fruta fresca.

Fornece cerca de 1530 kcal, 56% do valor calórico total é dos hidratos de carbono, 19% do valor calórico total é da gordura e 22% do valor calórico total é da proteína.

Esta dieta satisfaz as necessidades nutricionais mínimas diárias.

Nalguns casos pode ser necessária suplementação energética e proteica, recorrendo à nutrição artificial.

Slide 21 – Disfagia- Cuidados na alimentação

- Adaptar as texturas dos alimentos às capacidades de deglutição da pessoa com deficiência (tipos de textura: normal, fracionada/triturada, mole, pastosa/cremosa e líquida);
- Dar alimentos passados, picados, sob a forma purés, sopas enriquecidas com carne ou peixe, empadões, *soufflés*, tortilhas e papas nas dietas de consistência pastosa;
- Fornecer alimentos como, peixe; carne bem cozida, estufada e/ou desfiada; ovos; legumes cozidos; fruta mole crua ou cozida/assada; pão mais mole ou pão de forma em caso de dieta de consistência mole.

Slide 22 – Disfagia- Cuidados na alimentação

(Continuação do slide anterior)

- Em caso de disfagia para líquidos, usar gelificantes e espessantes industriais, ou em alternativa, amido de milho, leite em pó, até se atingir a consistência tolerada pelo doente;
- Evitar alimentos com pequenas sementes, fibrosos (ex.: kiwi, framboesa e morango), alimentos que se fragmentem com facilidade (ex.: bolos secos) e de pequeno volume (ex.: amendoim, arroz simples, etc.) pois dificultam a uniformidade do bolo alimentar;
- Escolher alimentos mais macios (ex.: maçã ou pera cozidas, legumes cozidos, purés de batata ou de hortícolas, puré de frutas) e evitar alimentos sólidos, que devem ser triturados (ex.: frutas pouco maduras, legumes crus e pão).

Slide 23 – Disfagia- Cuidados na alimentação

(Continuação do slide anterior)

- Optar por separar os componentes do prato para aumentar a aceitabilidade, quando os alimentos são passados. Por exemplo, separar o puré de hortícolas, do puré de carne/peixe e do puré de arroz/massa/batata;
- Evitar colocar na mesma colherada alimentos com consistências diferentes, porque para cada alimento o tempo de mastigação e deglutição será diferente;
- Evitar que a pessoa fale enquanto está a comer;

- Colocar o paciente na posição correta (posição sentado ou com a cabeceira da cama levantada a pelo menos 45º) e alimentar a pessoa com pequenas quantidades de comida de cada vez.

Slide 24 – Consistência dos alimentos

Consoante o tipo de disfagia, devemos saber diferenciar a textura dos alimentos e adaptá-la segundo a tolerância do doente.

Para a textura de sólidos, temos alimentos em puré/papa (alimento macio, coeso e espesso, de textura homogénea: papa em puré, vegetais em puré, puré de fruta, leite creme.), alimentos picados ou moídos (alimento fácil de mastigar, sem texturas duras, preparado com recurso ao uso de misturador: vegetais tenros cortados em pequenos pedaços, fruta cozida ou assada cortada em pequenos pedaços), alimentos moles e fáceis de mastigar (alimento mole, sem uso de misturador, fácil de partir com um garfo: pão sem cêdea e com recheio mole, vegetais, carne, peixe, arroz, massa, bem cozinhados, húmidos e com molho espesso, fruta fresca muito madura, queijo fresco e soufflés), alimentos duros ou facilmente pulverizáveis (alimento que necessita de muita mastigação e cujas partículas não formam uma massa coesa: ervilhas, grão, arroz seco, biscoitos, carnes duras, maçã crua), alimentos fibrosos (alimento difícil de mastigar por ter muita fibra: bacalhau não modificado, presunto, feijão verde, kiwi, manga, alface, agrião, espinafre, nabiças, grão), e alimentos mistos (alimento com duas texturas diferentes (líquido e sólido), de difícil mastigação: caldo verde, canja, puré de feijão com pedaços não triturados, laranja, iogurte com pedaços).

Slide 25 – Consistência dos alimentos

Para a textura de líquidos, temos *alimentos com textura fina* (líquidos regulares: água, leite, café, chá, sumos muito líquidos, pouco seguros por via oral para a maior parte dos disfágicos de etiologia neurológica que podem ser ingeridos oralmente quando espessados), *alimentos espessos tipo néctar* (líquidos suficientemente finos para serem bebidos por palhinha ou num copo: néctares, batidos de fruta, iogurtes líquidos), *alimentos espessos tipo mel* (líquidos suficientemente espessos para serem comidos com colher, que não têm capacidade de ter uma forma ou serem bebidos por palhinha: iogurtes espessos, molho de tomate, mel, compotas), e por fim *alimentos espessos tipo pudim* (líquidos que têm que ser comidos com colher e podem adquirir forma: pudins). Podemos verificar na Figura o aspeto dos três tipos de textura de líquidos: néctar, mel e pudim.

Slide 26 – Disfagia total

Em caso de indivíduos com incapacidade de se alimentarem pela via oral e que apresentem o tubo digestivo eficiente na digestão e na absorção, deve-se optar por uma alimentação entérica, através de sonda. Esta via de administração alimentar é a primeira opção quando necessária uma nutrição artificial, por ser a mais fisiológica.

Se a alimentação entérica for de longa duração (> 4 semanas) deve-se optar pela Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) ou Jejunostomia Endoscópica Percutânea (PEJ).

Se a alimentação entérica for de curta duração (< 4 semanas) deve-se optar por sonda Nasogástrica ou Nasoduodenal.

Slide 27 – Alimentação entérica

Quando se prevê a manutenção do suporte nutricional por um período prolongado ou permanente, em que a retoma da via oral se prevê tardia, deve optar-se pela PEG ou PEJ.

A PEG ou a PEJ têm como vantagens, reduzir o risco de pneumonias por aspiração e de refluxo gastro esofágico, bem como proporcionar ao doente conforto e melhor aceitação social, na medida em que são mais estéticas.

A PEJ admite apenas fórmulas nutricionais industrializadas, a PEG também admite fórmulas artesanais.

Slide 28 – Métodos de administração

Administração por Bólus - Administração com seringa de 30 a 200 ml de volume, 6 a 8 vezes por dia;

Administração Intermitente - Administração gota a gota do volume (sistema de gravidade ou de máquina de perfusão) durante um tempo pré-determinado, com pausas;

Administração Contínua - Administração gota a gota do volume (ritmo constante,) através de máquina de perfusão, durante 16 a 24h, com ou sem pausa noturna.

Slide 29 – Nutrição entérica em ambulatório

Doentes com alta hospitalar, mas com necessidade de nutrição entérica por um período prolongado, podem regressar ao domicílio sem capacidade de se alimentar por via oral.

A nutrição artificial em ambulatório permite reduzir o tempo de internamento dos pacientes, os custos do Serviço Nacional de Saúde e o risco de infeções hospitalares.

A fórmula artesanal tem maior aceitação psicológica, mas maior risco de oclusão da sonda e risco de deficiências nutricionais.

A fórmula industrial é mais prática, mais fácil de administrar e fornece dietas equilibradas, mas tem menor aceitação.

Slide 30 – Nutrição entérica em ambulatório

Cuidados a ter com as fórmulas industriais:

- Conservar o produto em lugar fresco e seco, ao abrigo da luz do sol;
- Os frascos, uma vez abertos, podem ser conservados no frigorífico por um período máximo de 24h;
- Verificar sempre o prazo de validade do produto, antes de abrir o frasco;
- Lavar sempre bem as mãos antes de administrar o produto;
- Não tocar com a sonda ou os sistemas em zonas sujas;
- Mudar os sistemas e as seringas ao fim de 24 h.

Slide 31 – Nutrição entérica em ambulatório

Cuidados a ter com as fórmulas artesanais:

- Conservar o batido em frascos hermeticamente fechados e rotulados (volume, refeições), apenas durante 12 h;
- Agitar bem o preparado antes de cada administração e apenas a quantidade necessária;
- Aquecer cada toma em banho maria / micro-ondas de modo a ficar semelhante à temperatura corporal;
- Antes de cada administração verificar a existência de resíduo gástrico (estase).

Entende-se por estase gástrica o atraso do esvaziamento gástrico, isto é, existe uma acumulação de restos alimentares e sucos digestivos no estômago, denominados resíduos gástricos.

Slide 32 – Nutrição entérica em ambulatório

Em caso de indivíduos acamados deve-se elevar a cabeceira da cama de 30 a 45 graus durante a administração da dieta; manter o paciente nesta posição 20 a 30 minutos após a infusão da dieta se a administração for intermitente ou por Bólus (com seringa); se a administração for contínua, deve-se manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 graus durante todo o tempo e em caso de indicação para tal, deve aspirar-se o conteúdo gástrico antes de cada administração.

Se o paciente não estiver acamado deve manter-se sentado durante o período de administração da dieta.

Slide 33 – Exemplo de preparados artesanais

Batido de leite com pão: para esta receita é necessário 200ml de leite meio gordo e 40g de pão de trigo ou pão de mistura (cerca de 1 pão médio). Deve-se colocar o leite no copo de medida e adicionar o pão. Em seguida, passar com a varinha mágica até obter um puré de textura homogénea. Está pronto a servir.

Esta receita fornece 205,6kcal, 32,3g hidratos de carbono, 3,9g de lípidos e 9,8g de proteína.

Slide 34 – Exemplo de preparados artesanais

Sopa enriquecida com carne: para a preparação desta receita são necessários 50g de carne de vaca, 70g de cenoura, 30g de curgete, 40g de alface, 30g de cebola, 30g de esparguete e 5g de azeite (1 colher de sopa). Numa panela com água a ferver, colocar a carne, a cenoura, a curgete, a alface, a cebola e o esparguete a cozer. Após cozinhados, colocar tudo num copo de medida e adicionar o azeite em cru. Triturar tudo com uma varinha mágica e adicionar água da cozedura dos alimentos até obter uma textura uniforme com um volume final de 300ml.

Esta receita fornece 231,1kcal, 15,1g de hidratos de carbono, 7,3g de lípidos e 19,9g de proteína.

Deve-se alertar para um cuidado redobrado na higiene da preparação e manuseamento dos alimentos.

Slide 35 – Hidratação

A água é essencial, pois desempenha funções vitais no organismo. Representa 50% do peso corporal de um idoso.

Funções da água no organismo: Transporte de nutrientes e produtos para excreção, quer através da corrente sanguínea, quer através da urina; Manutenção da pressão arterial pelo normal volume sanguíneo; Contribuição para a normal função cognitiva; Regulação da função intestinal; Prevenção de infeções urinárias.

Quando não é fornecido o aporte adequado de água, o organismo entra em processo de desidratação – desequilíbrio hídrico. A população idosa é a mais vulnerável aos desequilíbrios hídricos.

Slide 36 – Desidratação – Causas

A desidratação consiste numa redução do volume total de água do corpo e considera-se significativa quando é superior a 3% do peso corporal.

Motivos da desidratação no idoso: diminuição da percepção de sede e consequente ingestão hídrica deficiente; aumento das perdas de líquidos (provocado por medicamentos, infeções, demência, entre outros); dificuldades na mobilidade, visão, deglutição, alterações cognitivas, uso de sedativos; limitação da ingestão de líquidos por motivos de incontinência e a utilização de diuréticos e laxantes que provocam um aumento das perdas de água.

Slide 37 – Sinais e consequências da desidratação

São sinais clínicos de desidratação: urina com cor e odor intenso; redução da elasticidade da pele; secura da boca e axilas; obstipação, náuseas, vômitos; alteração do estado de consciência e perda acentuada de peso.

A desidratação desencadeia consequências como infeções urinárias, insuficiência renal, maior risco de quedas de morbidade e mortalidade.

Slide 38 – Formas de aumentar a ingestão hídrica

A água natural deve ser a principal fonte de hidratação, quando tal não é possível, existem alternativas: sopa, leite, frutas, hortícolas, sumos de fruta sem adição de açúcar, infusões, água aromatizada, aos quais se podem adicionar espessantes, em caso de disfagia e água gelificada (textura de gel que facilita a deglutição).

Uma infusão consiste na imersão de uma substância aromática – ervas frescas ou secas, casca de limão - em água quente ou a ferver, o que confere á água um agradável sabor. As infusões podem ser consumidas quentes ou frias. São exemplos a infusão de camomila, de erva-cidreira, de menta ou de limão.

Slide 39 – Formas de aumentar a ingestão hídrica – Água aromatizada

Aromatizar a água através da adição de pedaços de fruta da época, de hortícolas, especiarias e/ou ervas aromáticas pode facilitar a ingestão, pelo agradável sabor. São exemplos de águas aromatizadas a água aromatizada com melancia e hortelã, com maçã e canela, com framboesas, limão e alecrim ou com laranja e limão, entre muitas outras combinações possíveis.

Slide 40 – Formas de aumentar a ingestão hídrica - Sopa

Através da definição de sopa conseguimos perceber porque é considerada uma boa fonte hídrica. É um “alimento composto de caldo, mais ou menos líquido, geralmente com legumes sólidos cortados em pedaços pequenos, que se toma normalmente no princípio da refeição”.

São ingredientes integrantes da sopa, a água em maior quantidade, seguidamente as hortícolas, a batata, arroz, massa ou leguminosas e, por fim, em menor quantidade, os temperos como o azeite e o sal.

As sopas para além de serem uma importante fonte hídrica, porque contêm entre 88 e 93% de água, são ricas em vitaminas, minerais e fibras, pelo que são uma excelente opção.

Slide 41 – Sopa de abóbora – 4 pessoas

Apresento-vos uma receita de sopa de abóbora, com quantidades para quatro pessoas. Leva água, abóbora, couve-flor, cebola, alho francês, alho e temperos (hortelã e pimenta).

Começa-se por colocar 600 ml de água ao lume com a cebola, a abóbora, o alho, a parte verde do alho francês e os talos da couve-flor. Deixa-se cozer, cõa-se e reserva-se. Em seguida juntam-se as hortícolas cozidas com a hortelã e a pimenta, tritura-se tudo com uma varinha mágica. Se necessário adiciona-se um pouco mais de caldo para conseguir a textura mais adequada e depois rega-se com azeite, em cru, no prato. Temos assim uma sopa pronta a servir.

Esta é uma sopa de baixo valor energético com compostos biologicamente ativos como é o caso dos carotenóides, reconhecidos pelas suas capacidades antioxidantes e protetoras das células.

Slide 42 – Conselhos práticos para aumentar a ingestão hídrica

- Promover locais fácil acesso que tenham diferentes formas de hidratação (ex.: copos ou jarros com água, máquinas de água);
- Incentivar os idosos para a ingestão hídrica frequente, mesmo sem sede, em quantidades pequenas de cada vez, ao longo de todo o dia;
- Oferecer água em momentos específicos (ao acordar; antes e/ou após a higiene; antes e/ou após atividades de maior esforço; durante as refeições; nos intervalos das refeições; nos intervalos dos programas televisivos);
- Recorrer ao uso de espessantes e gelificantes industriais ou, em alternativa, amido de milho e leite em pó (conferem uma textura tipo gel) em caso de disfagia para líquidos.

Slide 43 – Conselhos práticos para aumentar a ingestão hídrica

(Continuação do slide anterior)

- Rever frequentemente a medicação prescrita, nomeadamente o uso de diuréticos e outros fármacos com efeito na excreção renal;
- Utilizar símbolos ou utensílios identificativos nos tabuleiros dos idosos que necessitam de maior ingestão para alertar os familiares e cuidadores;
- Utilizar um copo transparente para que a pessoa possa ver o que está dentro, ou então um copo ou garrafa colorida de forma a chamar a atenção;
- Manter um registo de hidratação para idosos em risco (usar copos graduados e/ou folhas de registo).

Slide 44 – Conclusão

É de extrema importância assegurar um bom estado nutricional da população, de modo a prevenir estados de excesso ou défice de nutrientes. As mudanças nutricionais a implementar nos casos de demência ou para a prevenir, podem ser simples, eficazes, seguras e económicas.

Muitas das alterações psicofisiológicas, provocadas pela demência e próprias do processo natural de envelhecimento, são fatores que contribuem para a disfagia e desidratação nesta faixa etária. Assim sendo, deve-se estar atento a estas situações para que as consequências sejam minimizadas, e seguir as estratégias apresentadas, uma vez que são simples e seguras.

Slide 45 – Referências bibliográficas

Finalização da sessão

Agradeço a vossa colaboração nesta sessão. Espero que tenha correspondido às vossas expectativas e que estejam mais esclarecidos em relação a esta problemática na idade geriátrica.

Pedia-vos agora que preenchessem um questionário de escolha múltipla sobre os temas abordados nesta sessão de modo a conseguir avaliar o impacto da mesma.

Também vou passar um questionário para avaliarem a sessão e o desempenho do formador. A vossa opinião é muito importante, de modo a que possamos melhorar aspetos que considerem menos bons.

Deixo-vos também um folheto relativo ao tema hidratação no idoso, para que possam ficar com as ideias-chave.

Avaliação da sessão “Alimentação no idoso com demência, disfagia e hidratação”

QUESTÕES DE ESCOLHA MÚLTIPLA

ALIMENTAÇÃO NO IDOSO COM DEMÊNCIA, DISFAGIA E HIDRATAÇÃO

Assinale a opção mais correta.

1. São consideradas estratégias para aumentar a ingestão hídrica nos idosos:

- a. Incentivar o consumo de sopa, fruta e leite;
- b. Forçar o consumo de água natural, até se atingir os 2L/dia de água;
- c. Fornecer alimentos com elevado teor de sal;
- d. Oferecer água apenas quando o idoso o solicita.

2. São considerados sinais de desidratação:

- a. Urina com cor e odor intensos e redução da elasticidade da pele;
- b. Secura da boca e axilas, obstipação, náuseas e vômitos;
- c. Alteração do estado de consciência e perda acentuada de peso;
- d. Todas as opções anteriores.

3. Qual dos seguintes fatores não é causador de desidratação no idoso:

- a. Diminuição da percepção de sede;
- b. Limitações de mobilidade;
- c. Limitação da ingestão de líquidos por motivo de incontinência urinária;
- d. Utilização de antidepressivos.

4. Em caso de disfagia a sólidos deve-se:

- a. Consumir alimentos de pequeno volume que se fragmentam facilmente na boca;
- b. Colocar na mesma colherada alimentos com consistências diferentes;
- c. Fornecer legumes cozidos e fruta assada/cozida, numa dieta de consistência mole;
- d. Evitar os empadões, os *soufflés* e as papas em dietas de consistência pastosa.

5. Em caso de disfagia para líquidos deve-se:

- a. Espessar os líquidos até atingirem a consistência tolerada pelo indivíduo;
- b. Optar por uma alimentação entérica por sonda;
- c. Excluir os suplementos nutricionais orais;
- d. Optar por nutrição parentérica.

6. São estratégias de prevenção da disfagia ocasional:

- a. Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- b. Evitar alimentos fibrosos e que se fragmentem com facilidade;
- c. É recomendável o diagnóstico precoce de todas as formas de disfagia para minimizar as complicações associadas;
- d. Todas as opções anteriores.

7. São fatores nutricionais protetores de Demência e da doença de Alzheimer:

- a. Ingestão de ácidos gordos ómega-6 em quantidade superior à dos ácidos gordos ómega-3;
- b. Adoção de um padrão alimentar ocidental;
- c. Ingestão de vitaminas com poder antioxidante e ácidos gordos ómega-3;
- d. Ingestão de ácidos gordos saturados e vitaminas do complexo B.

8. São estratégias para melhorar a ingestão alimentar em doentes com Demência:

- a. Cortar a comida em pequenas porções, de maneira a que possam utilizar apenas a colher para comer;
- b. Fornecer alimentos que possam ser comidos com as mãos;
- c. Disponibilizar opções saudáveis e saciantes, como vegetais ou frutas;
- d. Todas as opções anteriores.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

4. Ação de Formação “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”



ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA PESSOA IDOSA

OBESIDADE, DIABETES *MELLITUS*, DOENÇAS
CARDIOVASCULARES E HIPERTENSÃO ARTERIAL



Autoria:

Cezara Popa

Maria Palma Mateus (PhD)

Maria Marta Correia (PhD)

FARO, 2018

Slide 1

INTRODUÇÃO

- As alterações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, características do envelhecimento, favorecem o desenvolvimento de doenças metabólicas, funcionando como fatores de risco para estas.
- É relevante a identificação e intervenção preventiva nos fatores de risco destas doenças, a fim de reduzir a morbilidade e mortalidade associadas, bem como de melhorar a qualidade de vida.

Slide 2

OBESIDADE

- A obesidade é definida como **excesso de gordura corporal** com consequente **aumento do risco de diversas doenças** e da **mortalidade prematura**. Ocorre quando um indivíduo consome **mais calorias do que as que gasta**.

CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE SEGUNDO A DISTRIBUIÇÃO DA GORDURA

- | | | |
|--|---|--|
| <p>ANDRÓIDE</p> <ul style="list-style-type: none">• Mais frequente nos homens;• Associada a maior risco cardiovascular e com o desenvolvimento de doenças metabólicas. |  | <p>GINÓIDE</p> <ul style="list-style-type: none">• Mais frequente nas mulheres;• Associada a menor risco cardiovascular e ao desenvolvimento de doenças circulatórias e articulares. |
|--|---|--|

Slide 3

OBESIDADE - PREVENÇÃO

- Os **hábitos alimentares desadequados** e o **sedentarismo** são considerados os **maiores fatores de risco** de obesidade que podem ser **modificados**. Quando corrigidos a tempo, podem servir como medidas de prevenção e tratamento da obesidade. Para tal, é necessário **incentivar a alimentação saudável** e **torná-la mais disponível** e encorajar a prática de atividade física.

Slide 4

OBESIDADE - DIAGNÓSTICO

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade através do **Índice de Massa Corporal (IMC)** (peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)	
CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m ²)
Baixo peso	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Pré - obesidade	25.0 – 29.9
Obesidade classe I	30.0 – 34.9
Obesidade classe II	35.0 – 39.9
Obesidade classe III	≥ 40.0

Adaptado de: OMS, 1995

Slide 5

OBESIDADE

Fatores relacionados com o envelhecimento que afetam a utilização do IMC

- **Sarcopenia:** perda da massa muscular é acompanhada por aumento da adiposidade;
- **Distribuição abdominal da gordura.**
- **Aumento do perímetro abdominal ou perímetro da cintura** (medição do perímetro da cintura, no ponto médio entre a bordo inferior das costelas e a crista ilíaca) e está associado a maior risco de doença e mortalidade.

Slide 6

OBESIDADE SARCOPENICA



- **Sarcopenia** → Síndrome caracterizada pela **perda** progressiva e generalizada da **massa e força** do **músculo esquelético** com risco de resultados adversos, como **deficiência física, má qualidade de vida e morte**.
- **Obesidade sarcopénica** → diminuição da massa muscular resultante do envelhecimento e aumento da massa gorda com impacto sobre a mobilidade, mortalidade e qualidade de vida dos adultos mais velhos.
- As **causas da sarcopenia** são multifatoriais e **incluem** o **envelhecimento, sedentarismo, alteração da função endócrina, doenças crónicas metabólicas e deficiências nutricionais**.

Slide 7

PERÍMETRO ABDOMINAL OU PERÍMETRO DA CINTURA

PERMITE DETERMINAR O RISCO DE DESENVOLVER COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS À OBESIDADE

Perímetro abdominal e risco de complicações metabólicas

RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS	PERÍMETRO ABDOMINAL OU DA CINTURA (CM)	
	Sexo masculino	Sexo feminino
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Fonte: Sérgio, 2005

Slide 8

OBESIDADE - TRATAMENTO

- A regra essencial é manter o equilíbrio entre as necessidades nutricionais e a ingestão alimentar.

A restrição energética é a componente chave para o tratamento da obesidade.

É importante que após a perda de peso, o **peso alcançado seja mantido**.

O tratamento da obesidade baseia-se:

- Na promoção de perda/controlo do peso;
- No controlo dos fatores de risco;
- Na prevenção da recuperação e/ou manutenção do peso a longo prazo;
- No encorajamento da prática de atividade física e melhoria da qualidade de vida.

Fonte: Gill, 2015

Slide 9

OBESIDADE

BENEFÍCIOS DA PERDA INTENCIONAL DE PESO MANTIDA A LONGO PRAZO

O principal objetivo nesta faixa etária, mais do que atingir o peso ideal, é a perda de peso com benefícios, na medida em que, a perda de peso pode estar associada à sarcopenia

- **A perda de 5 a 10% do peso inicial:**
 - Melhora o controlo glicémico;
 - Reduz a pressão arterial;
 - Reduz os níveis de colesterol sanguíneo;
 - Produz benefícios da função respiratória, da apneia do sono e da sonolência noturna;
 - Produz benefícios sobre a sintomatologia osteoarticular.

Fonte: Frota, 2007

Slide 10

MEDIDAS PARA PREVENIR E COMBATER A OBESIDADE

- Substituir os alimentos com **elevada densidade calórica** (ex.: produtos de pastelaria, doces, refrigerantes, fritos) por alimentos de **elevada densidade nutricional** (ex.: produtos hortícolas e frutas);
- Reduzir a **ingestão de açúcar simples**: evitar o açúcar de adição (ex.: no chá, no café, no iogurte e na salada de frutas) e as bebidas açucaradas (ex.: néctares, refrigerantes de extrato de chá, refrigerantes); fruta cristalizada, chocolates, rebuçados e outras guloseimas;
- Controlar a ingestão de gordura: **evitar alimentos gordos** (ex.: fritos, carnes vermelhas, produtos de charcutaria e salsicharia, natas, bolachas e outros produtos de pastelaria) e **gorduras de adição** (para barrar, como condimento e tempero, por exemplo a manteiga, a margarina e os óleos alimentares);

Slide 11

- Dar preferência ao consumo de **azeite** (gordura monoinsaturada) como **fonte de gordura**;
- Aumentar o consumo de **hortícolas**, através das **sopas**, e no prato como **acompanhamento** ou como ingrediente adicional nas receitas habituais;
- Adotar métodos de confeção mediterrânicos: **cozidos, estufados, jardineiras, caldeiradas** (ex.: receitas de “panela”, frango estufado com ervilhas e batata doce) e utilizar **ervas aromáticas** (ex.: salsa, coentros, hortelã, louro, manjerição, alecrim,...) em detrimento do sal;



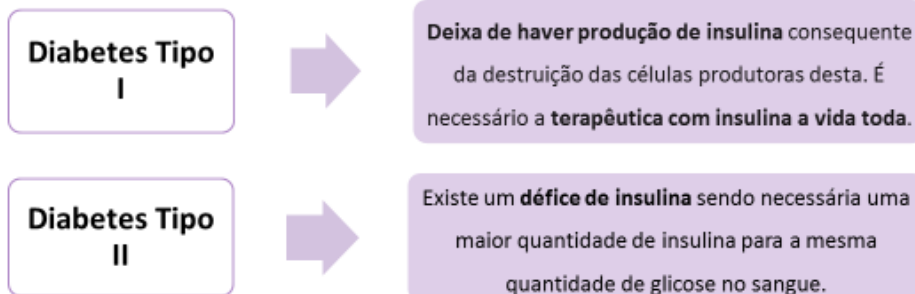
Slide 12

- Manter um padrão alimentar estável, de **pelo menos, 5 refeições diárias** (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar).
- Considerar a inclusão de **refeições intermédias** (ex.: fruta, iogurte magro não açucarado, leite magro, queijo fresco, queijo e pão de mistura de cereais), por forma a **controlar o apetite e não exagerar nas refeições principais;**
- Controlar as **porções** alimentares;
- Diminuir o **“tamanho” de cada garfada e/ou e comer devagar.**



Slide 13

DIABETES MELLITUS



Slide 14

DIABETES MELLITUS - SINTOMAS

OS SINTOMAS SÃO CAUSADOS PELA QUANTIDADE DE AÇÚCAR NO SANGUE

- **Hiperglicemia** (aumento dos níveis de açúcar no sangue)
 - **Motivos:** diabetes mal controlada ou ingestão de uma grande quantidade de hidratos de carbono.
 - **Sintomas:** visão turva, sensação de boca seca, sudorese, cansaço, sede intensa, apetite incontrolável, urinar com grande frequência.

Slide 15

DIABETES MELLITUS - SINTOMAS

- **Hipoglicemia** (diminuição dos níveis de açúcar no sangue)
 - **Causas:** toma excessiva/incorrecta da medicação, jejum prolongado e exercício físico inadequado. Os níveis de açúcar no sangue não devem estar abaixo dos 70mg/dl.
 - **Sintomas:** dificuldade no raciocínio, tremores, palidez, palpitações, perda de consciência, formigamento nos lábios e na língua, convulsões.

Slide 16

DIABETES MELLITUS - ALTERAÇÕES NA ALIMENTAÇÃO

O tratamento da diabetes passa também por uma alimentação saudável e equilibrada, para além da prática de atividade física e da medicação.

Objetivos da alimentação na Diabetes:

- Obter um bom controlo da glicemia, do colesterol, dos triglicéridos, da pressão arterial e atingir e manter um peso saudável. Para atenuar estes fatores de risco deve-se reduzir a ingestão de açúcar, gordura e sal e aumentar a ingestão de fibra.

Slide 17

- A alimentação saudável para uma pessoa com diabetes não difere muito da alimentação que qualquer pessoa deve fazer.
- Fazer pequenas refeições ao longo do dia, o recomendado são, pelo menos, 5 refeições diárias (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar);
- Incluir alimentos ricos em fibra (ex.: hortofrutícolas, leguminosas, pão de mistura ou centeio, flocos de aveia, entre outros), estes permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento intestinal;
- Consumir diariamente 3 a 5 porções de hortícolas e fruta;



Slide 18

- **Evitar** o consumo que alimentos ricos em **gorduras saturadas** (ex.: manteiga, natas, bolachas, bolos e outros produtos de pastelaria, carnes vermelhas e produtos de charcutaria e salsicharia) visto que **umentam o colesterol LDL, promovem o aumento de peso e aumentam o risco de doenças cardiovasculares;**
- Preferir gorduras **monoinsaturadas (azeite) e polinsaturadas (ácidos gordos ómega 3 - peixes como a sardinha e a cavala);**
- **Distribuir os** alimentos com **hidratos de carbono de absorção lenta**, pelas várias refeições do dia.



Slide 19

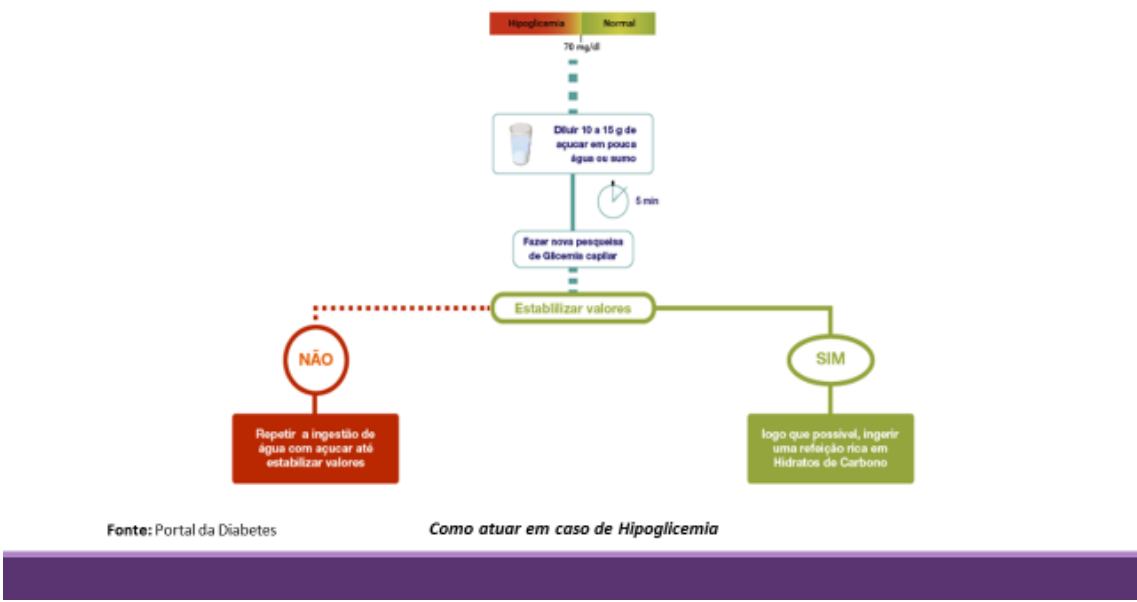
DIABETES MELLITUS - O AÇÚCAR

- **Uma pessoa com Diabetes pode ingerir açúcar**, por exemplo, numa situação de **hipoglicemia moderada.**
- **É rapidamente absorvido** pelo organismo e possibilita uma subida imediata da glicemia (nível de açúcar no sangue), e que atinja com a maior rapidez os valores normais.
- **O açúcar presente nos doces não é indicado para tratar hipoglicemias**, pois é acompanhado de outros nutrientes, como é o caso da gordura que vai dificultar a digestão e absorção.

Slide 20



Slide 21



Slide 22

DIABETES MELLITUS – EQUIVALÊNCIA DE HIDRATOS DE CARBONO

- A **distribuição dos alimentos com hidratos de carbono, pelas várias refeições do dia, é importante** para que não hajam oscilações na glicemia.
- Torna-se importante saber **quais são as quantidades adequadas de hidratos de carbono e como mantê-las** diariamente. Desta forma, saber substituir os alimentos ricos em hidratos de carbono uns pelos outros é uma mais valia.

Slide 23

DIABETES MELLITUS – EQUIVALÊNCIA DE HIDRATOS DE CARBONO

The infographic is divided into three sections: AMIDOS (Grains), FRUTA (Fruit), and LACTÍCIOS (Lactics). Each section shows various food items with their carbohydrate content and how they are equivalent to each other.

AMIDOS (Grains):

- 1 batata (cortada em rodelas) = 2 colheres sopa arroz ou massa = 3 colheres sopa grão ou feijão = 6 colheres sopa favas ou ervilhas = pão integral (32 g)
- pão mistura (23 g) = 2 tostas integrais = 2 colheres sopa flocos de aveia = 3 colheres sopa cereais integrais (pão de milho) = 2 bolachas água e sal cream cracker

FRUTA (Fruit):

- 1 laranja ou 2 tangerinas pequenas = 1 maçã média = 1 pêssego
- 1 pêra média = metade de banana = 14 morangos (150 g)

LACTÍCIOS (Lactics):

- 1 copo de leite (250 ml) = 1 iogurte líquido (1% açúcares)

- Todos estes alimentos, nestas quantidades, têm a mesma quantidade de Hidratos de Carbono, isto é o que se chama “1 equivalente” ou “1 porção”.
- Isto significa que todos estes alimentos **têm um efeito semelhante** na subida da glicemia.
- Podem ser substituídos, entre si, para variar a composição da refeição sem alterar o valor total dos hidratos de carbono.

Slide 24

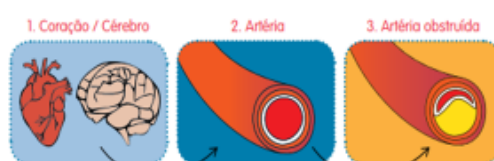
EQUIVALÊNCIAS DOS HIDRATOS DE CARBONO	
Alimentos	1 porção ou equivalente (tem ± 12 g HC)
Batata	1 do tamanho de um ovo (70 g)
Arroz "solto" cozido	2 colheres de sopa (40 g)
Massa cozida	2 colheres de sopa (40 g)
Grão / Feijão cozido	3 colheres de sopa (80 g)
Pão de mistura	Metade de fatia (25 g)
Bolachas integrais	3 bolachas
Flocos de aveia (sem passas)	2 colheres de sopa (20 g)
Banana	Metade (100 g)
Uva	8 a 10 bagos (80 g)
Laranja/Pêssego	1 médio (200 g)
Manga	1 terço, já arranjada (100 g)
Leite	1 copo (200 a 250 ml)
logurte líquido sem adição de açúcar	1 embalagem - meia porção
logurte sólido natural	1 embalagem - meia porção

Adaptado de:
Controlar a Diabetes

Slide 25

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- As **doenças cardiovasculares** afetam o **sistema circulatório** → coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares)
- Muitas destas doenças são **provocadas pelo depósito de gorduras e cálcio no interior das artérias** (aterosclerose) que **dificultam a circulação sanguínea**.



Fonte: Bourbon, 2016

Figura 5. – Depósito de placas de gordura nas artérias

Slide 26

DOENÇAS CARDIOVASCULARES – FATORES DE RISCO

- **Não modificáveis:** genética, sexo (sexo masculino maior risco), idade.
- **Modificáveis através de mudanças no estilo de vida:**
 - Sedentarismo
 - Hipertensão
 - Tabagismo
 - Stress
 - Obesidade
 - Diabetes
 - Dislipidemia



Slide 27

DOENÇAS CARDIOVASCULARES – CONTROLO DOS FATORES DE RISCO

- Praticar atividade física regular (pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana);
- Ter hábitos alimentares saudáveis (comer mais vegetais, fruta, fibras e peixe e reduzir o consumo de gorduras, açúcar e sal);
- Controlar o peso (Índice de Massa Corporal $<25 \text{ kg/m}^2$);
- Ter pressão arterial controlada ($<140/90 \text{ mm Hg}$);
- Ter colesterol total $< 190 \text{ mg/dL}$ e colesterol LDL $<115 \text{ mg/dL}$;
- Ter uma glicemia normal (glicemia em jejum $<100 \text{ mg/dL}$);
- Não fumar.

Slide 28

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - ESTRATÉGIAS ALIMENTARES



- Consumir **3-5 porções diárias de vegetais e fruta** dando preferência aos vegetais;
- **Reduzir** o consumo de **gorduras saturadas** (ex.: manteiga, carnes vermelhas e peles das aves) e **gorduras tipo “trans”** (ex.: refeições pré-congeladas, biscoitos e batata frita) que aumentam os níveis do colesterol LDL, contribuindo para a obstrução das artérias e para a dislipidemia (nível de gorduras no sangue);
- **Minimizar** o **consumo de sal**: o sódio, um dos seus componentes, é um dos principais responsáveis pela hipertensão arterial;

Slide 29

DOENÇAS CARDIOVASCULARES - ESTRATÉGIAS ALIMENTARES

- Comer **peixes gordos** (ex.: atum, cavala e a sardinha), 3 vezes por semana. **São ricos em ácidos gordos ómega-3**, que ajudam a regular os batimentos cardíacos, melhoram a resistência dos vasos sanguíneos e previnem a formação de coágulos;
- **Moderar o consumo de álcool**. O álcool pode afetar gravemente o músculo do coração, aumentar a pressão sanguínea e levar ao aumento de peso. É recomendado 1 copo pequeno, por dia, para as mulheres e 2 copos pequenos, por dia para os homens (de preferência vinho tinto).



Slide 30

HIPERTENSÃO ARTERIAL

- A **pressão arterial elevada** é um dos principais **fatores de risco** para as doenças cardiovasculares.
- A **pressão arterial** é a pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias durante a sua circulação. A **hipertensão arterial** ocorre quando o coração, ao bombear sangue, exerce uma força excessiva contra a parede das artérias.
- A **pressão arterial** tende a **subir** com o **avançar da idade**, contudo, uma pressão arterial elevada não deve ser considerada normal (140-160/90-100 mmGH → normal no idosos).

Slide 31

HIPERTENSÃO ARTERIAL

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL		
MÁXIMA (SISTÓLICA) (mmGH)	MÍNIMA (DIASTÓLICA) (mmGH)	CLASSIFICAÇÃO
Até 120	Até 80	Normal
120 - 139	80 - 89	Pré - hipertensão
140 - 159	90 - 99	Hipertensão arterial estágio 1
>160	>100	Hipertensão arterial estágio 2

Máxima → pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias quando o coração está a bombeá-lo.

Mínima → a pressão que o sangue exerce nas artérias, quando o coração está relaxado.

Fonte: Fundação Portuguesa Cardiologia

Slide 32



Slide 33

HIPERTENSÃO ARTERIAL - O SAL

- O sal é composto por **cloreto de sódio** que, quando consumido em excesso, contribui para o **aumento da pressão arterial**.
- Quando consumido em demasia **faz o organismo reter mais líquidos e aumentar o volume**, levando a uma **sobrecarga no sistema circulatório**, prejudicando os rins e contribuindo para o aumento da pressão sanguínea.
- A **recomendação da ingestão de sódio** é de 2g por dia, o que equivale aproximadamente a 5g de sal, por dia.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Hipertensão

Slide 34

HIPERTENSÃO ARTERIAL - O SAL

NOS RÓTULOS, O SÓDIO PODE APARECER SOB DIVERSAS DESIGNAÇÕES

- Teor de sal;
- Sódio;
- NaCl (cloreto de sódio);
- Na (símbolo químico do sódio);
- Glutamato monossódico;
- Bicarbonato de sódio;
- Bissulfato de sódio;
- Fosfato dissódico;
- Hidróxido de sódio;
- Propionato de sódio.

Evite os alimentos que têm mais de 5% da dose diária recomendada de sódio ou com mais de 1,5 g de sal por 100 g (0,6 g de sódio).

Fonte: Sociedade Portuguesa de Hipertensão

Slide 35

HIPERTENSÃO ARTERIAL - O SAL

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE SAL

- **Substituir o sal por ervas aromáticas** (ex.: sálvia, louro, hortelã e erva cidreira) e **especiarias** (ex.: açafreão, coentros, cominhos, noz moscada e paprika) em menores quantidades;
- **Evitar comprar molhos já pré-preparados** (ex.: molho de tomate, maionese e mostarda);
- **Temperar a carne para grelhar** com um molho de azeite, alho, um pouco de vinho, sumo de limão e pimentão sem sal;

Slide 36

HIPERTENSÃO ARTERIAL - O SAL

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE SAL

- **Limitar os alimentos curados ou fumados** (ex.: enchidos, fiambre e presunto e outros produtos de charcutaria);
- **Evitar as refeições pré-congeladas** (ex.: lasanha, bolonhesa e pizzas), **sopas enlatadas**, **caldos culinários** (ex.: caldo de carne, de galinha,...), **molhos** pré-preparados (ex.: molho mostarda, molho 3 pimentas e molho para saladas) e **fast-food** (pizza, hambúrguer, cachorro e batata frita);
- Para **temperar o peixe** usar **azeite** e um pouco de **alho**.



Slide 37

CONCLUSÃO

- De um modo geral, o aparecimento, evolução ou agravamento das doenças metabólicas pode ser prevenido através de mudanças no estilo de vida, nomeadamente alterações na alimentação e promoção de atividade física.
- As doenças cardiovasculares apresentam fatores de risco modificáveis que devem ser alvo de intervenção e correção. Um estilo de vida e uma alimentação saudáveis têm uma influência positiva quer na prevenção quer no tratamento destas doenças.
- É importante, uma intervenção individualizada, por forma a diminuir a morbilidade e mortalidade associadas a estas doenças.

Slide 38

Plano da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes *Mellitus*, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”

PLANO DE SESSÃO/ AÇÃO

Tema

Doenças metabólicas (Obesidade, Diabetes *mellitus*, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial).

Enquadramento funcional

Esta atividade é realizada no âmbito do projeto Centro Internacional sobre o Envelhecimento (CENIE) e tem como promover um envelhecimento com mais qualidade de vida.

Público-alvo

Técnicos das instituições geriátricas.

Nº mínimo de participantes: 12

Nº máximo de participantes: 50

Local

Instituições geriátricas.

Data

A calendarizar oportunamente.

Duração

50 minutos.

Objetivo geral

Garantir a consciencialização, o conhecimento básico e a melhoria das competências relativamente à prevenção e terapêutica nutricional de doenças metabólicas crónicas, como a obesidade, a diabetes *mellitus* e as doenças cardiovasculares, de forma a promover uma ingestão alimentar adequada e assegurar as necessidades nutricionais da população idosa.

Objetivos específicos

1. Dar a conhecer as recomendações nutricionais para idosos com obesidade.
2. Dar a conhecer as recomendações nutricionais para idosos com diabetes *mellitus*.
3. Dar a conhecer as recomendações nutricionais para idosos com doenças cardiovasculares.
4. Dar a conhecer as recomendações nutricionais para idosos com hipertensão arterial.

Recursos

Recursos humanos: Um Nutricionista ou um estudante da licenciatura em Dietética e Nutrição

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala e um questionário.

Conteúdos

- Introdução (Doenças metabólicas crónicas);

Obesidade

- Caraterização;
- Terapêutica;
- Comorbidades associadas;
- Alterações na dieta;
- Recomendações nutricionais;
- Estratégias de intervenção.

Diabetes *mellitus*

- Caraterização;
- Terapêutica;
- Comorbidades associadas;
- Alterações na dieta;
- Recomendações nutricionais;
- Estratégias de intervenção.

Doenças Cardiovasculares e HTA (Hipertensão Arterial)

- Caraterização;
- Terapêutica;
- Comorbidades associadas;
- Alterações na dieta;
- Recomendações nutricionais;
- Estratégias de intervenção;
- Conclusão.

Desenvolvimento

No início da sessão será feita a apresentação do projeto CENIE (quebra-gelo), a qual será seguida da sessão temática. Esta inicia-se com a introdução aos temas e os objetivos da mesma. No desenvolvimento serão apresentados os conteúdos planeados, haverá esclarecimento de dúvidas e interação com o público-alvo. Para concluir será realizada uma síntese da sessão e do seu conteúdo e serão avaliados os conhecimentos adquiridos pelo público-alvo, através de um questionário de escolha múltipla, este também poderá avaliar o formador e a sessão através de um inquérito.

Avaliação

Questionário de escolha múltipla sobre os conteúdos da sessão

Questionário de escolha múltipla sobre a formação

Objetivos de avaliação

No final da sessão, 70% dos técnicos devem ser capazes de:

1. Identificar, pelo menos, 4 recomendações nutricionais para idosos com obesidade.
2. Identificar, pelo menos, 3 recomendações nutricionais para idosos com diabetes.
3. Identificar, pelo menos, 3 recomendações nutricionais para idosos com doenças cardiovasculares.
4. Identificar, pelo menos, 3 recomendações nutricionais para idosos com hipertensão arterial.

Referências Bibliográficas

1. Camolas J, Gregório M, Sousa S, Graça P. Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Direção-Geral da Saúde. 2017. 68 p.
2. Gill LE, Bartels SJ, Batsis JA. Weight Management in Older Adults. *Curr Obes Rep.* 2015;4(3):379–88.
3. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Sal e Hipertensão Arterial [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/25/105
4. Advance Care. Hipertensão [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <https://advancecare.pt/glossario/hipertensao/>
5. CUF. Hipertensão Arterial [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/hipertensao-arterial>
6. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Hipertensão [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>
7. Associação Protetora do Diabéticos de Portugal. Equivalências dos Hidratos de Carbono (HC) [Internet]. 2013. 2 p. Available from: <https://controlardiabetes.pt/uploads/controlar-a-diabetes-folheto-equivalencias-dos-hidratos-de-carbono-2014-02-28-17-13-18.pdf>
8. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Alimentação [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/alimentacao#consumo-de-acucar>
9. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Health consequences of obesity in the elderly [Internet]. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.* 2014. Vol. 5, p. 63–7. Available from: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/724909/description#description%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed16&NEWS=N&AN=53085533
10. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Obesidade [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/obesidade/>

11. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [Internet]. Journal of Hypertension. 2018. Vol. 34, p. 2159-2219. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehy151> <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehy339/5079119>
12. Frota AC. Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade. Direção Geral de Saúde. Lisboa. 2007.
13. Villela NB, Rocha R. Manual básico para atendimento ambulatorial em nutrição [Internet]. 2nd ed. Salvador; 2008. p. 1-120. Available from: <http://books.scielo.org/id/sqj2s/pdf/villela-9788523208998.pdf>
14. Santos RR dos, Bicalho MAC, Mota P, Oliveira DR de, Moraes EN de. Obesity in the elderly. Rev Médica Minas Gerais [Internet]. 2013; 23(1):64–73. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2238-3182.20130011>
15. Fundação Portuguesa Cardiologia. Como reduzir o sal na alimentação [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/como-reduzir-o-sal-na-alimentacao/>
16. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. O que é a Diabetes? [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-a-diabetes>
17. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Valores de Referência [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>
18. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Hiperglicemia [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/hiperglicemia>
19. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Sintomas da Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/sintomas>
20. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. O Diagnóstico da Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-diagnostico-da-diabetes>
21. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Complicações da Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/complicacoes>
22. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Risco e Prevenção da Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/risco-e-prevencao-da-diabetes>
23. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Tratamento da Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento>
24. Fundação Portuguesa Cardiologia. Diabetes [Internet]. [cited 2018 Sep 26].

Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/diabetes/>

25. Bourbon M, Miranda N, Vicente AM, Rato Q. Doenças Cardiovasculares [Internet]. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2016. 3,24. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf%0Ahttp://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E729E9EE-A547-4429-8696-7DF0D79643A7/0/DoencasCardiovasculares.pdf>
26. Cauley JA. An Overview of Sarcopenic Obesity. J Clin Densitom [Internet]. [cited 2018 Oct 8]. 2015. 18(4):499–505. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1094695015000529?via%3Dihub>
27. Fielding RA et al. Sarcopenia : an undiagnosed condition in older adults. Consensus Definition: Prevalence, Etiology, and Consequences. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2011;12(4):249–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377163/pdf/nihms379523.pdf>
28. Aging in Motion. European Working Group on Sarcopenia in Older People [Internet]. [cited 2018 Oct 8]. Available from: <http://aginginmotion.org/members/european-working-group-on-sarcopenia-in-older-people/>
29. Sérgio A, Correia F, Breda J, Medina J, Carvalheiro M, Almeida M, et al. Programa Nacional de Combate à Obesidade [Internet]. 2005. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-03dgcg-de-17032005-pdf.aspx>

Guião da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes *Mellitus*, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”

Guião de Sessão

Tema: Doenças metabólicas (Obesidade, Diabetes *mellitus*, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial).

Duração: 50 minutos

Público-alvo: Técnicos das instituições geriátricas

Recursos materiais: Equipamento informático: um computador e um projetor; uma sala e um questionário.

Slide 1 - Capa

(Começar por saudar o público, fazer a apresentação do formador e posteriormente a apresentação do tema e dos objetivos da formação.)

Bom dia, sou a

Venho falar-vos sobre as doenças metabólicas. O objetivo desta sessão é sensibilizar para a importância de uma alimentação adequada nas doenças metabólicas e para a importância da identificação e prevenção dos fatores de risco destas doenças, a fim de proporcionar a melhoria na qualidade de vida dos nossos idosos.

Slide 2 – Introdução

As alterações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, características do envelhecimento, favorecem o desenvolvimento de doenças metabólicas, funcionando como fatores de risco para estas.

É relevante a identificação e intervenção preventiva nos fatores de risco destas doenças a fim de reduzir a morbilidade e mortalidade associadas, bem de melhorar a qualidade de vida.

Slide 3 – Obesidade

A obesidade é definida como excesso de gordura corporal, com o conseqüente aumento do risco de diversas doenças e da mortalidade prematura. Ocorre quando um indivíduo consome mais calorias do que aquelas que gasta.

Podemos classificar a obesidade segundo a distribuição da gordura em Andróide ou Ginóide.

A obesidade Andróide é mais frequente no sexo masculino, com maior acumulação de gordura na zona abdominal, aparentando o corpo a forma de uma maçã, e é associada

a um maior risco cardiovascular e ao desenvolvimento de outras doenças metabólicas crónicas.

A obesidade Ginóide é mais frequente no sexo feminino, surge com o corpo em forma de pera, é associada a um menor risco cardiovascular e ao desenvolvimento de doenças circulatorias e articulares.

Slide 4 – Obesidade – Prevenção

Os hábitos alimentares desadequados e o sedentarismo são considerados como os maiores fatores de risco de obesidade que podem ser modificados. Quando corrigidos a tempo, podem servir como medidas de prevenção e tratamento da obesidade. Para tal, é necessário incentivar a alimentação saudável e torná-la mais disponível e simultaneamente, encorajar a prática regular de atividade física.

Slide 5 – Obesidade – Diagnóstico

A obesidade é diagnosticada através do Índice de Massa Corporal (IMC), que se calcula usando a fórmula $IMC = \text{peso em quilogramas} / \text{altura em metros}^2$.

Considera-se um indivíduo com baixo peso quando o IMC (Kg/m^2) < 18.5 .

Um indivíduo apresenta um peso normal quando o IMC (Kg/m^2) está compreendido entre 18.5 – 24.9.

Um IMC (Kg/m^2) de 25.0 – 29.9 indica a presença de uma pré- obesidade.

Existem três graus de obesidade sendo que o IMC da obesidade grau I varia entre 30.0 – 34.9 (Kg/m^2), da obesidade grau II varia entre 35.0 – 39.9 (Kg/m^2) e um IMC ≥ 40.0 (Kg/m^2) é indicativo de obesidade grau III.

Slide 6 – Obesidade

No entanto, nas idades mais avançadas, o IMC pode não ser um bom indicador, pois existem fatores relacionados com envelhecimento que afetam utilização do IMC. São exemplos o caso da sarcopenia (perda da massa muscular acompanhada do aumento da adiposidade) e da distribuição abdominal da gordura, ambas características do envelhecimento.

O aumento do perímetro abdominal ou perímetro da cintura (medição do perímetro da cintura, no ponto médio entre a bordo inferior das costelas e a crista ilíaca) está associado a maior risco de doença e mortalidade, pelo que é a medida antropométrica mais indicada para a sua avaliação.

Slide 7 – Obesidade sarcopénica

A sarcopenia é caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e força músculo-esquelética, com risco de resultados adversos, como fragilidade física, diminuição da qualidade de vida e maior risco de mortalidade.

A obesidade sarcopénica caracteriza-se pela diminuição da massa muscular resultante do envelhecimento e aumento da massa gorda com impacto sobre a mobilidade, qualidade de vida dos adultos mais velhos e mortalidade. As causas da sarcopenia são multifatoriais e incluem o envelhecimento, o sedentarismo, a alteração da função endócrina, doenças crónicas metabólicas e deficiências nutricionais.

Slide 8 – Perímetro abdominal ou perímetro da cintura

A medição do perímetro abdominal ou da cintura permite determinar o risco de desenvolver complicações metabólicas associadas à obesidade, nomeadamente as doenças cardiovasculares e a diabetes.

Os homens apresentam um risco aumentado de complicações metabólicas quando o perímetro abdominal/cintura é maior ou igual a 94 cm enquanto as mulheres apresentam um risco aumentado de complicações metabólicas quando o perímetro abdominal/cintura é maior ou igual a 80 cm.

Considera-se um risco muito aumentado nos homens quando o perímetro abdominal/cintura é maior ou igual a 102 cm e nas mulheres quando é igual ou superior a 88 cm.

Slide 9 – Obesidade - Tratamento

A regra essencial é manter o equilíbrio entre as necessidades nutricionais e a ingestão alimentar. A restrição alimentar é a componente chave para o tratamento da obesidade. É importante que após a perda de peso, o peso alcançado seja mantido.

O tratamento da obesidade baseia-se na promoção de perda/controlo do peso; no controlo dos fatores de risco; na prevenção da recuperação e/ou manutenção do peso a longo prazo e no encorajamento da prática de atividade física e melhoria da qualidade de vida.

Slide 10 – Obesidade

O principal objetivo, nesta faixa etária, mais do que atingir o peso ideal, é a perda de peso com benefícios, na medida em que, nestas idades, a sarcopenia pode acompanhar a perda de peso.

Assim sendo, a perda de 5 a 10% do peso inicial já apresenta melhorias no estado de saúde e é uma medida realista e atingível: melhora o controlo glicémico; reduz a pressão arterial; reduz os níveis de colesterol; produz benefícios na função respiratória, na apneia do sono e benefícios sobre a sintomatologia osteoarticular.

Slide 11 – Medidas para prevenir e combater a obesidade

- Substituir os alimentos com elevada densidade calórica (ex.: produtos de pastelaria, doces, refrigerantes, fritos) pelos de elevada densidade nutricional (ex.: produtos hortícolas e frutas);
- Reduzir a ingestão de açúcares simples, evitar o açúcar de adição (no chá, no café, no iogurte, na salada de frutas...) e as bebidas açucaradas (néctares, refrigerantes de extrato de chá, outros refrigerantes, ...); reduzir o consumo de frutas cristalizadas, chocolates, rebuçados e outras guloseimas;
- Controlar a ingestão de gordura: evitar alimentos gordos (ex.: fritos, carnes vermelhas, produtos de charcutaria e salsicharia, natas e bolachas) e gorduras de adição (para barrar, como condimento ou tempero, por exemplo a manteiga, a margarina e os óleos alimentares);

Slide 12 – Medidas para prevenir e combater a obesidade

(Continuação do slide anterior)

- Dar preferência ao consumo de azeite (gordura monoinsaturada) como fonte de gordura;
- Aumentar o consumo de hortícolas, através das sopas de legumes, e no prato, como acompanhamento ou como ingrediente adicional nas receitas habituais;
- Adotar métodos de confeção mediterrânicos: cozidos, estufados, jardineiras, caldeiradas (ex.: receitas de “panela”, por exemplo: frango estufado com ervilhas e batata doce) e utilizar ervas aromáticas (ex.: salsa, coentros, hortelã, louro, manjeriço, alecrim, ...) em detrimento do sal.

Slide 13 – Medidas para prevenir e combater a obesidade

(Continuação do slide anterior)

- Manter um padrão alimentar estável de, pelo menos, 5 refeições diárias (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar).

- Incluir nas refeições intermédias alimentos como fruta e iogurte magro não açucarado, leite meio-gordo ou magro, queijo fresco e queijo curado meio-gordos ou magros e pão de mistura de cereais, por forma a controlar o apetite e não exagerar nas refeições principais;
- Controlar as porções alimentares;
- Diminuir o tamanho de cada garfada e comer devagar.

Slide 14 – Diabetes *mellitus*

A diabetes pode ser classificada em dois tipos, diabetes tipo I e diabetes tipo II.

Na diabetes tipo I deixa de haver produção de insulina consequente da destruição das células produtoras desta. É necessário a terapêutica com insulina a vida toda.

Na diabetes tipo II existe um défice na produção de insulina que pode não ser suficiente para permitir o equilíbrio da glicose no sangue. A terapêutica necessária para equilibrar esta deficiência pode recorrer a fármacos diversos ou implicar a administração de insulina.

Slide 15 – Diabetes *mellitus* - Sintomas

Os sintomas são causados pela quantidade de açúcar no sangue.

Quando existe um aumento dos níveis de açúcar no sangue estamos perante um estado de hiperglicemia. Podem ser motivos de um estado de hiperglicemia a diabetes mal controlada ou ingestão de uma grande quantidade de hidratos de carbono. Sintomas: visão turva, sensação de boca seca, sudação, cansaço, sede intensa, apetite incontrolável, urinar com grande frequência.

Slide 16 – Diabetes *mellitus* - Sintomas

Quando existe uma diminuição dos níveis de açúcar no sangue estamos perante um estado de hipoglicemia. Podem ser motivos de um estado de hipoglicemia a toma excessiva/incorrecta da medicação, jejum prolongado e/ou exercício físico inadequado. Os níveis de açúcar no sangue não devem estar abaixo dos 70mg/dl. Sintomas: dificuldade no raciocínio, tremores, palidez, palpitações, perda de consciência, formigueiro nos lábios e na língua, convulsões.

Slide 17 – Diabetes *mellitus* – Alterações na alimentação

O tratamento da diabetes passa também por uma alimentação saudável e equilibrada, para além da atividade física e da medicação.

Os objetivos da alimentação na diabetes são obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável. Para atingir estes objetivos deve-se reduzir a ingestão de açúcar, gordura e sal e aumentar a ingestão de fibra.

Slide 18 – Diabetes *mellitus* – Alterações na alimentação

A alimentação saudável para uma pessoa com diabetes não difere muito da alimentação que qualquer pessoa deve fazer.

- Fazer pequenas refeições ao longo do dia, sendo recomendadas, pelo menos, 5 refeições diárias (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar);
- Incluir alimentos ricos em fibra (ex.: hortofrutícolas, leguminosas, pão de mistura ou centeio e flocos de aveia), que permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino.
- Consumir diariamente 3 a 5 porções de hortícolas e fruta;

Slide 19 – Diabetes *mellitus* – Alterações na alimentação

(Continuação do slide anterior)

- Evitar o consumo que alimentos ricos em gorduras saturadas (ex.: manteiga, natas, bolachas, bolos e outros produtos de pastelaria, carnes vermelhas e produtos de charcutaria e salsicharia) visto que aumentam o colesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL), promovem o aumento de peso e aumentam o risco de doenças cardiovasculares;
- Preferir gorduras monoinsaturadas (azeite) e polinsaturadas (ácidos gordos ómega 3 - peixes como a sardinha e a cavala);
- Distribuir os alimentos com hidratos de carbono de absorção lenta (pão de mistura, cereais, leguminosas), pelas várias refeições do dia.

Slide 20 – Diabetes *mellitus* – O açúcar

Uma pessoa com diabetes pode ingerir açúcar, por exemplo, numa situação de hipoglicemia moderada. Este é rapidamente absorvido pelo organismo e possibilita uma subida imediata da glicemia (nível de açúcar no sangue), de modo a que se atinjam com a maior rapidez os valores normais. O açúcar presente nos doces não é indicado para tratar hipoglicemias, pois é acompanhado de outros nutrientes, principalmente de gordura, que vai dificultar a sua digestão e retardar a absorção.

Slide 21 – Diabetes *mellitus* – O açúcar

Em caso de hipoglicemia deve-se ingerir um copo de água com açúcar. O açúcar presente nos bolos não serve para o efeito, como já vimos.

Podem comer-se doces em ocasiões especiais, no entanto deve-se fazer a compensação dos hidratos de carbono da refeição, para que se mantenha o equilíbrio.

Slide 22 – Diabetes *mellitus* – O açúcar

Após a ingestão de água com açúcar deve-se fazer um novo teste de glicemia capilar, se os valores estiverem dentro dos parâmetros desejados deve-se ingerir uma refeição rica em hidratos de carbono logo que seja possível. Caso os valores ainda não estejam estabilizados, deve-se voltar a ingerir água com açúcar até estabilizar os valores.

Slide 23 – Diabetes *mellitus* – Equivalência de hidratos de carbono

A distribuição dos alimentos com hidratos de carbono pelas várias refeições do dia é importante para que não se verifiquem oscilações na glicemia.

Saber substituir os alimentos ricos em hidratos de carbono uns pelos outros é uma mais valia.

Slide 24 - Diabetes *mellitus* – Equivalência de hidratos de carbono

Torna-se necessário conhecer os equivalentes de hidratos de carbono, por forma a manter a ingestão das quantidades adequadas diariamente. Todos estes alimentos, nestas quantidades, têm a mesma quantidade de Hidratos de Carbono, isto é o que se chama “1 equivalente” ou “1 porção”.

Isto significa que todos estes alimentos se transformam numa quantidade semelhante de açúcar, tendo o mesmo efeito na subida da glicemia. Por isso, podem ser substituídos, entre si, para variar a composição da refeição, sem alterar o valor total dos hidratos de carbono.

Slide 25 - Diabetes *mellitus* – Equivalência de hidratos de carbono

Temos aqui um quadro onde se apresentam alguns exemplos de equivalentes de hidratos de carbono. Por exemplo 1 batata do tamanho de um ovo (70g) ou duas colheres de sopa de massa cozida (40g) ou metade de uma banana (100g) ou 1 copo de leite (200 a 250 ml) apresentam todos, mais ou menos, 12g de hidratos de carbono. Conhecendo e usando este conceito de equivalentes de glucose podemos evitar que a

alimentação seja monótona, a alimentação do diabético pode e deve ser a mais variada possível.

Slide 26 – Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares afetam o sistema circulatório como é o caso do coração e dos vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). Muitas destas doenças são provocadas pelo depósito de gorduras e cálcio no interior das artérias (aterosclerose) que dificultam a circulação sanguínea.

Slide 27 – Doenças cardiovasculares – Fatores de risco

Existem dois tipos de fatores de risco, os modificáveis e os não modificáveis.

Não modificáveis: a genética, o sexo (sexo masculino maior risco) e a idade.

Modificáveis, através de mudanças no estilo de vida: sedentarismo; hipertensão; tabagismo; *stress*; obesidade; diabetes; dislipidemia.

Slide 28 – Doenças cardiovasculares – Controlo dos fatores de risco

São estratégias para controlar os fatores de risco das doenças cardiovasculares:

1. Praticar atividade física regular (pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana);
2. Ter hábitos alimentares saudáveis (comer mais hortícolas, fruta e peixe e reduzir o consumo de gorduras, açúcar e sal);
3. Controlar o peso (Índice de Massa Corporal <25 kg/m²);
4. Ter a pressão arterial controlada <140/90 mm Hg;
5. Ter o colesterol total <190 mg/dL e colesterol LDL <115 mg/dL;
6. Ter uma glicemia normal (glicemia em jejum <100 mg/dL);
7. Não fumar.

Slide 29 – Doenças cardiovasculares - Estratégias alimentares

- Consumir 3-5 porções diárias vegetais e fruta, dando preferência aos vegetais;
- Reduzir o consumo de gorduras saturadas (ex.: manteiga, carnes vermelhas, peles das aves) e gorduras tipo “trans” (ex.: refeições pré-congeladas, biscoitos, batata frita de pacote) que aumentam os níveis do colesterol LDL, contribuindo para a dislipidemia e para a obstrução das artérias (nível excessivo de gorduras no sangue);
- Minimizar o consumo de sal: o sódio, um dos componentes do sal, é um dos principais responsáveis pela hipertensão arterial;

Slide 30 – Doenças cardiovasculares - Estratégias alimentares

(Continuação do slide anterior)

- Comer peixes gordos (ex.: salmão, atum, cavala e a sardinha), 3 vezes, por semana. São ricos em ácidos gordos ómega-3, que ajudam a regular os batimentos cardíacos, melhoram a resistência dos vasos sanguíneos e previnem a formação de coágulos;
- Moderar o consumo de álcool. O álcool pode afetar gravemente o músculo do coração, aumentar a pressão sanguínea e levar ao aumento de peso. É recomendada a ingestão máxima de 1 copo pequeno de vinho (150 ml), por dia, para as mulheres e 2 copos pequenos, por dia, para os homens.

Slide 31 – Hipertensão arterial

A pressão arterial elevada é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias durante a sua circulação. A hipertensão arterial ocorre quando o coração, ao bombear sangue, exerce uma força excessiva contra a parede das artérias. A pressão arterial tende a subir com o avançar da idade, contudo, uma pressão arterial elevada não deve ser considerada normal. Uma pressão arterial de 140-160/90-100 mmGH pode ser considerada normal no idoso.

Slide 32 – Hipertensão arterial

Entende-se por pressão máxima, a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias ao ser bombeado pelo coração. A pressão mínima é a pressão que o sangue exerce nas artérias quando o coração se encontra relaxado. Apresenta-se uma classificação dos valores da pressão arterial, tendo em conta a pressão sistólica também chamada de máxima e a pressão diastólica também chamada de mínima.

A pressão arterial pode ser classificada em 4 categorias: Normal (<120/<180 mmGH), pré – hipertensão (120-139/80-89 mmGH), hipertensão arterial estágio 1 (140-159/90-99 mmGH) e hipertensão arterial estágio 2 (>160/>100 mmGH).

Slide 33 – Hipertensão arterial – Fatores de risco modificáveis

São fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial, o consumo excessivo de sal e gorduras, a baixa ingestão de hortofrutícolas, o excesso de peso e a obesidade, o consumo excessivo de álcool e os hábitos tabágicos.

Slide 34 – Hipertensão arterial – O sal

O sal é composto por cloreto de sódio que, quando consumido em excesso, contribui para o aumento da pressão arterial. Quando consumido em demasia faz o organismo reter mais líquidos e aumentar o volume, levando a uma sobrecarga no sistema circulatório, o que prejudica o funcionamento dos rins e contribui para o aumento da pressão sanguínea. A recomendação da ingestão de sódio é de 2,0 g / dia o que equivale aproximadamente a 5,0 g de sal por dia.

Slide 35 – Hipertensão arterial – O sal

Nos rótulos, o sódio pode aparecer sobre diversas designações: Teor de sal; Sódio; NaCl (cloreto de sódio); Na (símbolo químico do sódio); Glutamato monossódico; Bicarbonato de sódio; Bissulfato de sódio; Fosfato dissódico; Hidróxido de sódio; Propionato de sódio.

Devemos evitar os alimentos que têm mais de 5% da dose diária recomendada de sódio ou com mais de 1,5 g de sal por 100 g (0,6 g de sódio).

Slide 36 – Hipertensão arterial – O sal

São estratégias para diminuir o consumo de sal:

- Substituir o sal por ervas aromáticas (ex.: salsa, coentros, sálvia, louro, hortelã) e especiarias (ex.: açafraão, cominhos, noz moscada, pimentão) em menores quantidades;
- Evitar comprar molhos já pré-preparados (ex.: molho de tomate, maionese, mostarda, molho de soja, molho inglês);
- Temperar a carne para grelhar com um molho preparado com azeite, alho, um pouco de vinho, sumo de limão e pimentão sem sal;

Slide 37 – Hipertensão arterial – O sal

(Continuação do slide anterior)

- Limitar o consumo de alimentos curados ou fumados (ex.: queijos de pasta dura, enchidos, presunto, fiambre);
- Evitar as refeições pré-cozinhadas (ex.: lasanha, bolonhesa e *pizzas*), sopas enlatadas, caldos culinários (ex.: caldo de carne, de galinha, ...), molhos pré-preparados (ex.: molho mostarda, molho 3 pimentas e molhos para saladas) e *fast-food* (ex.: *pizza*, hambúrguer, cachorro e batata frita);
- Para temperar o peixe, usar azeite e um pouco de alho.

Slide 38 – Conclusão

De um modo geral, o aparecimento, evolução ou agravamento das doenças metabólicas pode ser prevenido através de mudanças no estilo de vida, nomeadamente alterações na alimentação e promoção de atividade física.

As doenças cardiovasculares apresentam fatores de risco modificáveis que devem ser alvo de intervenção e correção. Um estilo de vida e uma alimentação saudáveis têm uma influência positiva quer na prevenção quer no tratamento destas doenças.

É importante, uma intervenção individualizada, por forma a diminuir as co-morbilidades e mortalidade associadas a estas doenças.

Slide 39/40 – Referências bibliográficas

Finalização da sessão

Agradeço a vossa colaboração nesta sessão. Espero que tenha correspondido às vossas expectativas e que estejam mais esclarecidos em relação a esta problemática na idade geriátrica.

Peço-vos agora que preencham um questionário de escolha múltipla sobre os temas abordados nesta sessão de modo a conseguir avaliar o impacto da mesma.

Também vou passar um questionário para avaliarem a sessão e o desempenho do formador. A vossa opinião é muito importante, de modo a que melhorar aspetos que considerem menos bons.

Avaliação da sessão “Doenças metabólicas: Obesidade, Diabetes *Mellitus*, Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial”

QUESTÕES DE ESCOLHA MÚLTIPLA

**DOENÇAS METABÓLICAS (OBESIDADE, DIABETES *MELLITUS*, DOENÇAS
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSÃO ARTERIAL)**

Assinale a opção mais correta.

1. São recomendações nutricionais para obesidade:

- a. Reduzir a energia ingerida proveniente do consumo de alimentos ricos em gordura;
- b. Limitar o consumo de alimentos ricos em açúcar;
- c. Controlar o peso através do aumento da ingestão de hortícolas;
- d. Todas as opções anteriores.

2. A obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças tais como:

- a. Hipertensão arterial;
- b. Doenças Cardiovasculares;
- c. Diabetes tipo II;
- d. Todas as opções anteriores.

3. São exemplos de estratégias de intervenção em idosos com obesidade:

- a. Incentivar o consumo de azeite, reduzir o consumo de carnes gordas e carnes vermelhas, dar preferência a vegetais frescos e leguminosas, ricos em fibras;
- b. Oferecer refrigerantes e bebidas à base de chá;
- c. Servir poucas refeições por dia, mas em grandes porções;
- d. Não fornecer sopa antes do prato principal.

4. São exemplos de recomendações nutricionais para idosos com diabetes:

- a. Fazer refeições fracionadas (5 a 6 refeições diárias) e conhecer os equivalentes dos hidratos de carbono;
- b. Proibir a ingestão de fruta;
- c. Excluir totalmente o consumo de álcool;
- d. Eliminar todos os hidratos de carbono.

5. São exemplos de estratégias de intervenção em idosos com diabetes:

- a. Fazer poucas refeições ao longo do dia;
- b. Incluir alimentos ricos em fibra, pois estes permitem diminuir a glicemia após as refeições;
- c. Não consumir mais de uma peça fruta por dia;
Evitar o consumo de peixes como a cavala e a sardinha, ricos em ácidos gordos ómega-3.

6. São exemplos de recomendações nutricionais para idosos com doenças cardiovasculares:

- a. Consumir mais de 5g de sal por dia;
- b. Consumir produtos de charcutaria e alimentos processados;
- c. Reduzir o consumo de gorduras saturadas e aumentar o consumo de peixes gordos ricos em ácidos gordos ómega-3;
- d. Reduzir o consumo de fruta.

7. São recomendações nutricionais para idosos com hipertensão arterial:

- a. Utilizar ervas aromáticas em detrimento do sal, evitar refeições pré-congeladas e lavar os alimentos enlatados;
- b. Consumir regularmente bebidas açucaradas;
- c. Evitar o consumo de vegetais;
- d. Consumir molhos pré-confeccionados.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

5. Avaliação da formação/formador

INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

1. CONTEÚDO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos temas apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuste dos temas aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Local da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprimento do horário previsto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interação entre o formador e os participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. RESULTADOS E EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros temas que considera relevantes para futuras formações?

Em relação aos temas tratados o que gostaria de ter aprofundado?

Sugestões

Resposta facultativa:

Nome:

Email:

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO.

6. Referências bibliográficas

1. Barbosa M, Granja L. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na Pessoa Idosa [Internet]. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. 2013. 59 p. Available from: [http://www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao no idoso.pdf](http://www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao%20no%20idoso.pdf)
2. Rede Europeia Anti-Pobreza. Envelhecer com qualidade: um desafio que se impõe [Internet]. 2017. Available from: <https://www.eapn.pt/documento/547/envelhecer-com-qualidade-um-desafio-que-se-impoe>
3. Machado Pinto Serafim FM. Promoção do Bem-Estar Global na População Sénior - práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas [Internet]. Available from: [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/7/3.Envelhecimento demográfico.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/7/3.Envelhecimento%20demografico.pdf)
4. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework [Internet]. [cited 2018 Nov 16]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
5. Base de Dados Portugal Contemporâneo. PORDATA - de. População residente, média anual: total e por grupo etário [Internet]. 2018. [cited 2018 Nov 16] Available from: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
6. Base de Dados Portugal Contemporâneo. PORDATA - Índice de envelhecimento [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>
7. WHO | What is Healthy Ageing? WHO [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 16]; Available from: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
8. Francisco Martins MI. O envelhecimento e a capacidade funcional dos idosos [Internet]. Faro; 2012 [cited 2018 Sep 13]. Available from: <http://www.crup.pt/universidade-do-algarve/>
9. Pereira J. Envelhecimento e dinâmicas sociais [Internet]. Coimbra; 2012 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2012021.pdf>

10. Ferreira da Costa A, Gomes da Cunha A, Oliveira C. Avaliação do estado nutricional do idoso não institucionalizado [Internet]. Coimbra; 2013. Available from:
https://www.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=25809&codigo=65610543
11. Demência| Associação Alzheimer Portugal [Internet]. [cited 2018 Dec 21]. Available from: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>
12. Correia A, Filipe J, Santos A, Graça P. Nutrição E Doença De Alzheimer. Nutrição E Doença de Alzheimer. 2015. 1-78 p.
13. Doenças Metabólicas no Idoso: Dislipidemias [Internet]. [cited 2018 Dec 21]. Available from:
<http://www.sidom.com/doencas-metabolicas-no-idoso-dislipidemias/>
14. Bourbon M, Miranda N, Vicente AM, Rato Q. Doenças Cardiovasculares [Internet]. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2016. 3,24. Available from:
<http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3447/3/Doen%c3%a7as%20Cardiovasculares.pdf>

Anexo 1 - Folheto informativo “Hidratação nos idosos”

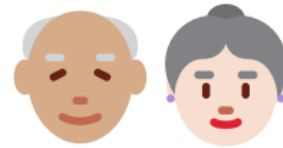
Conselhos práticos para cuidadores e instituições

- Disponibilizar diferentes formas de hidratação (jarros com água, máquinas de água) e garantir que sejam de fácil acesso;
- Incentivar os idosos a **beber com frequência**, mesmo sem sede, em pequenas quantidades de cada vez, ao longo de todo o dia;
- Oferecer água em momentos específicos (ao acordar; antes e/ou após a higiene; antes e/ou após as atividades de maior esforço; durante as refeições; nos intervalos das refeições; nos intervalos dos programas televisivos);
- Em caso de **disfagia** para líquidos recorrer ao uso de **espessantes** ou água gelificada;
- Rever frequentemente a **medicação prescrita**, nomeadamente o uso de diuréticos e outros fármacos com efeito na excreção renal;

- Utilizar símbolos ou utensílios identificativos nos tabuleiros dos idosos que necessitam de maior ingestão para alertar os familiares e cuidadores;
- Manter um **registo de hidratação** para idosos em risco (usar copos graduados e/ou folhas de registo).

Orientadora externa: Maria Palma Mateus
Orientadora interna: Maria Marta Correia
Discente: Cezara Popa

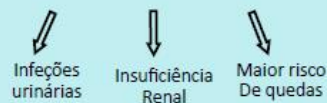
EMAIL
a55062@ualg.pt



Sinais de desidratação

- Urina com cor e odor intensos;
- Secura da boca e axilas;
- Obstipação, náuseas, vômitos;
- Perda acentuada de peso;
- Alteração do estado de consciência.

Consequências da desidratação



Recomendações de ingestão hídrica no idoso

A ingestão diária de água recomendada para um idoso é, em média, 2L/dia

Formas de aumentar a ingestão hídrica

A água deve ser a principal fonte de hidratação contudo, existem alternativas:

Sopa

Leite

Frutos, Hortícolas

Água aromatizada

Infusões sem açúcar

Sumos naturais de fruta



Aromatizar água consiste na adição de frutas, especiarias, hortícolas ou ervas aromáticas.

Exemplos de águas aromatizadas:

- Água aromatizada com melancia e hortelã;
- Água aromatizada com maçã e canela;
- Água aromatizada com morango, limão e alecrim;
- Água aromatizada com laranja e limão.



As sopas de hortícolas para além de serem uma importante fonte hídrica são ricas em vitaminas, minerais e fibras pelo que são uma excelente opção .

Contêm cerca de 88% a 93% de água

Deve-se incluir a sopa, diariamente, pelo menos, nas duas principais refeições.

