



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

Mesa redonda: investigação em gerontologia

Nutrição e Envelhecimento

Elsa Feliciano

Nutricionista

Fundação Portuguesa de Cardiologia



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

O ENVELHECIMENTO OCORRE AO LONGO DA VIDA E É INFLUENCIADO POR:

- Fatores genéticos
- Fatores hereditários
- Meio ambiente
- Hábitos de vida

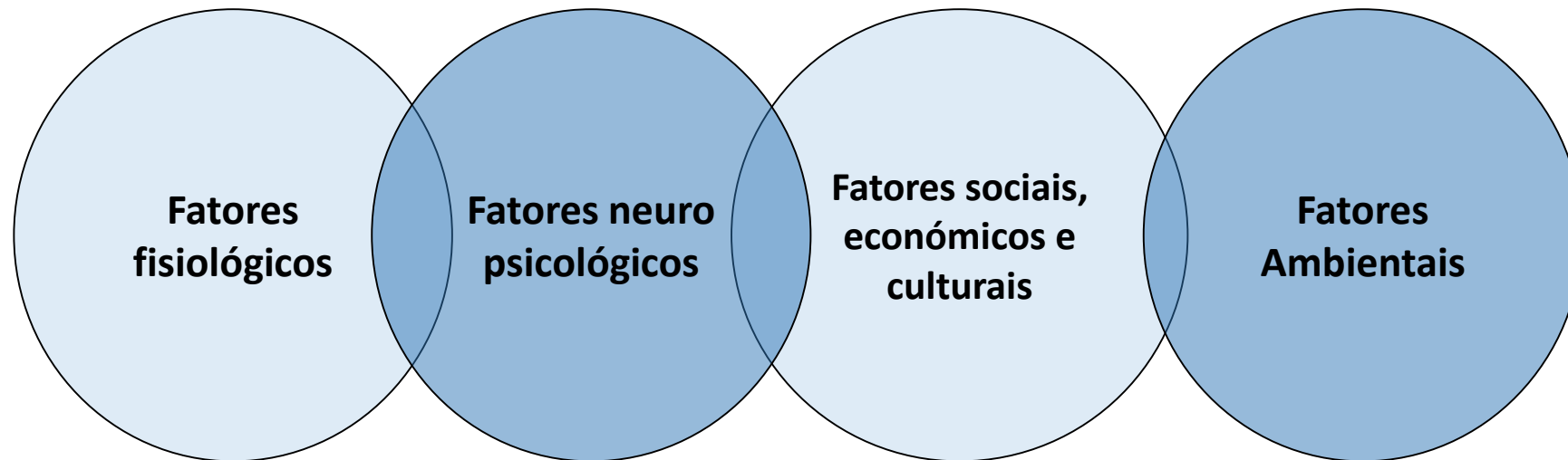
Agentes agressores

**Alimentação
Álcool
Sedentarismo
Stress
Tabaco**



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

DETERMINANTES DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO





39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

Fatores fisiológicos

Saúde oral (Alterações nas gengivas e dentes e utilização de próteses dentárias não ajustadas, podem conduzir à diminuição ou eliminação da ingestão de certos alimentos).

Problemas de deglutição e Disfagia (produção insuficiente de saliva e conseqüente secura da boca, tremor, **entre outros**).

Acuidade sensorial (Alterações fisiológicas ou iatrogénicas no paladar, na visão ou no olfato podem condicionar a ingestão de alimentos)

Inatividade/imobilidade

Perda de massa muscular

Aumento da massa gorda

Diminuição da densidade óssea

Diminuição da função imunitária

Alterações gastrointestinais (pH gástrico, obstipação, flatulência,...)



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

Fatores ambientais

- **Habitação inadequada**
- **Falta de meios e condições para confeccionar refeições**
- **Dificuldade de acesso à aquisição/preparação dos géneros alimentícios**
- **Falta de apoio de serviços comunitários**

Fatores neuro psicológicos

- **Doenças neurológicas (Parkinson, Alzheimer, outras demências...)**
- **Diminuição das capacidades cognitivas**
- **Depressão**
- **Alterações do estado emocional**



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

Fatores socioeconómicos e culturais

- **Baixo nível de educação**
- **Marginalização**
- **Baixos rendimentos**
- **Pobreza**
- **Acesso limitado a cuidados médicos**
- **Falta de conhecimentos alimentares/nutricionais**
- **Crenças e mitos**
- **Institucionalização**
- **Elevados gastos com a saúde**



ENVELHECIMENTO E ESTADO NUTRICIONAL

MEDICAMENTOS

- É frequente a polimedicação.
- Os medicamentos podem interferir no estado nutricional por vários mecanismos relacionados com a absorção, metabolismo e excreção de diversos nutrientes.

PATOLOGIAS

- Anorexia, infeções crónicas recorrentes, doença oncológica, endócrinas, intolerâncias, depressão e demência e DCNT.

DESIDRATAÇÃO

- Diminuição da perceção da sede e conseqüente ingestão hídrica insuficiente
- e/ou aumento das perdas de líquidos (infeção, demência; diuréticos).

TABACO E BEBIDAS ALCOÓLICAS

- O tabagismo pode diminuir o apetite;
- O álcool pode agravar os sintomas de algumas patologias, prejuízo cognitivo, hepatopatia, insuficiência pancreática,...



AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A malnutrição pode ser consequência de um excesso, déficit ou desequilíbrio de nutrientes e energia que pode agravar o estado nutricional das pessoas idosas.

Um estado nutricional inadequado contribui de forma significativa para o aumento da mortalidade, agrava o prognóstico das pessoas idosas com doenças agudas e aumenta o recurso à hospitalização e institucionalização.

Segundo dados do *European Nutrition for Health Alliance*, a prevalência da malnutrição nas pessoas idosas é elevada. Mais de 50% das pessoas idosas hospitalizadas com mais de 60 anos e 77% com mais de 80 anos sofrem de malnutrição, devido a uma ingestão alimentar inadequada e não por falta de alimentos.



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL





39º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

São objetivos da avaliação do estado nutricional:

- Determinar a adequação da ingestão alimentar/nutricional às necessidades individuais;
- Identificar fatores de risco de desnutrição;
- Diagnosticar situações de desnutrição;
- Identificar a etiologia dos défices nutricionais;
- Elaborar e aplicar estratégias terapêuticas;
- Avaliar a efetividade da estratégia aplicada.



39º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

ADULTOS

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Magreza	<18,50
Eutrofia	18,50 – 24,9
Pré-Obesidade	25 – 29,9
Obesidade	
• Classe I	30 – 34,9
• Classe II	35 – 39,9
• Classe III	≥ 40

IDOSOS

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Desnutrição	<22
Risco de Desnutrição	22 – 23,9
Eutrofia	24 – 26,9
Pré-Obesidade	
• Homens	27 – 30
• Mulheres	27 – 32
Obesidade	
• Homens	> 30
• Mulheres	> 32

Verificam-se “ Pontos de corte” diferentes para adultos e idosos



39º Congresso Português de **GERIATRIA** e **GERONTOLOGIA**

Como identificar o Risco Nutricional?

Através de questões curtas e simples relativas aos hábitos alimentares dos doentes:

- Perdeu peso no último mês?, quanto?, involuntariamente?
- Quantas refeições diárias?
- Perdeu o apetite?
- O que não consegue comer?
- Que patologias sofre?
- Alguma alteração de saúde recente?



39º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

COMO IDENTIFICAR O RISCO NUTRICIONAL?

ATRAVÉS DO MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé
NutritionInstitute

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

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

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

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

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

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



39º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

COMO IDENTIFICAR O RISCO NUTRICIONAL?

ATRAVÉS DO MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé
NutritionInstitute

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

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

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

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

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

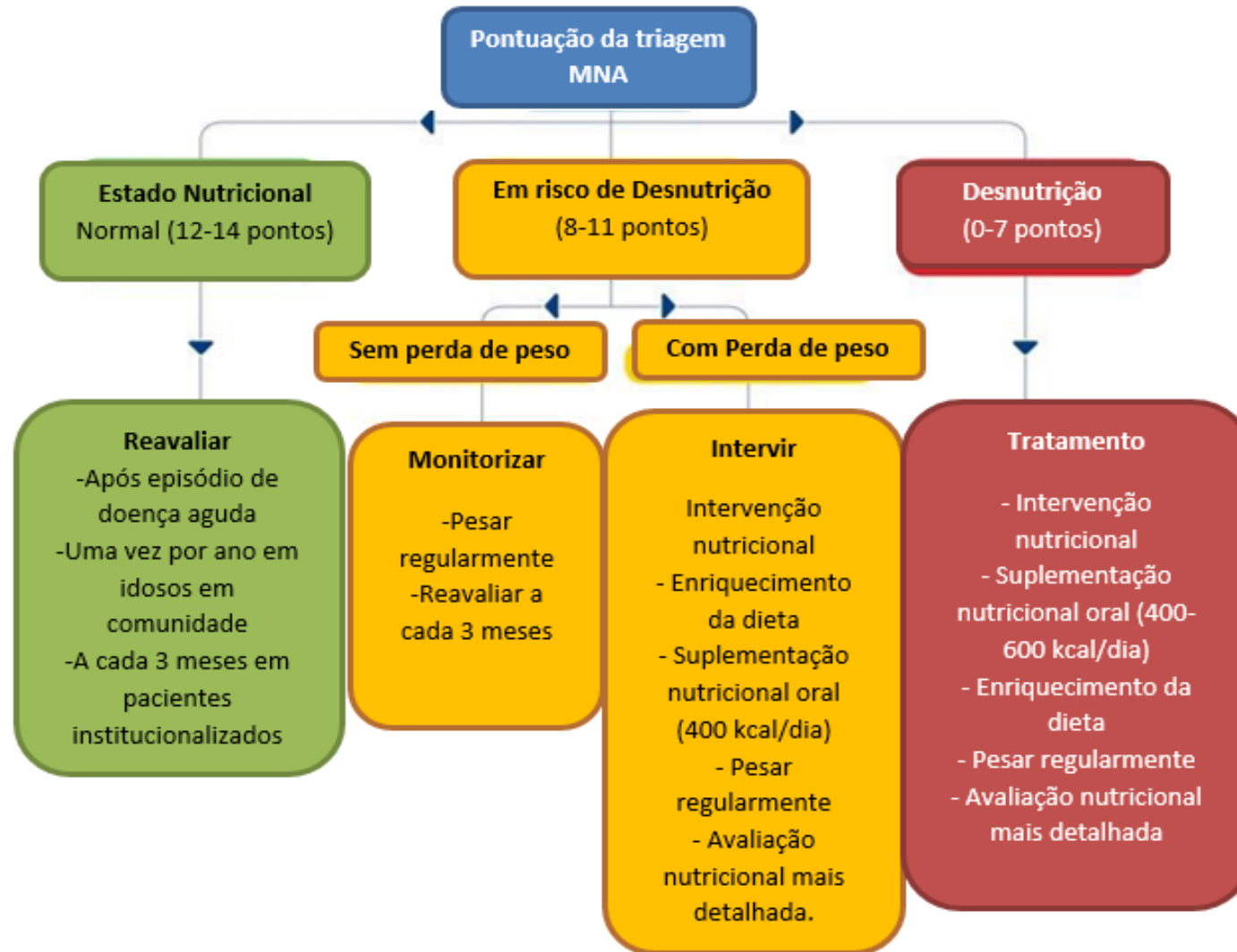
12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

COMO IDENTIFICAR O RISCO NUTRICIONAL? ATRAVÉS DO MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT





Desnutrição

“Estado de insuficiente ingestão, utilização ou absorção de nutrientes , devida a fatores individuais e/ou sistémicos, que resulta na perda de peso e na disfunção de órgãos e que poderá estar associada a um pior prognóstico da doença ou do seu tratamento”.

A desnutrição é uma das causas de morte mais frequentes em todo o mundo



39º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

Doença, Alterações Fisiológicas e Psicológicas

Diminuição da ingestão

Má absorção

Aumento dos gastos

Desnutrição associada à doença

Fisiológicos

Psicossociais

Cuidados de saúde

> Risco Complicações
> Custos de saúde

> Morbilidade
> Mortalidade

< Reabilitação do Doente

+ Tempo de internamentos
+ Reinternamentos



Desnutrição

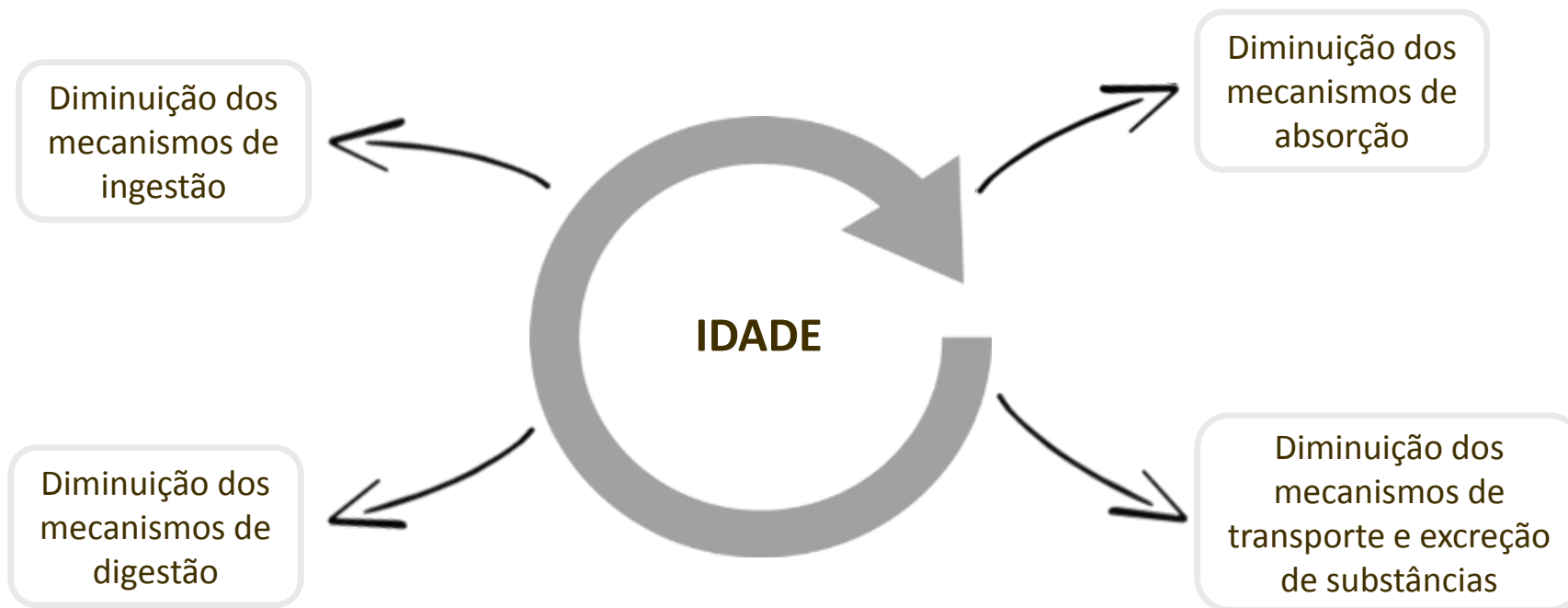
Causas

- Diminuição ingestão alimentar
- Má absorção
- Aumentos das perdas
- Alterações fisiológicas
- Doenças crónicas/agudas
- Doenças Psiquiátricas
- Polimedicação
- Problemas sociais

Consequências

- < Capacidade funcional
- Deficiência nutricional
- > Risco de quedas e fraturas
- > Risco infeções
- > Nº de internamentos
- > Tempo de internamento
- > Morbilidade e Mortalidade
- > Alterações psicológicas

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

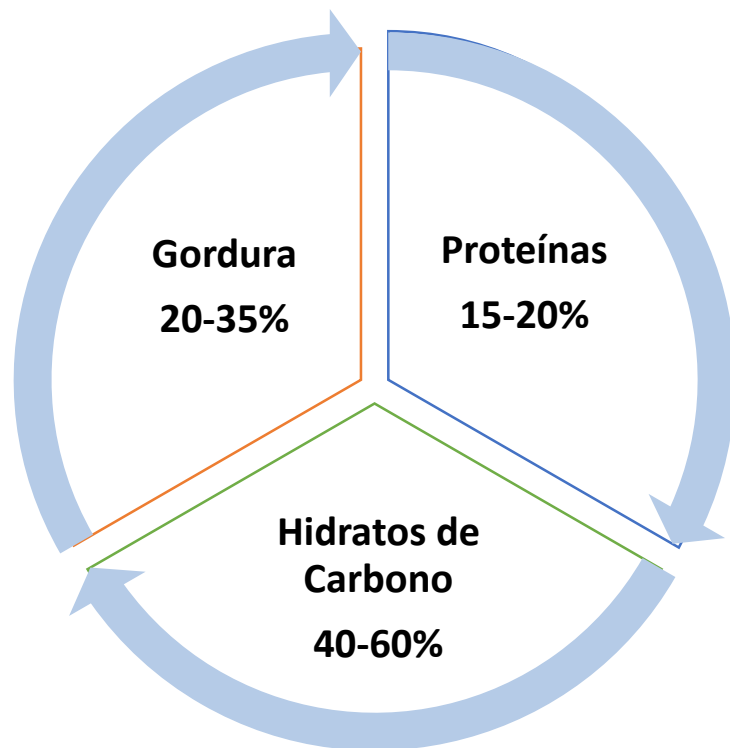


No idosos as necessidades energéticas poderão eventualmente diminuir, devido à diminuição da atividade física e da consequente redução da massa muscular. **Mas grande parte das necessidades em micronutrientes (vitaminas e minerais) mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar.**





AS RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES PARA OS IDOSOS SÃO IDENTICAS ÀS DOS ADULTOS.



PRINCIPAIS DIFERENÇAS:

Aumento necessidades de Proteínas e de alguns micronutrientes - cálcio e vitamina D

Diminuição das necessidades Energéticas, sobretudo de Hidratos de Carbono

NECESSIDADES DE PROTEINAS

Recomendações diárias: 1,25 a 1,5g de proteína por kg/peso

Por exemplo:

1 Idoso saudável, com 70 Kg peso deve consumir diariamente 88 g proteína.

Para garantir este consumo diário deve ingerir:

250g de carne ou peixe ou ovos + 0,5l de leite ou derivados

Leguminosas e cereais devem completar as necessidades

Algumas patologias, poderão exigir valores de proteína superiores a 1,5g/kg peso/dia





Água

Necessidades

- 30ml/Kg/dia
- 1mL/Kcal/dia
- 5 – 8 copos/dia

- ✓ água
- ✓ Infusões de ervas
- ✓ Cevada
- ✓ Águas aromatizadas



NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Exemplo de um dia alimentar para 1 idoso

Pequeno-Almoço



Meio da Manhã



Almoço



Lanche



Jantar



Ceia



Corresponde a
1800 kcal

85g proteína

8µg Vitamina D

1100mg Cálcio



NECESSIDADES NUTRICIONAIS

O que ingerem na realidade

Menos refeições diárias com carne peixe ou ovos;

Menor consumo de Produtos hortícolas e de fruta;

Maior consumo de pão, bolachas e outros fornecedores de açúcar;

Menor fracionamento das refeições, com longos períodos de jejum;

Grande monotonia alimentar, com diminuição das quantidades de nutrientes importantes, nomeadamente de proteína, alguns sais minerais como o cálcio e de vitaminas, particularmente a vitamina D;



NUTRIÇÃO ADAPTADA ÀS CONDIÇÕES CLÍNICAS

Nutrición
Hospitalaria

Nutr Hosp, 2010;25(5):781-792
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

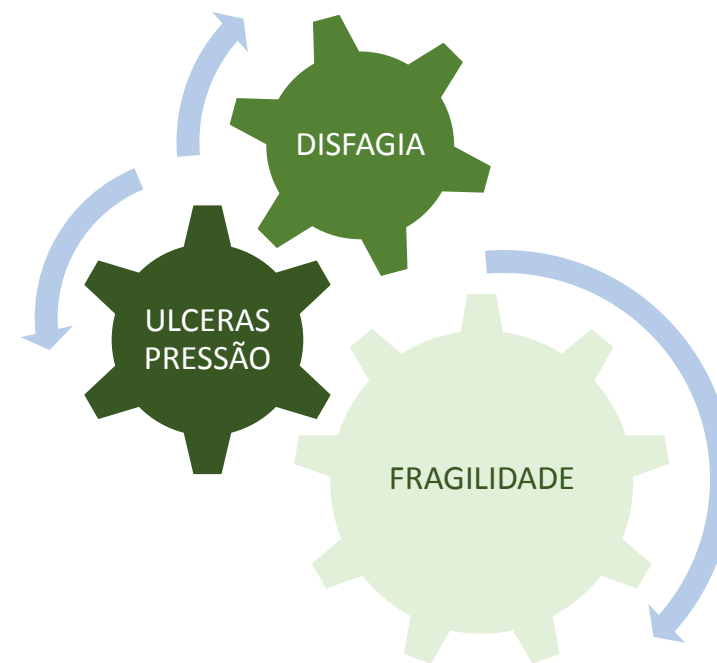
Original

Eficacia, coste-efectividad y efectos sobre la calidad de vida de la suplementación nutricional

C. Gómez Candela^{1*}, A. Cantón Blanco², L. M. Luengo Pérez³ y G. Oliveira Fuster⁴

Geriatría

En el ámbito de la geriatría, las guías de la ESPEN recomiendan los suplementos orales en ancianos malnutridos o en riesgo de malnutrición para aumentar el aporte de energía, proteínas y micronutrientes, mantener o mejorar el estado nutricional y mejorar la supervivencia (grado de recomendación A) ²⁸.



A Pirâmide da Dieta Mediterrânica: um estilo de vida para os dias de hoje

Recomendações para a população adulta

Porções de alimentos baseadas na frugalidade e nos hábitos locais



Vinho em moderação e de acordo com as crenças sociais



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea
O uso e promoção da pirâmide é recomendado em qualquer situação

Edição de 2010

P= Porção



Fundación
Dieta Mediterránea

ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Programa de Dietas Mediterrâneas

