

Anexos

Anexo I
(Folhas de sumário EP I)

LICENCIATURA EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE I

7º Semestre

Ano Lectivo 2015-2016

Aluno: Joana Monteiro Lage

Instituição/Serviço: Centro de Saúde Alameda / Consultório De.ª Alda Pereira

Orientador: Alda Pereira de Fm Oliveira

Outubro de 2015 e Fevereiro de 2016

Dias /Horas Rúbrica Orientador / Aluno	Sumário
<p><u>16 / 10 / 2015</u> Das <u>18:30</u> h às <u>20:15</u> horas Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Definição dos horários de estágio 1ª consulta com utente na qual se avaliou os seus hábitos alimentares, condições de saúde, alergias ou intolerâncias alimentares, medicação e/ou suplementação. Foi utilizado a tábua para avaliar a composição corporal. A partir destas informações realizarei o plano alimentar</p>
<p><u>22 / 10 / 2015</u> Das <u>8</u> h às <u>18:15</u> horas Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Assisti às consultas realizadas pela De.ª Alda no centro de saúde, como forma de integração e de conhecer os utentes. Avaliei o peso, altura, perímetro da anca e cintura em alguns dos utentes. Calendarização das consultas de nutrição que darei no consultório, consoante a disponibilidade dos utentes que a De.ª Alda seleccionou para a consulta de nutrição.</p>
<p><u>23 / 10 / 2015</u> Das <u>18</u> h às <u>20:15</u> horas Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>1ª consulta de nutrição com utente, no consultório. Foi aplicado a anamnese e o questionário das 24 horas anteriores</p>
<p><u>29 / 10 / 2015</u> Das <u>8</u> h às <u>18</u> horas Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Acompanhamento das consultas da De.ª Alda no centro de saúde. 1ª consulta de nutrição com utente do sexo masculino para realizar recomendações alimentares, perante a patologia que apresentava. 1ª consulta de nutrição com utente no consultório</p>

Dias /Horas	Sumário
<p><u>03 / 11 / 2015</u> Das <u>18:30h</u> às <u>20:30</u> horas Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Pesquisa de artigos sobre o papel da fitoterapia no envelhecimento, especificamente das seguintes plantas: Ginkgo biloba, Ginseng, Valeriana, Passiflora</p>
<p><u>05 / 11 / 2015</u> Das <u>16</u> h às <u>20:30</u> horas Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>1ª consulta de nutrição com utente Pesquisa de artigos</p>
<p><u>10 / 11 / 2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização dos planos alimentares através do software SANUT Pesquisa de artigos científicos</p>
<p><u>11 / 11 / 2015</u> Das <u>18</u> h às <u>20</u> horas Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>continuação da realização dos planos alimentares através do software SANUT Pesquisa de artigos científicos</p>
<p><u>12 / 11 / 2015</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>1ª consulta de nutrição com 2 utentes Pesquisa de artigos científicos</p>

Dias /Horas	Sumário
Rúbrica Orientador / Aluno	
<p><u>16 / 11 / 2015</u> Das <u>18</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização de panfletos para distribuição no centro de saúde e/ou consultório</p>
<p><u>17 / 11 / 2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Pesquisa de artigos científicos</p>
<p><u>19 / 11 / 2015</u> Das <u>8</u> h às <u>10</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Acompanhamento das consultas de Dr.º Alck no centro de saúde, integrando com recomendações nutricionais alimentares a dois vitentes</p> <p>1ª consulta de nutrição no consultório</p>
<p><u>20 / 11 / 2015</u> Das <u>18</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização dos planos alimentares das consultas do dia anterior</p>
<p><u>23 / 11 / 2015</u> Das <u>18</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Revisão do artigo científico</p> <p>Realização de recomendações alimentares para patologias específicas</p>

Dias /Horas	Sumário
Rúbrica Orientador / Aluno	
<u>24/11/2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas Orientador  Aluno <u>Joana Lage</u>	Revisão do artigo científico Realização de recomendações alimentares
<u>26/11/2015</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas Orientador  Aluno <u>Joana Lage</u>	1ª consulta de nutrição com 2 clientes Revisão bibliográfica do artigo científico
<u>27/11/2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas Orientador  Aluno <u>Joana Lage</u>	Realização dos planos alimentares Pesquisa relativa ao MNA para aplicar no centro de saúde
<u>30/11/2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas Orientador  Aluno <u>Joana Lage</u>	Pesquisa bibliográfica para realização de panfletos com recomendações alimentares
<u>01/12/2015</u> Das <u>18</u> h às <u>21</u> horas Orientador  Aluno <u>Joana Lage</u>	1ª consulta de nutrição com 1 cliente Revisão bibliográfica do artigo

Dias /Horas	Sumário
Rúbrica Orientador / Aluno	
<p><u>03 / 12 / 2015</u> Das <u>8</u> h às <u>19</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Acompanhamento das consultas da Dr.ª Alda no centro de saúde.</p> <p>1ª consulta de nutrição no consultório.</p>
<p><u>07 / 12 / 2015</u> Das <u>17</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização dos planos alimentares</p> <p>Pesquisa bibliográfica</p>
<p><u>10 / 12 / 2015</u> Das <u>14</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>1ª consulta de nutrição com utente no consultório</p> <p>Realização de recomendações alimentares</p>
<p><u>11 / 12 / 2015</u> Das <u>17</u> h às <u>20</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização do relatório de estágio</p>
<p><u>17 / 12 / 2015</u> Das <u>8</u> h às <u>17</u> horas</p> <p>Orientador <u>[Assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Acompanhamento das consultas da Dr.ª Alda no centro de saúde.</p> <p>consulta com utente para aconselhamento nutricional para patologia ^{específica} (insuficiência renal)</p>

Dias /Horas	Sumário
Rúbrica Orientador / Aluno	
<p><u>22/12/2015</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>1ª consulta de notação no consultório</p> <p>Pesquisa de artigos científicos</p>
<p><u>29/12/2015</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização do relatório de estágio</p> <p>Realização do plano alimentar da consulta do dia 22/12</p>
<p><u>30/12/2015</u> Das <u>16</u> h às <u>20</u> horas</p> <p>Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Realização do relatório de estágio</p>
<p><u>05/01/2016</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Realização do relatório de estágio</p>
<p><u>07/01/2016</u> Das <u>16</u> h às <u>21</u> horas</p> <p>Orientador <u>[assinatura]</u> Aluno <u>Joana Lage</u></p>	<p>Consulta de seguimento</p> <p>Realização do relatório de estágio</p>

Dias /Horas Rúbrica Orientador / Aluno	Sumário
<p>14/01/2016</p> <p>Das 16 h às 21 horas</p> <p>Orientador </p> <p>Aluno <u>Isabela Lage</u></p>	<p>1ª consulta de nutrição com utente</p> <p>Realização do plano alimentar</p>
<p>___/___/___</p> <p>Das ___ h às ___ horas</p> <p>Orientador _____</p> <p>Aluno _____</p>	
<p>___/___/___</p> <p>Das ___ h às ___ horas</p> <p>Orientador _____</p> <p>Aluno _____</p>	
<p>___/___/___</p> <p>Das ___ h às ___ horas</p> <p>Orientador _____</p> <p>Aluno _____</p>	
<p>___/___/___</p> <p>Das ___ h às ___ horas</p> <p>Orientador _____</p> <p>Aluno _____</p>	

Anexo II
(Folhas de sumário EP II)

Anexo III

**(Artigo “Fitoterapia e envelhecimento
saudável: vitalidade e desempenho
cerebral”)**



AUTORA: Alda Pereira da Silva | Médica | Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa | alda_pereira@hotmail.com
Andreia Matos | Bióloga | Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa | andreiamatos@medicina.ulisboa.pt
Manuel Bicho | Professor Catedrático de Genética | Diretor do Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa | manuelbicho@fm.ul.pt
Joana Lage | Estagiária da Licenciatura em Nutrição, Universidade New Atlântica | lagejoana10@gmail.com

FITOTERAPIA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:

VITALIDADE E DESEMPENHO CEREBRAL

O envelhecimento é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano. À medida que a idade avança, aumentam os múltiplos cuidados necessários, requerendo o indivíduo idoso, ser encarado como um todo e avaliado num âmbito interdisciplinar, incluindo suporte social, além da avaliação física, laboratorial, saúde mental, estado funcional global e avaliação do meio ambiente onde se insere.

Desde patologias endócrino-metabólicas, cardiovasculares, osteoarticulares, digestivas, cutâneas, sexuais, neoplásicas, perda de audição, catarata e erros de refração, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, entre outras, todas aparecem ou se agravam com o avançar da idade, culminando pelas perturbações neuropsiquiátricas, como insônia, depressão e demência que reduzem grandemente a vitalidade do idoso, opondo-se a um envelhecimento natural e saudável.

É importante reconhecer precocemente, incapacidades funcionais, que geram prejuízos na autonomia do idoso, porque as mesmas podem interferir nas atividades da vida diária¹ e que, muitas vezes, refletem alterações depressivas ou sono pouco reparador.

As síndromas geriátricas, que incluem fraqueza, debilidade, incontinência urinária, quedas, delírio e úlceras de pressão, parecem ser melhores preditores de morte do que a presença ou o número de doenças específicas, sendo muitas vezes consequência de fatores subjacentes, que não podem ser ignorados². Particularmente as quedas e a fadiga, podem também ser tradução ou ser agravadas por síndromas de natureza neuro psíquica.

Segundo a OMS a idade para ser idoso começa entre os 60 e os 65 anos, não existindo um critério numérico padrão. Tem-se observado uma evolução nesta definição. A ONU concordou que os 60+ anos fossem o ponto de corte para se referir à população mais idosa^{3,4}.

A importância atribuída ao idoso é crescente, como revela a Estratégia Global e Plano de Ação abrangente sobre o Envelhecimento e Saúde que está a ser desenvolvida pela OMS, baseada na evidência do Relatório Mundial sobre envelhecimento e saúde².

A fitoterapia pode contribuir para o bem-estar do idoso, em todas as vertentes referidas, dada a variedade de plantas com ação terapêutica disponíveis para esta faixa etária.

Neste artigo, porém, serão apenas abordadas as principais plantas que podem beneficiar o desempenho cerebral e melhorar a qualidade do sono, contribuindo para uma maior vitalidade e melhor qualidade de vida e bem-estar físico e psíquico do indivíduo idoso.

1. Alecrim

As folhas do alecrim, *Rosmarinus officinalis*, podem ser preparadas como um

chá, ou servir para extrair o óleo essencial, cujas propriedades antioxidante⁵, espasmolítica no músculo liso do trato gastrointestinal/canais biliares, inotrópica positiva no coração com aumento do fluxo sanguíneo coronário e antihipertensoras⁶ lhe são atribuídas. Também possui ações anti-inflamatória e antimicrobiana^{7,8} assim como anticancerígena⁹.

A nível do sistema nervoso, dados preliminares sugerem que pode inibir a colinesterase e ter efeito protetor sobre os neurónios dopaminérgicos. Os efeitos antidepressivos, podem ser mediados ainda pelo sistema monoaminérgico e os efeitos antinociceptivos, pelo sistema de opioides endógenos, sendo esta ação inibida pela naloxona^{7,10}.

Uma dose única de 750 mg de folhas de alecrim em pó misturado com sumo de tomate pode melhorar a rapidez da memória em adultos saudáveis com idade entre 65 e 90 anos. No entanto, doses maiores, parecem não ter o mesmo efeito no comprometimento cognitivo¹¹.

A aromaterapia com alecrim pode melhorar a qualidade da memória, a capacidade de recordar, mas não a velocidade, assim como aumentar a vigilância e o contentamento de forma mais evidente do que a lavanda e placebo, em adultos saudáveis, refletindo-se no desempenho¹².

O óleo de alecrim não deve ser administrado puro, nem associado com terapias anticoagulantes ou aspirina podendo potencializar as ações medicamentosas¹³.

2. Alho

Os bulbos do alho, *Allium sativum*, contém constituintes organosulfurados, a que lhe são atribuídos os efeitos farmacológicos, como antioxidante, antihiperlipidémico, antihipertensivo, antitrombótico, além de ações antifúngica, antibacteriana, antihelmíntica, antiviral, antiespasmódica, sudorífica, expetorante, imunoestimulante, que fundamentam a sua aplicação clínica¹⁴.

Tomado em pó, 300mg/dia, parece diminuir a perda de elasticidade da aorta relacionada com a idade¹⁵ e, doses de 900 mg por dia, parecem retardar o desenvolvimento de aterosclerose em ambas as artérias aorta e femoral¹⁶.

Na hipertensão arterial uma metanálise evidenciou que a ação do alho é superior ao placebo na redução da pressão arterial sistólico-diastólica em pacientes hipertensos, sem reduzir a pressão arterial em normotensos¹⁷, carecendo este efeito, maior evidência científica¹⁸.

O alho pode ter ação no metabolismo da homocisteína e aumentar a função cognitiva, independente do efeito das vitaminas do complexo B, ao aumentar a produção de H₂S^{17,19}.

O alho tem sido usado com segurança em estudos clínicos com duração até 7 anos sem relatos de toxicidade significativa¹³. Pela atividade antiagregante plaquetária e interferência na coagulação, pode potenciar as ações da aspirina, clopidogrel, enoxaparina e varfarina²⁰.

3. Bacopa

As folhas da bacopa ou Brahmi, *Bacopa monnieri*, contém saponinas bacosídeo e bacosaponina, que poderão estar implicadas nos efeitos colinérgicos, antioxidantes e neuroprotectores da planta. *In vitro*, Brahmi inibe a atividade da acetilcolinesterase²¹, o que pode estar relacionado com a proteção neuronal da morte celular induzida pelo β-amiloide.

A bacopa, pode proteger as células neuronais dos danos oxidativos causados por peróxido de hidrogénio e a acroleína, um subproduto da peroxidação lipídica^{22,23}.

Considerada tónico geral adaptógeno para combater o stress²², tem sido tradicionalmente utilizada para melhorar a atenção, a memória e o desempenho mental associado ao envelhecimento e doenças degenerativas como a demência de Alzheimer^{20,24}.

Estudos confirmaram o interesse desta planta na melhoria das funções cognitivas. Assim, 300mg por dia durante 12 semanas, melhorou a aprendizagem verbal, a memória e o processamento de informação^{25,26}, além da capacidade de retenção em adultos saudáveis com mais de 55 anos de idade²⁶.

Estudos na demência, revelaram que bacopa diminuiu a taxa de esquecimento²⁷. Um estudo aleatorizado com dupla ocultação, realizado em indivíduos idosos saudáveis e em pacientes com demência senil do tipo Alzheimer com uma formulação incluindo bacopa, demonstrou melhoria significativa em várias medidas cognitivas e neuropsiquiátricas nomeadamente escalas de depressão, acompanhada por redução da inflamação e stresse oxidativo, determinada pela medição de vários marcadores e de homocisteína no plasma sanguíneo²⁸, contribuindo para reforçar o efeito da planta no desempenho cognitivo associado ao envelhecimento, com segurança²⁹.

Os benefícios da planta, tanto na recordeção tardia como na ansiedade replicam os resultados de outros trabalhos em idosos normais e com alterações cognitivas, realizados durante 12 semanas^{25,27,30}.

4. Ginkgo biloba

As folhas da ginkgo, *Ginkgo biloba*, são utilizadas nos extratos, usualmente padronizados em glicosídeos flavonóides e terpenóides. Planta milenar, objeto de numerosos estudos, é comercializada no mercado português desde longa data assim como a valeriana e outros³¹. Apesar da alta prevalência do seu consumo, ainda é especulativa parte da informação existente, dada a pouca evidência desta planta, na prevenção do declínio cognitivo no idoso³².

Pelas ações vasodilatadora, antiagregante plaquetária, antioxidante, anti-inflamatória, diminuindo a permeabilidade capilar, pode ser utilizada nas perturbações circulatórias cerebrais e periféricas como a nível dos sistemas visual e auditivo, podendo contribuir para melhorar a acuidade visual e auditiva ao retardar a degenerescência macular senil^{33,34} e evitar os acufenos.

Em relação ao desempenho cognitivo e prevenção da demência apesar de bastantes estudos há necessidade de maior evidência científica.

Num trabalho de revisão não se verificou diferença significativa entre ginkgo e placebo nas escalas de avaliação cognitiva não havendo suficiente evidência comprovativa da eficácia do medicamento no tratamento e/ou prevenção de distúrbios de memória³⁵.

Uma metanálise para avaliar a eficácia da planta na função cognitiva na demência, concluiu eficácia nalguns subgrupos de indivíduos, sendo difícil distinguir que fenótipos de indivíduos poderão beneficiar da mesma³⁶.

Outra metanálise procurou avaliar a evidência relativa à eficácia do extrato EGb761 de *Ginkgo biloba* na demência de Alzheimer e doenças cerebrovasculares, tendo sido demonstrada eficácia clínica, segurança e tolerância nos participantes com 240mg de extrato, em pacientes com demência³⁷.

O uso de ginkgo parece ser seguro, pois que a taxa de eventos adversos nestes estudos, foi semelhante à do placebo, contudo, as suas propriedades antiagregantes plaquetárias podem constituir uma limitação ao seu uso, em situação de discrasia hemorrágica³⁸.

5. Ginseng

A raiz de ginseng, *Panax ginseng*, amplamente utilizada como um tónico geral ou adaptogenico, contem importantes constituintes que lhe conferem propriedades hipoglicemiantes, reguladoras da pressão arterial^{39,40}, hipolipemiante⁴¹, podendo interferir com a agregação de plaquetas e coagulação, e potenciar o fator crescimento nervoso provendo neuroprotecção através da atividade nicotínica, ou ter efeito sobre a apoptose no hipocampo de ratos idosos⁴².

As propriedades antineoplásicas que lhe são atribuídas, estão associadas à atividade das células *naturalkiller*⁴³.

O *Panax ginseng* também pode aumentar o sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA), e o cortisol séricos com possível androgenização⁴⁴, ou ter efeito estrogénico atribuído aos ginsenosídeos.

Bem tolerado, apresenta como efeito colateral mais comum a insónia.

Tal como o alho e o ginkgo, o ginseng pode interagir com medicamentos anti-agregantes/coagulantes. Existe um caso de resistência à furosemida pelo uso concomitante com ginseng⁴⁵.

6. Hipericão

As partes aéreas do hipericão, *Hypericum perforatum*, possui nos constituintes hiperforina e adiperforina principalmente nas partes embrionárias da planta⁴⁶, com atividade antidepressiva, com ação inibidora da recaptação de serotonina, norepinefrina, dopamina e/ou colina comparável ou até mesmo superior à dos inibidores da recaptação da 5-HT e NE e outros antidepressivos de síntese química⁴⁷⁻⁴⁹.

A adiperforina, diminuiu o tempo de imobilidade dos ratos sem efeito na atividade locomotora espontânea, indicando propriedades antidepressivas⁵⁰. Este constituinte pode aumentar a quantidade de monoaminas nas fendas sinápticas, evidenciando atividade antidepressiva⁵⁰ comprovada por alguns autores⁵¹ mas não por outros, que concluíram não haver diferenças entre o hipericão e o placebo⁵².

Preparações com esta planta podem resultar em interações farmacocinéticas/dinâmicas, nomeadamente com antirretrovirais, varfarina, ciclosporina, anti-concetivos orais, anti convulsivantes, teofilina e antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina, pelo facto dos constituintes induzirem enzimas que me-



tabilizam drogas, mas também proteínas de transporte como a P-glicoproteína⁵³.

7. Melissa

A folha da erva-cidreira, *Melissa officinalis*, e seu produto, o óleo essencial, contem substâncias que podem contribuir para os efeitos comportamentais como indução de um efeito calmante e redução da excitação, emotividade e estado de alerta em pacientes com ansiedade.

Pode ter atividade no recetor da acetilcolina com propriedades de ligação a ambos, nicotínicos e muscarínicos⁵⁴.

Ao analisar os efeitos comportamentais do extrato *Melissa officinalis* em ratos, verificou-se que as potenciais propriedades psicoativas da planta podem servir de alternativa à medicação farmacológica em determinados transtornos psiquiátricos. A sua eficácia pode, contudo, ser influenciada pelo género e depender da duração da administração. As fêmeas demonstraram mais comportamentos depressivos, tendo revelado resposta mais intensa à melissa⁵⁵.

Um extrato padronizado administrado durante 4 meses, reduziu a agitação e melhorou os sintomas de doença de Alzheimer ligeira a moderada⁵⁶.

Reconhecida como segura, tem sido utilizada durante períodos de tempo até 4 meses.

A atividade inibidora da TSH via adenilciclase poderá ter efeitos aditivos na terapia antitiroideia⁵⁷.

8. Passiflora

As partes aéreas da passiflora, *Passiflora incarnata*, contem flavonoides, alcalóides e maltol constituintes dos extratos, a que são atribuídos efeitos sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, analgésicos, antiespasmódicos, depressores do SNC e hipotensores⁵⁸.

Evidências sugerem que os extratos podem reduzir a hipermotilidade indu-

zida pela anfetamina, a agressividade e agitação e aumentar o limiar de dor⁵⁹ e que o flavonoide apigenina ao ligar receptores de benzodiazepina, causa efeitos ansiolíticos sem prejudicar a memória ou capacidade motora⁶⁰. Dados animais sugerem que o maltol pode causar depressão do SNC, reduzir a atividade motora espontânea e prolongar o tempo de sono induzido por barbitúrico. Em doses elevadas a planta apresenta atividade anti convulsivante em modelos animais. Os efeitos sedativos do maltol/etil maltol podem mascarar a ação estimuladora do SNC dos alcaloides da harmana pela monoamina oxidase⁶¹.

Existe alguma evidência de que passiflora pode reduzir os sintomas de ansiedade. Um extrato líquido de 45 gotas/dia foi comparável ao oxazepam e pesquisa adicional mostrou que 90mg/dia, reduziu sintomas de ansiedade não específica comparável à mexazolam⁶².

Beber uma tisana de passiflora antes de dormir melhorou aspectos de qualidade do sono podendo produzir benefícios subjetivos a curto prazo⁶³.

Reconhecidamente segura, “Generally Recognized As Safe (GRAS)” contudo, discute-se se contém glicosídeos cianogênicos que podem ser responsáveis por toxicidade hepática e pancreática associada a variedades como a *Passiflora edulis*¹³.

9. Rodiola

A raiz da rodiola, *Rhodiola rosea*, considerada adaptogénica, tem sido utilizada ao longo dos tempos para fins medicinais e as partes aéreas, como ingrediente alimentar, sendo já mencionada por Dioscorides no primeiro século A.D.

A rodiola parece ter atividade significativa no sistema nervoso central, demonstrando potencial para melhorar a aprendizagem e memória. Estudos em animais mostram proteger contra as agressões, com aumento da capacidade de trabalho, diminuição da fadiga e melhor aprendizagem e memória^{64,65}. A atividade antioxidante dos extratos⁶⁶ pode conferir proteção contra o stresse oxidativo, como demonstram experiências *in vitro*, com salidroside que diminui a apoptose de células do neuroblastoma expostas a peróxido de hidrogénio⁶⁷. Em modelos animais de diabetes, um extrato de rodiola diminuiu a glicose no sangue e teve efeito antioxidante demonstrado na redução da peroxidação lipídica e aumento do glutatião reduzido⁶⁸. Extratos

de rodiola também inibiram significativamente a atividade da alfa-glucosidase e da enzima conversora de angiotensina⁶⁹, podendo possuir efeito anti-inflamatório e diminuir a proteína C reativa.

Demonstram propriedades antiarrítmicas e proteção contra a lesão de reperfusão após isquemia. Estes efeitos podem ser abolidos por infusão de naloxona, sugerindo que o mecanismo pode envolver um aumento nos opioides endógenos^{70,71}.

Um extrato específico da planta reduziu significativamente os sintomas de depressão leve a moderada após 6 semanas de tratamento, com melhoria da instabilidade emocional, insónia e somatização, mas não na autoestima⁷².

Com o objetivo de melhorar a fadiga, o desempenho físico, a sintomatologia depressiva, o stresse, ou a ansiedade generalizada avaliaram-se várias dosagens tendo-se observado resultados positivos. Uma dose de 50 mg duas vezes por dia reduziu a fadiga mental e melhorou o bem-estar subjetivo em estudantes durante período de exames⁷³ e 144 mg duas vezes ao dia reduziu a fadiga, não o stresse, em estudantes universitários e em trabalhadores por turnos, 170 mg melhoraram o cansaço e o rendimento mental, finalmente em militares, 370-555 mg após 24 horas de privação de sono, aumentaram o processamento mental e memória de curto prazo¹³.

Pela carência de estudos a rodiola é desaconselhada nas doenças autoimunes, como na esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistémico, ou artrite reumatoide.

10. Valeriana

A raiz e rizoma da valeriana ou *Valeriana officinalis*, tem sido amplamente utilizada na insónia, dissonia e perturbações do sono com agitação associada à ansiedade,

O ácido valerénico e outros constituintes, agonistas dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA), bem como os valepotriatos, exercem ação sedativa, hipnótica e espasmolítica possivelmente por ligação aos receptores da dopamina demonstrado em modelo animal, reduzindo a dependência das benzodiazepinas¹³.

Utilizada como sedativo com propriedades hipnóticas, ansiolíticas, antidepressivas, anticonvulsivantes e antiespasmódicas, possui ainda propriedades hipotensoras⁷⁴.

Possivelmente efetiva na insónia contudo, em relação à ansiedade, a evidência é contraditória sendo insuficiente para recomendar a utilização da valeriana para o

tratamento dos distúrbios de ansiedade⁷⁵.

Uma revisão sistemática sugere que a valeriana pode melhorar a insónia inicial, e a qualidade do sono⁷⁶ no entanto, no global, a evidência não suporta a eficácia clínica da valeriana no tratamento da insónia⁷⁷. Os valepotriatos pareceram ter um efeito ligeiro na insónia, mas os resultados foram contraditórios⁷⁷, havendo pouca evidencia mesmo no que se refere à qualidade do sono⁷⁸.

Em relação à ansiedade, não há provas suficientes para tirar quaisquer conclusões sobre a eficácia e segurança de valeriana em comparação com placebo ou o diazepam para transtornos de ansiedade⁷⁹. Serão necessários mais estudos rigorosos aleatórios e controlados, com amostras e fármacos mais uniformes para que as conclusões apresentem credibilidade.

Geralmente a valeriana foi bem tolerada e não houve registo de efeitos colaterais graves⁷⁵ sendo uma planta segura associada a raros eventos adversos^{76,77}. Não está comprovado que afete a metabolização hepática de medicamentos, pois é contraditória a evidencia dos seus efeitos no citocromo P450.

A Valeriana não costuma ter impacto negativo no tempo de reação, atenção, concentração e ao despertar após a ingestão, no entanto, isso pode por vezes ocorrer.

Sintomas de abstinência “benzodiazepínico” foram relatados quando da interrupção brusca do tratamento¹³.

11. Geleia real e Lecitina de Soja

Há dois complementos alimentares, muito utilizados na terapia complementar que não sendo plantas, são comumente utilizados para compensar os efeitos do envelhecimento, que são a geleia real e a lecitina de soja.

A **Geleia real**, secreção glandular leitoosa produzida pelas abelhas obreiras (*Apis mellifera*), tem uma composição muito rica em nutrientes essenciais à vida, comercializada isoladamente ou associada a vitaminas, oligoelementos ou a outras plantas como onagra, ginseng, damiana, ou produtos delas derivados como o pólen das flores, pode ser útil na prevenção da aterogénese no idoso e no aumento da vitalidade e bem-estar^{80,81}.

Apesar de segura quando tomada nas doses apropriadas, e assegurando-se a ausência de alergia à substância, há que ter atenção às interações com medicamentos



constitucional, sendo mais comum nesta situação o *Sulfur*, *Lycopodium*, *Arsenicum album*, *Thuya* ou *Silicia*⁸⁷⁻⁸⁹.

A depressão, associada muitas vezes à insônia, pode também beneficiar da prescrição de *Baryta carbonica*, *Phosphorus*, *Aurum metallicum*, *Nux vomica*, *Lycopodium* ou *Arsenicum album*⁸⁹.

Na prevenção da arteriosclerose podem ser utilizados o *Arsenicum album*, *Calcarea fluorica*, *Arsenicum iodatum*, *Baryta carbonica*, *Lycopodium clavatum*, *Silicia*, *Plumbum metallicum*, *Baryta iodata* e *Aurum metallicum*^{87,88} podendo particularmente a *Baryta carbonica*, retardar o envelhecimento cerebral, sendo juntamente com o *Sulfur* o medicamento de ação geral mais reconhecido no aspeto preventivo da patologia da senescência^{87,90}.

As diluições variam entre 7 e 15 consoante o grau de similitude.

Conclusão

Estudos epidemiológicos relataram uma ampla gama de utilização de produtos de saúde à base de plantas no idoso, com potencial promissor na compensação da vitalidade e desempenho cerebral. O recurso a estes produtos, que têm por base as plantas medicinais, podem ser uma alternativa válida para contribuir e melhorar a qualidade de vida do idoso.

Devem ser realizados mais estudos científicos, no sentido de compreender melhor o valor terapêutico destas plantas medicinais. Os profissionais de saúde deverão ajudar o utente na compreensão dos riscos da automedicação, em particular quando são utilizadas terapias múltiplas, pela possibilidade de interações farmacológicas que poderão comprometer a evolução clínica.

Bibliografia

1. Marcolin D *et al.* Avaliação funcional de idosos Functional elderly assessment. 2008;4:9.
2. WHO. Ageing and health. *Fact Sheet N°404*. 2015
3. Sabharwal S *et al.* Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research. *SpringerPlus* 2015;4(1):516.
4. Roebuck J. When does "Old age begin?": The evolution of the English definition. *J Soc Hist* 1979;12(3):416-28.
5. Bozin B *et al.* Antimicrobial and antioxidant properties of rosemary and sage (*Rosmarinus officinalis* L. and *Salvia officinalis* L., Lamiaceae) essential oils. *J Agric Food Chem* 2007;55(19):7879-85.
6. Fernández L. F *et al.* Effectiveness of *Rosmarinus officinalis* essential oil as antihypertensive

cumarínicos, e antihipertensores, cujas ações potencia⁸², estando descritos subida do INR ao associar com a varfarina caso de um indivíduo de 87 anos a tomar varfarina, que desenvolveu hematuria depois de tomar suplemento de geléia real tendo o INR subido para 7.29⁸³.

Tradicionalmente usada como tónico geral de saúde, rejuvenescedor, pode ter efeito no metabolismo lipídico, sendo as doses na hiperlipemia, 50-100mg por dia carecendo de informação científica disponível sobre os seus efeitos em seres humanos⁸⁰.

A **Lecitina de soja**, é uma substância que pode ser extraída de derivados de plantas ou animais, constituída por fosfolípidos, principalmente fosfatidilcolina, fosfatidilserina e fosfatidilinositol, sendo fonte de ácidos gordos omega 6. Ao ser ingerida, pode aumentar os níveis séricos de colina, precursor da acetilcolina, podendo contribuir para aliviar sintomas de doenças colinérgicas, tais como a doença de Alzheimer e discinesia tardia assim como melhorar o humor como sugerem algumas pesquisas⁸⁴.

Estudos de eficácia com doses variáveis, não mostraram, contudo, eficácia significativa na melhoria da memória e função cognitiva em idosos saudáveis nem em idosos com demência⁸⁵, não parecendo igualmente afetar a progressão da doença mesmo tomado por até 6 meses.

Abordagem homeopática

Em Portugal, verifica-se a utilização crescente dos produtos homeopáticos⁸⁶. Segundo a abordagem homeopática deve

atender-se ao modo reacional, ao medicamento constitucional e procurar personalizar a terapêutica. Os medicamentos homeopáticos são obtidos a partir de substâncias ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, em Farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado-Membro havendo, em Portugal, à semelhança dos estados membros da CE, legislação apropriada (Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de Maio sobre o Regime jurídico da introdução no mercado, do fabrico, da comercialização, da rotulagem e da publicidade dos produtos homeopáticos para uso humano, revogado pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto)⁸⁶.

Em relação à sua utilidade no bem-estar psíquico no envelhecimento, estão descritas aplicações em áreas diversas como na insónia, depressão e arteriosclerose. É de salientar a importância de ter um diagnóstico prévio a qualquer recomendação terapêutica. No caso da insónia, esta poderá refletir ou ser secundária a patologia orgânica, que deve ser tratada. Outro aspeto a ter em consideração, ao iniciar a terapia homeopática é recomendar a evicção de substâncias excitante como café e chá assim como ambientes perturbadores. A insónia temporária deve ser distinguida da habitual. Na insónia temporária poderão ser úteis o *Aconitum*, *Stamonium*, *Nux vomica*, *Hyosciamus*, *Coffea*, *Gelsemium*, *Arnica* entre outros e, na insónia habitual, o *Aurum muriaticum* a *Baryta carbonica*, o *Phosphorus* além do *Gelsemium*, sempre tendo o princípio da similitude com particular atenção ao

↓ **Tabela 1** – Exemplos de produtos de saúde à base de plantas medicinais referidas no texto.

	Marca/Apresentação	Representante
Alecrim	Óleo Essencial de Alecrim	
Alho	Garlic Gems caps (2mg extrato indoro)	FSC
	Bioactivo Alho 300 mg extrato com 4,7 mg alina	Pharma Nord
Bacopa	Bacopa caps (250 mg de extrato)	Himalaya
	Bhrami comp (500 mg de planta seca)	Charack
	Arkocápsulas Bacopa	Arkopharma
Gingko	Gingko Biloba comp (120mg extracto com 28,8mg flavona-glicósidos/7,2mg ginkgolídeos e bilobalídeos)	Natures Aid
	Gingko Bio ampolas (400mg extrato com 8 mg de flavona-glicosidos e 2 mg de lactones triterpenicas)	Santarome
	Biloban comp (40mg)	Atral
	Bioactivo Biloba comp 60 mg, normalizado em flavono glicósídeos (14,4mg) e terpeno-lactonas (3,6mg)	Pharma Nord
	Gincoben comp (40mg)	Ipsen
	Acutil caps (60mg extrato, 15mg fosfatidilserina)	Angelini
Ginseng	Korean Ginseng Tonicum xarope	Bando
	Ginsactiv ampolas (Ginseng, extrato cereais)	Azevedos
	Ginsana (G115, 100mg extrato)	Pharmaton
Hipericão	Extrato gotas	Soria Natural
	Alacre comp (250mg)	
Melissa	Extrato gotas	Soria Natural
	Noctifor (melissa e passiflora)	Forté Pharma
	Passiflora, Lemon balm & Avena (250mg de cada)	Natures Aid
Passiflora	Extrato gotas	Soria Natural
	Extrato gotas	Plantis
	Valzen caps (extrato passiflora, valeriana, camomila)	Sidefarma
	Angelicalm (passiflora 100mg + valeriana 150mg)	Theralab
Rodiola	Rhodiola caps (500 mg extrato)	FSC
Valeriana	Valdispert comp (45, 125 e 450 mg extrato)	Vemedia
	Xonkor comp 450mg	Korangi
	Valeron (valeriana 150mg, passiflora 150mg)	Farmalife
	Holonplus comp (valeriana 100mg, passiflora 100mg)	MPS Markfarma
	Valeriana ARKO caps 270 mg	Arkopharma
	Valerin (passiflora, valeriana, magnésio)	Wonders
	Valrem comp	Germed
Livetan comp 500mg	Dr.WS GmbH & Co	
Geleia Real	Arko Real Intelecto ampolas	Arkopharma
	Holonvit xarope	MPS Markfarma
Lecitina de soja	Tonico lecitina e geleia real (1,2gr lecitina/98% de fosfatidilcolina e 0.02gr geleia real)	Dr Foster
	Arkocapsulas Lecitina de Soja	Arkopharma
	Cerebrum Gold 50+amp (Fosfatidilserina e vitamins)	Natiris

- agent in primary hypotensive patients and its influence on health-related quality of life. *J Ethnopharmacol* 2014;151(1):509–16.
7. González-Trujano *et al.* Evaluation of the antinociceptive effect of *Rosmarinus officinalis* L. using three different experimental models in rodents. *J Ethnopharmacol* 2007;111(3):476–82.
 8. Del Campo J *et al.* Antimicrobial effect of rosemary extracts. *J Food Prot* 2000;63(10): 1359–68.
 9. Petiwala S. M *et al.* Diterpenes from rosemary (*Rosmarinus officinalis*): Defining their potential for anti-cancer activity. *Cancer Lett* 2015; 367(2):93–102.
 10. Machado D. G *et al.* Antidepressant-like effect of the extract of *Rosmarinus officinalis* in mice: Involvement of the monoaminergic system. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2009;33(4):642–50.
 11. Pengelly A *et al.* Short-Term Study on the Effects of Rosemary on Cognitive Function in an Elderly Population. *J Med Food* 2012;15(1):10–17.
 12. Moss M *et al.* Aromas of Rosemary and Lavender Essential Oils Differentially Affect Cognition and Mood in Healthy Adults. *Int J Neurosci* 2003;113(1):15–38.
 13. Natural Medicines Comprehensive Database. 2015. Available at: www.naturaldatabase.com. Accessed November 12, 2015.
 14. Majewski M. Allium sativum: facts and myths regarding human health. *Rocz Państwowego Zakładu Hig* 2014;65(1):1–8.
 15. Breithaupt-Grogler K *et al.* Protective effect of chronic garlic intake on elastic properties of aorta in the elderly. *Circulation* 1997;96(8):2649–55.
 16. Koscielny J *et al.* The antiatherosclerotic effect of *Allium sativum*. *Atherosclerosis* 1999;144(1):237–49.
 17. Ried K *et al.* Potential of garlic (*Allium sativum*) in lowering high blood pressure: mechanisms of action and clinical relevance. *Integr Blood Press Control* 2014;7:71–82.
 18. Rohner A *et al.* A systematic review and metaanalysis on the effects of garlic preparations on blood pressure in individuals with hypertension. *Am J Hypertens* 2015; 28(3):414–23.
 19. Smith AD *et al.* Homocysteine-lowering by B vitamins slows the rate of accelerated brain atrophy in mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2010; 5(9):e12244.
 20. Borrelli F *et al.* Garlic (*Allium sativum*L.): Adverse effects and drug interactions in humans. *Mol Nutr Food Res* 2007;51(11):1386–97.
 21. Aguiar S *et al.* Neuropharmacological Review of the Nootropic Herb *Bacopa monnieri*. *Rejuvenation Res* 2013;16(4):313–26.
 22. Simpson T *et al.* *Bacopa monnieri* as an Antioxidant Therapy to Reduce Oxidative Stress in the Aging Brain. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2015;2015:1–15.
 23. Singh M *et al.* Modulation of hydrogen peroxide and acrolein-induced oxidative stress, mitochondrial dysfunctions and redox regulated pathways by the *Bacopa monnieri* extract: potential implication in Alzheimer's disease. *JAD* 2010;21(1):229–47.
 24. Uabundit N *et al.* Cognitive enhancement and neuroprotective effects of *Bacopa monnieri* in Alzheimer's disease model. *J Ethnopharmacol* 2010;127(1):26–31.
 25. Stough C *et al.* The chronic effects of an extract of *Bacopa monnieri* (Brahmi) on cognitive function in healthy human subjects. *Psychopharmacology (Berl)* 2001;156(4):481–84.
 26. Morgan A *et al.* Does *Bacopa monnieri* Improve Memory Performance in Older Persons? Results of a Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. *J Altern Complement Med* 2010;16(7):753–59.
 27. Roodenrys S *et al.* Chronic effects of Brahmi (*Bacopa monnieri*) on human memory. *Neuropsychopharmacology*. 2002;27(2):279–81.
 28. Sadhu A *et al.* Management of Cognitive Determinants in Senile Dementia of Alzheimer's Type: Therapeutic Potential of a Novel Polyherbal Drug Product. *Drug Investig* 2014;9.
 29. Calabrese C *et al.* Effects of a standardized *Bacopa monnieri* extract on cognitive Performance, anxiety, and depression in the elderly: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Altern Complement Med* 2008;14(6):707–13.
 30. Raghav S *et al.* Randomized controlled trial of standardized *Bacopa monnieri* extract in age-associated memory impairment. *Indian J Psychi* 2006;48(4):238–42.
 31. Pereira da Silva A. *Plantas do Simposium Terapêutico na Prática Clínica*. (Hugin, ed.). Lisboa; 1998.
 32. Franke A *et al.* The use of *Ginkgo biloba* in healthy elderly. *Age* 2014;36(1):435–44.
 33. Evans J. R. *Ginkgo biloba* extract for age-related macular degeneration. *Cochrane Database Syst Ver* 2013;1.
 34. Evans J. R. *Ginkgo biloba* extract for age-related macular degeneration. *Cochrane Database Syst Ver* 1999;3.
 35. Filho A. do C *et al.* *Ginkgo biloba* e memória – revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;8(1):145–52.
 36. Jiang L *et al.* *Ginkgo biloba* extract for dementia: a systematic review. *Shanghai Arch psychiatry* 2013;25(1):10–21.
 37. Gauthier S *et al.* Efficacy and tolerability of *Ginkgo biloba* extract Egb 761[®] in dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Clin Interv Aging* 2014;9:2065.
 38. Proença da Cunha A, Teixeira F, Pereira da Silva A, Roque O. *Plantas na Terapêutica – Farmacologia e Ensaios Clínicos*. 3.^a ed. (Fundação Calouste Gunbenkian, ed.). Lisboa; 2014.
 39. Newall C, Anderson L, Phillipson J. *Herbal Medicines: a Guide for Health-Care Professionals*. 2nd ed. London: Pharmaceutical Press; 1996.
 40. Lee C. H *et al.* A review on the medicinal potentials of ginseng and ginsenosides on cardiovascular diseases. *J Ginseng Res* 2014;38(3):161–6.
 41. Inoue M *et al.* Lipoprotein lipase activation by red ginseng saponins in hyperlipidemia model animals. *Phytomedicine* 1999;6(4):257–65.
 42. Bezerra A *et al.* Efeito dos extratos de *Panax ginseng*, *Turnera diffusa* e *Heteropterys tomentosa* sobre a apoptose no hipocampo de ratos idosos. 2013;11(11):163–7.
 43. Hong S. H *et al.* Anti-oxidant and natural killer cell activity of Korean red ginseng (*Panax ginseng*) and urushiol (*Rhus vernicifera* Stokes) on non-alcoholic fatty liver disease of rat. *Food Chem Toxicol* 2013;55:586–91.
 44. Proença da Cunha A, Pereira da Silva A, Roque O. *Plantas e Produtos Vegetais em Fitoterapia*. 4.^a ed. (Fundação Calouste Gunbenkian, ed.). Lisboa; 2012.
 45. Becker B *et al.* Ginseng-induced diuretic resistance. *JAMA* 1996;276(8):606–607.
 46. Butterweck V *et al.* St. John's wort: role of active compounds for its mechanism of action and efficacy. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2007;157(13–14):356–61.
 47. Muller W. E *et al.* Hyperforin represents the neurotransmitter reuptake inhibiting constituent of hypericum extract. *Pharmacopsychiatry* 1998;31 Suppl 1:16–21.
 48. Jensen A. G *et al.* Adhyperforin as a contributor to the effect of *Hypericum perforatum* L. in biochemical models of antidepressant activity. *Life Sci* 2001;68(14):1593–605.
 49. Buchholzer M *et al.* Dual modulation of striatal acetylcholine release by hyperforin, a constituent of St. John's wort. *J Pharmacol Exp Ther* 2002;301(2):714–19.
 50. Tian J *et al.* Antidepressant-like activity of adhyperforin, a novel constituent of *Hypericum perforatum* L. *Sci Rep* 2014;4:5632.
 51. Bukhari I *et al.* Behavioral profile of *Hypericum perforatum* (St. John's Wort) extract. A comparison with standard antidepressants in animal models of depression. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17:1082–89.
 52. Grobler AC *et al.* The impact of missing data on clinical trials: a re-analysis of a placebo controlled trial of *Hypericum perforatum* (St Johns wort) and sertraline in major depressive disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 2014;231(9):1987–99.
 53. Henderson L *et al.* St John's wort (*Hypericum perforatum*): drug interactions and clinical outcomes. 2002;(May):349–356.
 54. Kennedy DO *et al.* Modulation of mood and cognitive performance following acute administration of single doses of *Melissa officinalis* (Lemon balm) with human CNS nicotinic and muscarinic receptor-binding properties. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(10):1871–81.
 55. Taiwo AE *et al.* Anxiolytic and antidepressant-like effects of *Melissa officinalis* (lemon balm) extract in rats: Influence of administration and gender. *Indian J Pharmacol* 2012;44(2):189–92.
 56. Akhondzadeh S *et al.* *Melissa officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomized, placebo controlled trial. *J Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:863–6.
 57. Santini F *et al.* In vitro assay of thyroid disruptors affecting TSH-stimulated adenylate cyclase activity. *J Endocrinol Invest* 2003;26(10):950–5.
 58. Ichimura T *et al.* Antihypertensive effect of an extract of *Passiflora edulis* rind in spontaneously hypertensive rats. *Biosci Biotechnol Biochem* 2006;70(3):718–21.
 59. Capasso A *et al.* Pharmacological studies on the sedative and hypnotic effect of *Kava kava* and *Passiflora* extracts combination. *Phytomedicine* 2005;12:39–45.
 60. Wolfman C *et al.* Possible anxiolytic effects of chrysin, a central benzodiazepine receptor ligand isolated from *Passiflora coerulea*. *Pharmacol Biochem Behav* 1994;47(1):1–4.
 61. Aoyagi N *et al.* Studies on *Passiflora incarnata* dry extract. I. Isolation of maltol and pharmacological action of maltol and ethyl maltol. *Chem Pharm Bull* 1974;22:1008–13.
 62. Akhondzadeh S *et al.* Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot

- double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:363-7.
63. Ngan A *et al.* A Double-blind, Placebo-controlled Investigation of the Effects of *Passiflora incarnata* (Passionflower) Herbal Tea on Subjective Sleep Quality. *Phyther Res* 2011;25(8):1153-9.
 64. Brown R. *Rhodiola rosea*. *Compr Rev food Sci food Saf* 2005;4(4):55-62.
 65. Gupta V *et al.* Mechanism of action of *Rhodiola imbricata* Edgew during exposure to cold, hypoxia and restraint (C-H-R) stress induced hypothermia and post stress recovery in rats. *Food Chem Toxicol* 2009;47(6):1239-45.
 66. Kanupriya D *et al.* Cytoprotective and antioxidant activity of *Rhodiola imbricata* against tert-butyl hydroperoxide induced oxidative injury in U-937 human macrophages. *Mol Cell Biochem* 2005;275(1-2):1-6.
 67. Zhang L *et al.* Neuroprotective effects of salidroside against beta-amyloid-induced oxidative stress in SH-SY5Y human neuroblastoma cells. *Neurochem Int* 2010;57(5):547-55.
 68. Gao D *et al.* Antidiabetic potential of *Rhodiola sachalinensis* root extract in streptozotocin-induced diabetic rats. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2009;31(6):375-81.
 69. Kwon Y-I *et al.* Evaluation of *Rhodiola crenulata* and *Rhodiola rosea* for management of type II diabetes and hypertension. *Asia Pac J Clin Nutr* 2006;15:425-32.
 70. Lishmanov IB *et al.* The anti-arrhythmia effect of *Rhodiola rosea* and its possible mechanism. *Bull Eksp Biol Med* 1993;116(8):175-6.
 71. Maslov LN *et al.* Cardioprotective and antiarrhythmic properties of *Rhodiola rosea* preparations. *Eksp Klin Farmakol* 2007;70(5):59-67.
 72. Darbinyan V *et al.* Clinical trial of *Rhodiola rosea* L. extract SHR-5 in the treatment of mild to moderate depression. *Nord J Psychiatry* 2007;61(5):343-8.
 73. Spasov AA *et al.* A double-blind, placebo-controlled pilot study of the stimulating and adaptogenic effect of *Rhodiola rosea* SHR-5 extract on the fatigue of students caused by stress during an examination period with a repeated low-dose regimen. *Phytomedicine*. 2000;7(2):85-9.
 74. Circosta C *et al.* Biological and analytical characterization of two extracts from *Valeriana officinalis*. *J Ethnopharmacol*. 2007;112:361-7.
 75. Nunes A, Sousa M. Utilização da *Valeriana* nas Perturbações de Ansiedade e do Sono: Qual a melhor evidência? *Acta Med Port*. 2011;24:961-6.
 76. Bent S *et al.* Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2006;119(12):1005-12.
 77. Taibi DM *et al.* A systematic review of valerian as a sleep aid: Safe but not effective. *Sleep Med Rev*. 2007;11(3):209-30.
 78. Taibi DM *et al.* A randomized clinical trial of valerian fails to improve self-reported, polysomnographic, and actigraphic sleep in older women with insomnia. *Sleep Med*. 2009;10(3):319-28.
 79. Miyasaka LS *et al.* Valerian for anxiety disorders. *Cochrane database Syst Rev*. 2006;(4):CD004515.
 80. Munstedt K *et al.* Royal jelly increases high density lipoprotein levels but in older patients only. *J Altern Complement Med*. 2009;15(4):329-30.
 81. Vittek J. Effect of Royal Jelly on serum lipids in experimental animals and humans with atherosclerosis. *Experientia*. 1995;51:927-35.
 82. Zamami Y *et al.* Royal jelly ameliorates insulin resistance in fructose-drinking rats. *Biol Pharm Bull*. 2008;31(11):2103-7.
 83. Lee NJ, Fermo JD. Warfarin and royal jelly interaction. *Pharmacotherapy*. 2006;26(4):583-6.
 84. More MI *et al.* Positive Effects of Soy Lecithin-derived Phosphatidylserine plus Phosphatidic acid on memory, cognition, daily functioning and mood in elderly patients with Alzheimer's disease and dementia. *Adv Ther*. 2014;31(12):1247-62.
 85. Higgins JPT, Flicker L. Lecithin for dementia and cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD001015.
 86. Infarmed. DECRETO-LEI n.º 94/95 de Regime jurídico da introdução no mercado, do fabrico, da comercialização, da rotulagem e da publicidade dos produtos homeopáticos para uso humano. *DR I Série - A*. 1995;(107):2603-5.
 87. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. *Pharmacologie & Matière médicale homéopathique*. 3eme ed. (CEDH, ed.). Paris; 2005.
 88. Jouanny J, Crapanne J, Dancer H, Masson J. *Homeopathic Therapeutics*. Boiron. Paris; 1999.
 89. Lützlér L. La Homeopatia y la persona anciana. In: Frison-Roche, ed. *Tratado de Homeopatia*. 1ª ed. Barcelona: Paidotribo, Editorial; 2000:419-436.
 90. Guernonprez M. Maladie d'Alzheimer - Vieillessement cérébral. In: CEDH, ed. *Homeopatie; Principes, Clinique, Techniques*. 1ª ed. Paris; 2006:1023-7.



NOVIDADE
nova apresentação
20 comprimidos

**Spidifen
& you**



- Não Sujeito a Receita Médica
- Dispensa Exclusiva em Farmácias

Spidifen® EF

Ibuprofeno-ARGINATO 400 MG

Mais rápido contra a dor

NOME DO MEDICAMENTO: Spidifen EF 400 mg comprimido revestido por película. **COMPOSIÇÃO COMPOSICÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido revestido por película contém 738 mg de arginato de ibuprofeno, equivalente a 400 mg de ibuprofeno, como substância ativa. Excipientes) com efeito conhecido: Sacarose -16,7 mg; Sódio -82,7 mg (sob a forma de bicarbonato de sódio). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Está indicado para adultos no tratamento sintomático de dores de intensidade ligeira a moderada (dor reumática e muscular), dores nas costas, nevralgia, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, dismenorreia, febre e sintomas de constipação e gripe. **Posologia e modo de administração:** Utilize a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. **Adultos:** A dose inicial para adultos é de 1 comprimido de 400 mg de ibuprofeno, e, se necessário, continuar com 400 mg entre cada 4 a 6 horas. A dose máxima diária é de 1200 mg. **População pediátrica:** Não deve ser administrado a crianças com menos de 18 anos de idade sem indicação do médico. Existem outras formulações mais adequadas para as crianças com menos de 18 anos. **Modo de administração:** administrar por via oral. O comprimido deve ser tomado com um copo de água (200 ml) sem mastigar, preferencialmente após as refeições para melhorar a tolerabilidade do medicamento e reduzir a probabilidade de problemas gastrointestinais. Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento. **Precauções a ter em conta antes de manusear ou administrar o medicamento:** O intervalo entre doses não deve ser menor que 3 a 4 horas. Se uma ou mais doses forem esquecidas, é aconselhável tomar a dose mínima recomendável assim que possível. Este medicamento não deve ser administrado por mais de 7 dias para dores e por mais de 3 dias para febre. Se os sintomas persistirem ou piorarem, deverá procurar aconselhamento médico. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. História de reações de hipersensibilidade (p. ex. broncoespasmo, asma, rinite, angioedema ou urticária) como resposta a administração de ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. História de hemorragia gastrointestinal ou perturbação relacionada com terapêutica anterior com AINEs. Úlcera péptica/hemorragia ativa ou história de úlcera péptica/hemorragia recorrente. Doentes com diátese hemorrágica ou outros transtornos da coagulação. Outros transtornos hemorrágicos ativos como hemorragia cerebrovascular ou outra hemorragia ativa. Doença inflamatória intestinal (colite ulcerosa, doença de Crohn). Insuficiência cardíaca grave. Insuficiência hepática. Insuficiência renal. Gravidez e/ou amamentação. Doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular. Distúrbio congénito do metabolismo da porfirina. Alcoolismo crónico. Doentes com problemas na produção de células sanguíneas de causa desconhecida. Efeitos indesejáveis: Doenças gastrointestinais: Os eventos adversos mais frequentemente observados são de natureza gastrointestinal. Muito frequentes (> 1/10): dispêpsia, diarreia. Frequentes (> 1/100, < 1/10): náuseas, vômitos, dor abdominal. Não frequentes (> 1/1000, > 1/100): Hemorragias e úlceras gastrointestinais (em particular nos idosos), estomatite ulcerosa. Raras (< 1/1000): perturbação gastrointestinal (em particular nos idosos), flatulência, obstipação, escafolite, esteatose esofágica, gastrite. Exacerbação de doença diverticular, colite hemorrágica inespecífica, colite ulcerosa ou doença de Crohn. Também têm sido notificados, na sequência da administração de AINE, casos de hematemeses e melenas. Caso se produza hemorragia gastrointestinal, poderá causar anemia e hematemeses. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequentes: erupção cutânea. Não frequentes: urticária, prurido, purpura (incluindo a purpura alérgica), angioedema, rinite, broncoespasmo. Raras: reação anafilática. Muito raras (< 1/10000): eritema multiforme, necrólise epidérmica, lúpus eritematoso sistémico, alopecia, reações de fotossensibilidade, reações cutâneas graves como a síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica aguda (síndrome de Lyell) e vasculite alérgica. Na maior parte dos casos em que foi comunicada meningite asséptica com ibuprofeno, o doente sofria de alguma doença autoimune (como lúpus eritematoso sistémico ou outras doenças do colágeno), o que pressupõe um fator de risco. Em caso de reação de hipersensibilidade generalizada grave pode aparecer inchaço da face, língua e laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipertensão e choques. Doenças do sistema nervoso: Frequentes: fadiga ou sonolência, cefaleia, tonturas e vertigens. Não frequentes: insónia, ansiedade, intranquilidade, alterações visuais, tinitus. Raras: reação psicótica, nervosismo, instabilidade, depressão, confusão ou desorientação, ambliopia tóxica reversível, transtornos auditivos. Muito raras: meningite asséptica (ver reações de hipersensibilidade). Doenças do sangue e do sistema linfático: Pode prolongar o tempo de hemorragia. Os raros casos observados de transtornos hematológicos correspondem a trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitose, anemia aplásica ou anemia hemolítica. **Condições patológicas:** Parece existir uma maior predisposição por parte dos doentes com hipertensão ou transtornos renais a sofrer retenção hídrica. Edema, hipertensão arterial, e insuficiência cardíaca, têm sido notificados em associação ao tratamento com AINE. Os dados dos ensaios clínicos e epidemiológicos sugerem que a administração de ibuprofeno, particularmente em doses elevadas (2400 mg diários) e em tratamento de longa duração poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos tromboticos arteriais (por exemplo enfarte do miocárdio ou AVC) (ver secção 4.4). Doenças renais e urinárias: Com base na experiência com os AINEs em geral, não se pode excluir a possibilidade de ocorrência de casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal. Afecções hepato-biliares: Em casos raros observaram-se alterações da função hepática, hepatite e icterícia com ibuprofeno racémico. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Em muito raras ocasiões podem ver-se agravadas as inflamações associadas a infeções. **DATA DA ÚLTIMA REVISÃO DO RCM:** 16/04/2015 - **MEDICAMENTO NÃO SUJEITO A RECEITA MÉDICA** - não comparticipados; Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Titular da AM: Zambon - Produtos Farmacéuticos, Lda, Rua Comandante Henrique Maya, 1, 1500-192 Lisboa; Tel 217600952; 217600954; ZambonPT@zambongroup.com; (VIPS_SpidifenEF400cp_19062015)

www.zambon.pt



Anexo IV
(Recomendações Alimentares)

A Artrose é uma patologia que afecta as principais articulações do nosso corpo, provocando um desgaste que vai evoluindo, ao longo do tempo, na cartilagem articular.

Recomendações gerais para a artrose:

- Emagrecer, se estiver muito acima do peso ideal para a sua altura e idade;
- Beber 1.5L a 2L de água, para ajudar na lubrificação das articulações e na flexibilidade da pele e dos músculos;
- Repousar sempre que sentir dor nas articulações;
- Evitar fazer esforços;
- Usar roupas e sapatos leves e confortáveis.

Recomendações alimentares:

Alimentar-se de forma saudável, dando preferência ao consumo de alimentos anti-inflamatórios:

- [Tomate](#) - O consumo do tomate é recomendado por este ser um alimento muito rico em licopeno, antioxidantes (vitaminas do complexo A e B, além de vitamina E e vitamina C), minerais como o fósforo e o potássio;
- [Azeite](#) - Rico em gorduras monoinsaturadas permite bloquear a produção de elementos químicos que induzem processos inflamatórios no organismo;
- [Vegetais de folha verde-escura](#) (espinafres, couves, brócolos) - Elevada quantidade de vitamina E, essencial para combater processos inflamatórios;
- [Gengibre](#) - Associado à prevenção de náuseas e vômitos mas também está provado que a ingestão de gengibre permite reduzir os níveis de inflamação;
- [Fruta](#) (Framboesas, amoras, mirtilos, cerejas, maçãs e laranjas) - baixo teor de gordura e de calorias e são muito ricos em antioxidantes. Os frutos vermelhos, como as cerejas, amoras ou mirtilos têm uma forte presença de antocianinas, pigmentos que conferem cor e que combatem inflamações crónicas;
- [Peixes gordos](#) (salmão, cavala, sardinha, atum) - elevado teor de ácidos gordos essenciais ómega-3 que ajudam a reduzir os processos inflamatórios no organismo. O seu consumo deve ser repetido, pelo menos 3 vezes por semana;
- [Frutos secos](#) (nozes, amêndoas, avelas) - Abundantes em antioxidantes, vão ajudar o organismo a reparar danos causados pela inflamação. Atenção: Como são calóricos, devem ser consumidos com moderação.

Hipertensão Arterial

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se como a “elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg”.

A HTA apresenta-se como o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por isso, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo ponderado e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.

Recomendações nutricionais



Perder peso: Idealmente o IMC (Índice de Massa Corporal) deve estar abaixo de 25 kg/m²



Reduzir consumo de sal: A ingestão máxima de sal recomendada é de 5 a 6g/dia



Seguir uma dieta equilibrada: Consumir 8-10 porções diárias de vegetais e fruta, 2-3 porções diárias de leite magro e derivados, reduzir o consumo de gordura saturada e colesterol (produtos de origem animal)



Aumentar a ingestão de potássio (Boas fontes: vegetais, frutas, frutos secos)



Moderar o consumo de álcool: consumo ≤ 2 bebidas/dia (em homens) e ≤ 1 bebida/dia (em mulheres ou pessoas com baixo peso)

Referências:

Mendes, D., & Silva, P. M. D. (2014). Abordagem nutricional e dietética na prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial.

REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

O refluxo gastro-esofágico (DRGE) é uma doença do aparelho digestivo que envolve o esófago (tubo que transporta os alimentos da boca para o estômago). Na DRGE, ocorre o retorno do conteúdo do estômago para o esófago e em direção à boca, causando dor e inflamação. Isso acontece quando o músculo que deveria impedir que o ácido do estômago saia do seu interior não funciona de forma adequada. Se a DRGE não for tratada pode lesar permanentemente o esófago.

Recomendações nutricionais



Evitar a ingestão de refeições volumosas, ricas em gordura, principalmente 2 a 3h antes de se deitar, pois os alimentos ricos em gordura estimulam as secreções gástricas e retardam o esvaziamento gástrico



Evitar chocolate, álcool e bebidas que contêm cafeína. Estes alimentos estimulam a secreção ácido gástrico



Evitar óleos de hortelã e menta porque vão diminuir a pressão do esfíncter esofágico inferior



Evitar fumar



Evitar roupas apertadas, especialmente após uma refeição



Permanecer de pé e evitar actividades físicas vigorosas depois das refeições



Evitar alimentos ácidos e muito condimentados, quando existe inflamação

Dicas para os dias de compras

A aquisição dos alimentos é o primeiro passo para uma alimentação saudável.

Ficam aqui algumas sugestões para quando for às compras:

- Faça a lista de compras antes de sair de casa.
- Evite fazer as compras com o estômago vazio! A fome torna-nos mais susceptíveis a comprar alimentos que não tínhamos intenção de adquirir, como salgadinhos, chocolates, refrigerantes, entre outros.
- Compre frutas e legumes frescos da época. São mais aromáticos, saborosos e mais baratos.
- Prefira carnes, peixes, e ovos em que a origem seja conhecida e que apresentem garantias de qualidade.



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Estágio Profissionalizante I

Autora: Estagiária Joana Lage



Viver bem com a Diabetes mellitus

O que é a Diabetes? Que alimentos deverei comer? E quais é que devo evitar?

Para estar sempre informado pode consultar:

Direcção Geral de Saúde
www.dgs.pt

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
www.apdp.pt

Sociedade Portuguesa de Diabetologia
www.spd.pt

O que é a Diabetes mellitus?

A Diabetes é uma doença resultante de uma diminuição da capacidade de utilização da principal fonte de energia: a **Glucose**, que é o açúcar proveniente da transformação de grande parte dos alimentos que ingerimos.

Esta doença crónica ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar de forma eficaz a insulina produzida, levando assim a um aumento dos níveis de açúcar no sangue (**hiperglicémia**).

Quais os tipos de Diabetes?

Tipo 1 - O pâncreas não produz insulina. As pessoas com este tipo de Diabetes necessitam de administrar insulina várias vezes ao dia.

Tipo 2 - O pâncreas não produz insulina suficiente e o organismo necessita de maiores quantidades por resistência à sua acção. É o tipo mais frequente de Diabetes.

Diabetes Gestacional - Ocorre durante a gravidez e normalmente desaparece quando esta termina. Deve ser controlada com exercício físico, alimentação saudável e, por vezes, com insulina.

O que pode causar esta doença?

- ♦ Hábitos de vida e alimentares pouco saudáveis;
- ♦ Excesso de peso ou obesidade;
- ♦ Hereditariedade;
- ♦ Stress

Recomendações Alimentares

- Realizar **várias refeições diárias** (6 ou 7) de forma a prevenir um baixo nível de açúcar no sangue (hipoglicémia), havendo assim um melhor controlo da glicémia.

Dica: Pequenos lanches a meio da manhã e da tarde facilitam o controlo do apetite e ajudam a evitar a ingestão de grandes quantidades de alimentos ao almoço e jantar.

- Evitar alimentos ricos em açúcar diariamente (exemplo: refrigerantes, chocolates, rebuçados).

Dica: Em ocasiões festivas, se quiser ceder ao desejo de um docinho, sirva-se menos de arroz/massa/batata/leguminosas e reserve o doce para o final da refeição.

- Cozinhar a massa "Al dente", isto é, sem estar completamente cozida, pois ajuda a evitar os picos de níveis de açúcar no sangue

- Dê preferência aos seguintes frutos: **morangos, citrinos, maçãs, pêras ou frutos silvestres.**

- Tente manter as **horas habituais** das refeições

Diabetes e a actividade física

A prática de exercício físico frequente é muito importante, pois:

- Melhora o controlo glicémico e a sensibilidade à insulina;
- Aumenta a tolerância à glucose;
- Retarda o desenvolvimento de complicações associadas à Diabetes;
- Aumenta a autoestima e o bem-estar
- Ajuda no gasto de gordura consumida



Quando vai comer fora deve...

- Planear antecipadamente as refeições, seleccionar o local onde vai realizar as refeições.
- Nas refeições principais, iniciar sempre pela sopa.
- Comer fruta à sobremesa ou beber um sumo natural
- Evitar comer salgadinhos (rissóis, croquetas, folhados, croissants).
- Sempre que possível tente recorrer às lanchetas.

Anexo V
(Caso clinico – Centro de Saúde
Alameda)

Paciente do sexo masculino observado em consulta de Medicina Geral e Familiar da Dr.^a Alda Pereira no dia 19 de novembro de 2015. No final da consulta e devido às suas patologias, a Dr.^a Alda recomendou o aconselhamento nutricional para que o utente tivesse oportunidade de alcançar o objetivo de perda de peso e melhoria do controlo glicémico, visto ser diabético tipo 2. Na altura praticava qualquer tipo de exercício físico e fazia 3 refeições diárias (Pequeno-Almoço, Almoço e Jantar).

Recolha de dados gerais e estilo de vida

- Idade: 55 anos
- Estatura: 1,70 m
- Peso: 95 kg

Estado Nutricional

Índice de Massa Corporal (IMC) = $95/(1.70)^2 = 32.9 \text{ Kg/m}^2$ □ Obesidade de grau I (segundo critérios da Organização Mundial de Saúde).

Recomendações realizadas

- Fornecimento do panfleto realizado sobre a Diabetes Mellitus tipo 2;
- Praticar regularmente exercício físico;
- Aumentar o nº de refeições (pelo menos 5 refeições diárias), de forma a controlar melhor a glicémia;
- Consumir 1,5-2L de água diariamente;
- Restringir a ingestão de alimentos com adição de açúcar, bem como refrigerantes e/ou bebidas carbonatadas;

Anexo VI
(Anamnese)

Anamnese

1. Identificação

Nome completo: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Contacto: _____ E-mail: _____

Morada: _____

Código-postal: _____ - _____

2. História Sócio-Económica

Nível de escolaridade: _____

Agregado familiar: _____

Rendimento anual disponível: _____

Actividade profissional: _____ Horário de trabalho: _____

3. História de saúde e medicamentosa

Antecedentes Familiares:

Presença de doenças crónicas:

Antecedentes Pessoais:

Saúde Gastrointestinal, Oral e Dentária:

Medicação / Suplementação:

4. Comportamento alimentar e estilo de vida

Hábitos tabágicos: Sim / Não

Se sim, qual a frequência com que fuma: _____

Consumo de álcool: Sim / Não

Se sim, qual a frequência com que bebe: _____

Nível de actividade física: _____

Hábitos de sono: _____

Ingestão de café e/ou chá (com ou sem açúcar)

Intolerâncias e alergias alimentares:

Preferências alimentares:

Alimentos que não aprecia:

Prática de alguma dieta alimentar (No presente ou passado):

Anexo VII
(Questionário das 24 horas anteriores)

Questionário das 24 horas anteriores

Nome: _____

Sexo: Feminino Masculino

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

	O que bebeu e comeu?	Quantidades	Modo de preparação	Local
Pequeno-Almoço Horas: _____				
Meio da manhã Horas: _____				
Almoço Horas: _____				
Meio da tarde Horas: _____				
Jantar Horas: _____				
Ceia Horas: _____				

Anexo VIII
(Caso Clínico Consultório de Medicina
Geral)

A paciente do sexo feminino observada em consulta de 1ª vez a 12 de novembro de 2015.

Identificação

- Sexo: Feminino
- Data de Nascimento: 14/06/1957 (58 anos)

História Sócio-Económica

- Nível de escolaridade: 9º ano
- Agregado familiar: 3
- Atividade profissional: Reformada

História de saúde e medicamentosa

- Antecedentes familiares: Pai – Cancro na garganta
Mãe – Cancro da mama
- Presença de doenças crónicas: Hipertensão Arterial (HTA), Colesterol elevado
- Medicação/Suplementação: Realiza medicação para HTA

Comportamento alimentar e estilo de vida

- Não fuma
- Por vezes, acompanha a refeição com copo de vinho tinto
- Nível de atividade física: caminhadas, atividades domésticas
- Hábitos de sono: dorme bem
- Ingestão de café e/ou chá: bebe chá de tisanas sem açúcar
- Não apresenta nenhuma intolerância e/ou alergia alimentar
- Preferências alimentares: iogurtes, queijo fresco, sementes, maçã, bolacha maria tipo torrada, frutos secos
- Alimentos que não aprecia: leite, fiambre, compotas, cenoura cozida
- Prática de alguma dieta alimentar (no presente ou passado): não pratica e/ou praticou

Hábitos Alimentares (questionário das 24 horas anteriores)

- Pequeno-Almoço (9h00)

Caneca de chá + pão integral com doce de laranja + fatia de queijo fresco + 1 peça de fruta (maçã)

- Merenda da manhã (11h30)

Iogurte + 1 colher de sobremesa de mel

- Almoço (13h00)

Peixe + feijão verde + brócolos cozidos + batata doce + cebola+ metade de um nabo

Nota: Gosto de acompanhar as refeições com pão;

Prefere comer peixe nesta refeição;

Não coloca azeite no prato (só na sopa).

- Merenda da tarde (16h30)

1 peça de fruta

Nota: Não costuma realizar a merenda da tarde

- Jantar (20h00)

Sopa + Carne branca + arroz ou massa + salada de alface com cenoura + 1 peça de fruta

Objetivo da consulta: Prática de uma alimentação saudável para melhoria do estado de saúde em geral e de forma a controlar a HTA e hipercolesterolemia.

Bioimpedância

- Peso: 52,5 kg
- Estatura: 1,56 m
- Massa gorda: 15,5 kg (29,5%)
- Massa muscular: 35,1 kg
- Massa magra: 37,0 kg
- Água Total: 25,0 kg (47,6%)
- Massa óssea: 1,9 kg
- Metabolismo Basal (MB): 1114 kcal

Estado Nutricional

$IMC = 52.5 / (1.56)^2 = 21.6 \text{ Kg/m}^2 \rightarrow$ Normoponderal (segundo o critério da Organização Mundial de Saúde).

Necessidades Energéticas Estimadas (NEE)

Cálculo das Necessidades Energéticas Diárias (NED's) Fórmula

Actividade Física Opções Selecção de equação

Situação actual

Idade	58 anos e 7 meses	Metabolismo Basal em repouso	<input type="text" value="1184.16"/> ver outras formulas
Peso actual	<input type="text" value="52.50"/> kg	IMC	21.6
Altura	<input type="text" value="156.00"/> cm	Categoria IMC	Normoponderal; peso normal
		Peso Referência	61.25
		NED's peso actual	1761 kcal

Figura 1. Cálculo das necessidades energéticas com recurso ao *software* de nutrição clínica SANUT.

Terapêutica a aplicar

Peso desejado pelo utente	<input type="text" value="53"/> kg	IMC a atingir	21.8
		Categoria IMC a atingir	Normoponderal; peso normal
Peso acordado	<input type="text" value="53"/> kg	IMC a atingir	21.8
		Categoria IMC a atingir	Normoponderal; peso normal
		NED's Peso Acordado	1767 kcal

% de variação face às NED's actuais %
(pode colocar sinal - ou +)

kcal a alterar nas NED's actuais kcal
(pode colocar sinal - ou +)

NED's estipuladas (pelo nutricionista) kcal

Figura 2. Necessidades energéticas estimadas com recurso ao *software* de nutrição clínica SANUT.

Foi elaborado um plano alimentar normocalórico para manutenção de peso, tendo em conta as necessidades diárias calculadas, assim como, preferências/gostos alimentares da utente.

Distribuição energética por macronutrientes

Esta distribuição foi realizada segundo os intervalos de distribuição de macronutrientes estabelecidos pela *Institute of Medicine* (IOM).

Hidratos de Carbono (representa 55% das 1763 kcal diárias): 242,41 g

Proteínas (representa 20% das 1763 kcal diárias): 88,15 g

Lípidos (representa 25% das 1763 kcal diárias): 48,97 g

Alimentos	Porções alimentares	Hidratos de Carbono (242g)	Proteínas (88g)	Lípidos (49g)	Valor energético (1761 kcal)
Leite magro e equivalentes	1.5	15g	11g	2g	122kcal
Vegetais A	Livre	---	---	---	despresável
Vegetais B	3	15g	6g	0g	84kcal
Fruta	4	40g	0g	0g	160kcal
Sub-total		70g	17g	2g	366kcal
Pão e equivalentes	11	165g	22g	0g	748kcal
Sub-total		235g	39g	2g	1114kcal
Carne e eq.	7	0g	49g	21g	385kcal
Sub-total		235g	88g	23g	1499kcal
Gorduras	5	0g	0g	25g	225kcal
Total		235g	88g	48g	1724kcal

Tabela 1. Cálculo das porções alimentares.

	Pequeno-almoço	Meio da manhã 1	Almoço	Meio da tarde 1	Meio da tarde 2	Jantar
Leite magro e equivalentes	1	0,5				
Vegetais B			2			2
Fruta	1	1	1	1		1
Pão e equivalentes	2	1	3	1	1	3
Carne e equivalentes			4			3
Gorduras	1	1	1			1

Tabela 2. Distribuição diária das porções alimentares.

Plano alimentar sugerido

- **Pequeno-Almoço (9h00)**

1 bolinha de mistura (50g) ou 1 bolinha integral (50g) ou 4 tostas retangulares;
1 queijo fresco de vaca ou cabra (80g);
1 peça de fruta: banana pequena (120g) ou maçã (120g) ou 2 ameixas pequenas (130g) ou 1 laranja pequena (195g) ou 1 pera (120g) ou 1 pêsego médio (120g);
6 amêndoas ou 2 nozes.

- **Merenda da manhã (11h30)**

1 iogurte sólido natural (125g) com 1 colher de sopa de sementes de girassol ou sementes de linhaça;
1 peça de fruta: banana pequena (120g) ou maçã (120g) ou 2 ameixas pequenas (130g) ou 1 laranja pequena (195g) ou 1 pera (120g) ou 1 pêsego médio (120g);
3 bolachas tipo Maria ou 2 bolachas torradas ou 2 bolachas água e sal tipo cream cracker ou 2 bolachas de milho.

- **Almoço (13h00)**

1 chávena almoçadeira de vegetais cozidos (50g) com 1 colher de chá de azeite
2 batatas médias (150g) ou 2 batatas-doce (200g) ou 6 colheres de sopa de arroz ou massa ou 1 batata média (75g) ou 1 batata-doce (100g) ou 3 colheres de sopa de arroz ou massa e ½ bolinha integral (25g)
4 colheres de sopa rasas de feijão ou grão-de-bico ou favas ou lentilhas ou ervilhas
120g de carne ou peixe limpos de peles e gorduras visíveis ou 90g de carne ou peixe limpos de peles e gorduras visíveis e um ovo pequeno;
1 peça de fruta: banana pequena (120g) ou maçã (120g) ou 2 ameixas pequenas (130g) ou 1 laranja pequena (195g) ou 1 pera (120g) ou 1 pêsego médio (120g).

- **Merenda da tarde 1 (16h30)**

½ bolinha integral (25g) ou 1 fatia fina de broa de milho (37g);
1 colher de sopa de manteiga (5g).

- **Merenda da tarde 2 (18h30)**

1 peça de fruta: banana pequena (120g) ou maçã (120g) ou 2 ameixas pequenas (130g) ou 1 laranja pequena (195g) ou 1 pera (120g) ou 1 pêsego médio (120g);
3 bolachas tipo Maria ou 2 tostas retangulares ou 2 bolachas de milho

- **Jantar (20h30)**

1 chávena almoçadeira de sopa de legumes (240ml) com 1 colher de chá de azeite
2 batatas médias (150 g) ou 2 batatas doce (200g) ou 6 colheres de sopa de arroz ou massa
4 colheres de sopa rasas de feijão ou grão-de-bico ou favas ou lentilhas ou ervilhas;
90g de carne ou peixe limpos de peles e gorduras visíveis.

Recomendações:

- Escolher e preparar alimentos com pouco ou nenhum sal (deve restringir o consumo diário de sal para 5g) - Utilize especiarias e temperos para melhorar o sabor e aroma dos alimentos, evitando assim a utilização do sal;
- Minimizar a ingestão de bebidas e alimentos com adição de açúcar;
- Prática regular de exercício físico, sobretudo com movimentos aeróbios (marcha, corrida, natação ou dança);
- Diminuir a ingestão de gorduras saturadas presentes em certos alimentos (por exemplo carnes vermelhas, gema de ovo, manteiga, queijos curados, produtos de charcutaria e alimentos pré-cozinhados).

Anexo IX
(Certificado do curso “Inicial de
Diabetes”)



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **JOANA MONTEIRO LAGE**, estagiária de nutrição na APDP, de nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa, nascida em 10/04/1994 e portadora do Cartão Cidadão nº 14599730, concluiu com 19 valores o Curso Inicial de Diabetes que decorreu nos dias 7 e 8 de Março de 2016, com a duração de 12 horas e com os seguintes temas:

Apresentação dos participantes

Diabetes Mellitus:

- *Conceito e classificação*
- *Etiopatogenia e complicações*

Descompensações agudas:

- *Hipoglicemias e hiperglicemias*

Medicação:

- *ADO e insulina - esquemas terapêuticos*

Educação da pessoa com diabetes:

- *Cuidados às pessoas com diabetes insulinotratadas*
- *Autocontrolo*

Alimentação e Atividade Física na terapêutica da diabetes

- *Conceitos gerais*
- *Equivalências de hidratos de carbono*
- *índice glicémico*

Avaliação dos conhecimentos dos formandos

Conclusão e avaliação do Curso

Enfermeira Ana Cristina Paiva
Coordenadora do Curso

Lisboa, 8 de Março de 2016
(Dec. Reg. N° 35/2002, de 23 de Abril)
(Certificado n° 11 /16)

Rua do Sol ao Rato 11• 1250-261 Lisboa
Tel.: 213 816 130-40 / Tlm.: 936 186 340
E-mail: cursos@apdp.pt• www.apdp.pt



DP_DA_CERT_Part_CID_2016

Anexo X
**(Certificado do curso “Prevenir e
Controlar a Diabetes”)**



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **JOANA MONTEIRO LAGE**, Estagiária de Nutrição na APDP, de nacionalidade portuguesa, nascida em Lisboa em **10/04/1994** e portadora do **Cartão do Cidadão nº 14599730**, concluiu com **19 valores** o **Curso Prevenir e Controlar a Diabetes** que decorreu de 11 a 15 de Abril de 2016, com a duração de 30 horas, com os seguintes temas:

A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal desde 1926

Diabetes Mellitus:

- *Conceito e classificação*
- *História natural da Diabetes*
- *Diabetes e saúde pública*
- *Manifestações agudas e tardias na Diabetes*

Terapêutica farmacológica da Diabetes

Alimentação e exercício físico na prevenção e tratamento da Diabetes

Programas alimentares- exemplos práticos

Rotulagem de produtos alimentares

Papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com Diabetes insulinotratada

Hipoglicemias e Hiperglicemias:

- *Prevenção, sintomatologia e tratamento*
- *Casos clínicos*

Autovigilância e autocontrolo:

- *Casos clínicos*

Educação sobre cuidados ao Pé

Educação Terapêutica na Diabetes

Conhecer a Pessoa

Relação terapêutica na consulta de enfermagem

Trabalhos de grupo sobre a ação educativa da equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da diabetes

Conclusão e avaliação do curso

Enfermeira Dulce do Ó
Coordenadora

Lisboa, 15 de Abril de 2016
(Dec. Reg. N.º 35/2002, de 23 de Abril)
(Certificado n.º 55 /16)

Rua do Sol ao Rato 11• 1250-261 Lisboa
Tel.: 213 816 130-40 / Tlm.: 936 186 340
E-mail: cursos@apdp.pt• www.apdp.pt



DP_DA_CERT_Part_PCDef_2016

Anexo XI
(Tabela de equivalências)

TABELA DE EQUIVALÊNCIAS

Quantidade de Alimento	Hidratos de Carbono (g)	Proteínas (g)	Gorduras (g)
3 Bolachas água e sal "Cream Cracker"	12	1.5	2.5
6 Bolachas água e sal redondas	12	1.5	2.5
3 Bolachas integrais redondas	12	1.5	2.5
2 Tostas rectangulares	12	1.5	2.5
20g de Pão branco, mistura, centeio	12	1.5	
30g de Pão integral ou com sementes	12	1.5	
1 Batata (tamanho de 1 ovo)	12	1.5	
2c.sopa Arroz / massa	12	1.5	
5 c.sopa de Feijão	12	6	
3 c.sopa de Feijão-frade	12	6	
4 c.sopa de Grão	12	6	
10 c.sopa de Ervilhas	12	6	
7 c.sopa de Favas	12	6	
Sopas com 1 equivalente/Leguminosa	12	1.5/6	3
Sopas de Legumes	5	1.5	3
1 Peça de fruta média	12-15		
Sumo de Fruta (3pç)	45		
1 copo de Leite MG (200/250ml)	10/12	6/7	3/4
1 copo de Leite Magro (200/250ml)	10/12	6/7	0.5
1 logurte magro sem açúcar	7	6	0.5
1 logurte normal	18	6	3
1 Ovo		6	6
1 Fatia de Fiambre (30g)		6	6
1 Fatia de Fiambre magro (30g)		6	3
1 Fatia de Queijo (30g)		6	6
1 Fatia de Queijo magro (30g)		6	3
1 Fatia de Enchido		6	10
1 Queijo Fresco	2	6	0.5
100g de Carne gorda		20	10
100g Carne magra		20	8
100g Peixe		20	8
Confeção			10 (variável)

Anexo XII
(Caso clínico APDP)

Paciente do sexo feminino observada em consulta de 1ª vez no dia 27 de maio de 2016.

Dados do paciente

- ✓ Idade: 64 anos
- ✓ Diabetes Tipo 2
- ✓ Terapêutica medicamentosa: Antidiabéticos orais
- ✓ Peso: 71 Kg
- ✓ Altura: 1,63 cm
- ✓ IMC: 27
- ✓ HbA1c atual: 12,7%
- ✓ Colesterol total: 300 mg/dL
- ✓ C-HDL: 86,8 mg/dL
- ✓ C-LDL: 198 mg/dL
- ✓ Triglicéridos: 140 mg/dL

Inquérito Alimentar

	Hidratos de Carbono	Proteína	Gordura
Pequeno-Almoço			
Leite Meio Gordo	12	7	4
Pão mistura (60g)	36	4.5	-
Manteiga	-	-	10
1 fatia de presunto	-	6	10
Sumo de fruta (3 peças)	45	-	-
Meio da Manhã			
Iogurte Meio Gordo	18	6	3
Fruta	15	-	-
Almoço			
100g Carne/Peixe	-	20	10
Confeção	-	-	10
Amido	48	6	-
Meio da Tarde			
Fruta	15	-	-
Iogurte Meio Gordo	18	6	3

Jantar			
Sopa (sem batata)	5	1,5	3
100g Carne/Peixe	-	20	10
Confeção	-	-	10
Amido	36	4,5	-
Ceia			
Fruta	15	-	-
Total	263 g HC	82 g Proteína	66 g Gordura

Ingestão calórica total atual: 1974 kcal/dia

Distribuição proposta por refeições

	Hidratos de Carbono	Proteína	Gordura
Pequeno-Almoço			
Leite Meio Gordo	12	7	4
Pão mistura (60g)	36	4,5	-
Manteiga	-	-	5
Meio da Manhã			
Pão ou Bolachas	12	1,5	2,5
Fruta	15	-	-
Almoço			
100g Carne/Peixe	-	20	10
Confeção	-	-	10
Amido	48	6	-
Meio da Tarde			
Pão ou Bolachas	24	3	5
Iogurte Magro	7	6	0,5
Jantar			
Sopa (sem batata)	5	1,5	3
100g Carne/Peixe	-	20	10
Confeção	-	-	10
Amido	36	4,5	-
Ceia			
Iogurte Magro	7	6	0,5

Bolachas ou tostas	12	1.5	2.5
Total	214 g HC	82 g Proteína	58 g Gordura

Ingestão calórica total prevista: 1706 kcal

Para a realização deste plano alimentar não foram calculadas as necessidades energéticas estimadas.

Plano Alimentar sugerido

- Pequeno-Almoço (7h30)

1 copo de leite meio gordo (250ml)

1 pão de mistura (60g) com 1 colher de sobremesa de manteiga (5g)

- Meio da Manhã (10h30)

1 peça de fruta

½ pão pequeno (20g) ou 3 bolachas ou 2 tostas

- Almoço (14h00)

100g de carne ou peixe (tamanho palma da mão) OU 1 ovo com menos quantidade de carne ou peixe (70g)

4 batatas (tamanho do ovo) ou 8 colheres de sopa de arroz/massa ou 16 colheres de sopa de grão ou 40 colheres de sopa de ervilhas ou 20 colheres de sopa de feijão ou 28 colheres de sopa de favas

Salada ou legumes

- Lanche (16h30)

1 iogurte magro e sem adição de açúcar

1 pão pequeno de mistura (40g) ou 6 bolachas (tipo Cream Cracker ou integrais) ou 4 tostas

- Jantar (20h00)

1 sopa de legumes

100g de carne ou peixe (tamanho palma da mão) OU 1 ovo com menos quantidade de carne ou peixe (70g)

3 batatas (tamanho do ovo) ou 6 colheres de sopa de arroz/massa ou 12 colheres de sopa de grão ou 30 colheres de sopa de ervilhas ou 15 colheres de sopa de feijão ou 21 colheres de sopa de favas

Salada ou legumes

- Ceia (23h00)

1 iogurte magro e sem adição de açúcar

½ pão pequeno (20g) ou 3 bolachas (tipo Cream Cracker ou integrais) ou 2 tostas

Anexo XIII
(Tabela DM1)

Contagem de Hidratos de Carbono (HC) Diabetes Tipo 1

1 porção de HC = 12g HC

Para o controlo da glicemia após as refeições, é fundamental contar os HC ingeridos em cada refeição, para se calcular a dose de insulina de ação rápida administrada às refeições. Esta dose depende da glicemia antes da refeição e do total de HC (nº de porções) da refeição.

Para a contagem dos HC recomenda-se a pesagem dos alimentos e posteriormente poderão usar-se medidas próprias (taças, copos, ...)

Em alimentos embalados, confira no rótulo o teor de HC na dose a ingerir.

Além da contagem de HC, inclua alimentos de absorção lenta em cada refeição, para uma elevação mais lenta e gradual da glicemia.

Alimento (Fruta)	Quantidade	p HC	
Abacate (preparado)	260g	0,5	
Alperce/ Damasco	3	150g	1
Ameixa branca	3	160g	1
Ameixa encarnada	3	170g	1
Ameixa R cláudia	4 pequenas	105g	1
Ananás (preparado)	2 fatias finas	125g	1
Anona	metade	115g	1
Banana	1 pequena	95g	1
Cereja	10 pares	110g	1
Diospiro	um terço	95g	1
Figo	2 pequenos	100g	1
Framboesa		125g	0,5
Kiwi	1 pequeno	70g	0,5
Laranja/ Pêssego	1 média(o)	195g	1
Maçã	1 pequena	110g	1
Manga (preparada)	metade	100g	1
Marmelo	metade	165g	1
Melancia (preparada)		110g	0,5
Melão (preparado)		105g	0,5
Meloa	metade	485g	1
Mirtilo	20	40g	0,4
Morango	8 médios	235g	1
Nêspera	3 grandes	195g	1
Papaia	um terço	210g	1
Pêra	1 média	165g	1
Romã (preparada)	metade	50g	0,5
Tangerina	2	190g	1
Uva	11 bagos	80g	1
Salada de fruta - s/calda	1 taça peq.	130g	1

Fruta, batata e castanha: peso em bruto, exceto se referido "preparado" ou "s/pele".

Alimentos (Amidos)	Quantidade	p HC	
Arroz cru	15g	1	
Arroz integral cru	17g	1	
Arroz "solto" cozido	2 c.sopa	45g	1
Arroz de cenoura/tomate/feijão	2,5 c.sopa	60g	1
Arroz de ervilhas	2,5 c.sopa	65g	1
Arroz de tomate malandrinho	70g	1	
Batata crua	1 tam. do ovo	70g	1
Batata crua (s/pele)		65g	1
Batata cozida (s/pele)		65g	1
Batata assada (s/ pele)		50g	1
Batata-doce		55g	1
Puré de batata		70g	1
Massa crua		17g	1
Massa cozida "al dente"	2 c.sopa	35g	1
Massa bem cozida		60g	1
Couscous cozido	2,5 c.sopa	55g	1
Ervilha congelada cozida	10 c.sopa	160g	1
Fava cozida	7 c.sopa	160g	1
Feijão cozido	5 c.sopa	85g	1
Feijão-frade cozido	3 c.sopa	65g	1
Grão-de-bico cozido	4 c.sopa	70g	1
Lentilha cozida	2 c.sopa	70g	1
Castanha crua	2	35g	1
Castanha crua (miolo)		30g	1
Pão branco		20g	1
Pão de mistura/centeio		20g	0,9
Pão integral		30g	1
Pão integral c/sementes		30g	1,1
Pão/broa de milho		30g	0,9
Bolacha Água e sal redonda	6	20g	1
Bolacha "Cream Cracker"	3	20g	1
Bolacha Integral	3	18g	1
Bolacha Maria	3	17g	1
Tosta de trigo	2	17g	1
Mini tosta	8	17g	1
Amido de milho	1 c.sopa	13g	1
Farinha de trigo tipo 55/milho	1 c.sopa	16g	1
Farinha de trigo integral		18g	1
Farinha de alfarroba		14g	1
Farinha-de-pau -mandioca	1 c. sopa	14g	1
Tapioca		14g	1
Fécula de batata	1 c.sopa	14g	1
Pão ralado	2 c.sopa rasa	17g	1
Flocos de aveia	2,5 c.sopa	20g	1
Cereais integrais tipo All Bran flakes®	4 c.sopa	19g	1
Cereais Special k®/Fitness®	3 c.sopa	15g	1

1 porção de HC = 12g HC

Alimentos (Lactínicos)	Quantidade	p HC
Leite	240 ml	1
Iogurte sólido natural/aroma s/açúcar	120g	0,5
Iogurte líquido com aroma s/açúcar	160g-180g	0,6

Sopas	Quantidade	p HC
Legumes sem batata/equivalente	Prato	0
Caldo verde	Prato 230g	1
Canja de galinha	Prato 205g	1
Sopa de legumes	Prato 215g	1
Sopa de peixe	Prato 205g	1

Legenda:

p HC - porções de HC

c. sopa - colher de sopa

c. servir - colher de servir

peq. - pequena

equiv. - equivalente

Refeições	Quantidade	p HC
Açorda	130g	1
Açorda alentejana/ marisco/ bacalhau	280g	1
Arroz de pato/ marisco/ gambas	2 c.servir 140g	1
Arroz de lulas	3 c.servir 180g	1
Arroz de polvo	2 c.servir 110g	1
Arroz de peixe/ bacalhau	1 c.servir 80g	1
Bacalhau à Gomes Sá	1,5 c.servir 160g	1
Bacalhau com Natas	2 c.servir 130g	1
Caldeirada de peixe	2 c.servir 120g	1
Empadão (de batata)	110g	1
Carne à Jardineira	3 c.servir 215g	1

Não contabilizar: carne, peixe, ovo, tofu, queijo, fiambre, manteiga, azeite, óleo, frutos gordos como a noz e amendoim, hortaliça e legumes.

Rótulos

Alimentos embalados: consulte o rótulo e confira a quantidade de hidratos de carbono

1º Procure a **Informação nutricional** na embalagem.

2º Veja os **gramas de hidratos de carbono em 100g ou 100 ml** do alimento (inclui os açúcares).

3º Se não ingerir 100g ou 100ml do alimento, **calcule os gramas de HC na dose que vai consumir** (em cada bolacha, garrafa, lata ou embalagem).

Exemplo 100g bolachas ---- 70g HC
20g bolachas ---- X g HC

$$X = \frac{20 \times 70}{100} = 14g \text{ HC}$$

Resultado: 20g de bolachas tem 14g HC

Para calcular em porções de HC: $\frac{14}{12} = 1,1$ porção de HC

12

Anexo XIV

(Mini-texto + receitas com leguminosas)

□ Aprenda a comer bem

Leguminosas

Saiba como incluir este grupo de alimentos na sua rotina alimentar e conheça os principais benefícios associados.

JOANA LAGE ESTAGIÁRIA DE NUTRIÇÃO, APOE
LÚCIA MARCSO NUTRICIONISTA, APOE

A FAO (Organização das Nações Unidas Para Alimentação e Agricultura) declarou 2016 como o Ano Internacional das Leguminosas, com o objetivo de enaltecer a importância nutricional deste grupo de alimentos e, simultaneamente, promover a sustentabilidade ambiental e segurança alimentar.

No passado, as leguminosas apresentaram um papel essencial face à desnutrição presente na época sendo

utilizadas como substituto das carnes e peixes. Este hábito alimentar alterou-se com o tempo e, atualmente, a ingestão deste grupo de alimentos na população portuguesa é muito baixa.

As leguminosas são grãos secos (tais como lentilhas, feijão, ervilhas e grão-de-bico), que constituem uma vital fonte proteica de origem vegetal, ricas em fibra e hidratos de carbono de absorção lenta, importantes para a saciedade e no controlo dos níveis

Nutrição □

BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE

■ As leguminosas constituem uma vital fonte proteica vegetal, ricas em fibra e hidratos de carbono de absorção lenta, importantes para a saciedade e no controlo dos níveis de açúcar no sangue.

■ São fornecedoras de micronutrientes como cálcio, ácido fólico, zinco e vitaminas do complexo B.

■ Ao ingerir as doses recomendadas e mantendo a sua alimentação variada, equilibrada e completa, usufrui dos benefícios nutricionais das leguminosas e, simultaneamente, promove a melhoria ou manutenção do seu estado de saúde.

grupo das leguminosas indicando que 4% (1-2 porções) da nossa alimentação diária deve provir deste grupo.

Uma porção de leguminosas equivale a 5 colheres de sopa de feijão ou 4 colheres de sopa de grão-de-bico ou 10 colheres de sopa de ervilhas ou 7 colheres de sopa de favas.

Ao ingerir as doses recomendadas e mantendo a sua alimentação variada, equilibrada e completa, usufrui dos benefícios nutricionais das leguminosas e, simultaneamente, promove a melhoria ou manutenção do seu estado de saúde.

A Roda dos Alimentos, o nosso guia alimentar português, contempla o

□

A Roda dos Alimentos contempla o grupo das leguminosas indicando que 4% (1-2 porções) da nossa alimentação diária deve provir deste grupo.

1 PORÇÃO DE LEGUMINOSAS EQUIVALE A:

- 5 colheres de sopa de feijão ou
- 4 colheres de sopa de grão-de-bico ou
- 10 colheres de sopa de ervilhas ou
- 7 colheres de sopa de favas

HAMBÚRGUERES DE FEIJÃO PRETO



COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL (caldas por pessoa)
241 kcal
30 g hidratos de carbono
15 proteínas
7 g gordura

16 | 6 PESSOAS - 2 HAMBÚRGUERES/PESSOA

INGREDIENTES

- 1.200 g de feijão preto
- 2 cebolas
- 2 cenouras
- 4 dentes de alho
- 120 g de farinha de milho
- Sal e pimenta q.b.
- Coentros q.b.

PREPARAÇÃO

- 1 Freqüente o forno a 180 °C.
- 2 Descasque e pique as cebolas e os alhos. Descasque a cenoura e rale. Reserve.
- 3 Num tacho, junte estes legumes ao azeite e deixe cozinhar um pouco.
- 4 Escorra e lave o feijão e junte à mistura anterior. Deixe cozinhar até ficar com pouco líquido. Retire do lume e deixe arrefecer.
- 5 Reduza o preparado a puré e tempere com um pouco de sal, pimenta e os coentros picados.
- 6 Misture gradualmente a farinha e divida o preparado para moldar os 12 hambúrgueres.*
- 7 Forre com papel vegetal um tabuleiro de forno e coloque os hambúrgueres no mesmo.
- 8 Leve ao forno durante aproximadamente 15 minutos.
- 9 Sirva com uma salada colorida ou legumes salteados.

*Pode não ser necessária toda a farinha se o puré ficar bem seco.

CALDEIRADA DE CORVINA COM ERVILHAS E MEXILHÃO

16 PESSOAS

INGREDIENTES

- 6 postas pequenas de corvina (500 g)
- 500 g de ervilhas cozidas
- 480 g de batata
- 100 g de miolo de mexilhão
- 200 g de espinafres
- 2 cebolas
- 3 dentes de alho
- 1 tomate maduro
- 1 limão
- 3 colheres de sopa de azeite
- 2 dl de vinho branco
- Orégãos e cebolinho q.b.
- Pimentão doce q.b.
- Sal e pimenta q.b.

PREPARAÇÃO

- 1 Tempere o peixe com pouco sal, pimenta, alho e o sumo do limão e deixe a marinar.
- 2 Lave e escolha as folhas dos espinafres. Descasque a cebola, os alhos e as batatas e corte-as às rodelas. Retire a pele ao tomate. Reserve.
- 3 Num tacho largo coloque a cebola, o tomate pelado, as batatas e as folhas dos espinafres por camadas e regue com o vinho branco. Tempere com pouco sal, pimenta, orégãos e pimentão doce. Deixe levantar fervura.
- 4 Junte a marinada, o peixe e o mexilhão. Tape o tacho e deixe cozinhar por 10 minutos.
- 5 Junte as ervilhas e deixe estufar, até o peixe estar cozinhado.
- 6 Sirva polvilhado com o cebolinho cortado fino.

COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL (caldas por pessoa)
237 kcal
24 g hidratos de carbono
23 g proteínas
6 g gordura



Anexo XV
(O papel do zinco na Diabetes *Mellitus*)



O papel do zinco na Diabetes *Mellitus*

Elaborado por:

Joana Monteiro Lage,
Estagiária de Nutrição

Orientadora:

Nutricionista Lúcia Narciso

Lisboa, Abril de 2016

Índice

1. Introdução.....	1
2. Zinco.....	2
2.1. Funções no metabolismo da insulina e glicose.....	3
2.2. Funções no metabolismo lipídico.....	4
3. Metabolismo do Zinco na Diabetes.....	4
3.1. Deficiência e suplementação de Zinco na Diabetes.....	5
4. Conclusão.....	7
5. Referências bibliográficas.....	8

1. Introdução

O número de indivíduos com Diabetes *Mellitus* e pré-diabetes tem vindo a aumentar a nível mundial, por consequência dos maus hábitos alimentares, envelhecimento populacional, estilo de vida sedentário e aumento da prevalência de obesidade (Jayawardena et al., 2012).

Em 2014 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,1%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. Em 2014 estima-se a existência de 522 a 662 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014).

O termo diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou acção da insulina, ou de ambas (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

A diabetes é acompanhada por alterações na absorção dos micronutrientes, sem relação aparente com o tipo de diabetes, mas de uma forma dependente da evolução da doença. A maior consequência destas alterações poderá ser o agravamento do balanço oxidativo, com declínio da capacidade de combate aos radicais livres de produção endógena (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Neste contexto, o Zinco tem vindo a apresentar um papel importante, estando relacionado com melhoria da sensibilidade à insulina mas, também, pela sua capacidade antioxidante.

2. Zinco

O zinco é distribuído em abundância pelo todo o corpo humano, apresentando valores entre 2 a 3g, com as concentrações mais elevadas no fígado, no pâncreas, nos rins, nos ossos e nos músculos. Este mineral apresenta funções estruturais, catalíticas e reguladoras na célula, principalmente como um íon intracelular (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013).

Este mineral tem especial importância para o metabolismo das proteínas, hidratos de carbono, lípidos e ácidos nucleicos, e está envolvido na expressão genética. Desempenha um papel crucial na manutenção da estrutura e integridade das membranas celulares, pelo que o seu défice conduz a uma susceptibilidade aumentada para as lesões oxidativas (Myers, 2015).

A forma mais prontamente disponível de zinco é encontrada na carne de animais, especialmente nas carnes vermelhas e de aves. O leite é uma boa fonte de zinco mas as altas ingestões de cálcio proveniente deste alimento podem interferir na absorção de ferro e zinco (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013).

A dose diária recomendada (DDR) de zinco estabelecidas para adolescentes e adultos do sexo masculino são de 11mg/dia. Devido ao menor peso corporal das adolescentes e mulheres adultas, a DDR estimada é de 8 a 9 mg/dia (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013).

O indicador bioquímico que se recorre com maior frequência para avaliar se o aporte deste mineral está a ser o recomendado é através da sua presença no plasma, no entanto, muitos autores não consideram este parâmetro fidedigno de forma isolada e sugerem a associação com outros indicadores (por exemplo a ingestão alimentar do indivíduo, a presença de zinco no cabelo e enzimas dependentes de zinco) (Cruz & Soares, 2011).

2.1. Funções no metabolismo da insulina e glicose

A insulina, uma das principais hormonas produzidas pelo organismo, tem como função ajudar a glicose a passar da corrente sanguínea para o meio intracelular e, para além disso, também apresenta um papel importante no metabolismo energético dos glícidos, proteínas e gorduras (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013).

O zinco é um micronutriente essencial, que está envolvido na síntese, armazenamento, libertação e acção da insulina, apresentando função importante na regulação da produção desta hormona e na utilização da glicose pelo tecido muscular e adiposo (Jayawardena et al., 2012).

A cristalização da insulina requisita da presença de zinco, sendo este um constituinte da insulina armazenada no pâncreas. No processo de exocitose, o complexo zinco/insulina dissolve-se e dissocia-se, ocorrendo a libertação da insulina e do zinco livre. A detecção da concentração de zinco pode permitir a monitorização da secreção de insulina, o que é especialmente importante na diabetes tipo 2. Verifica-se uma diminuição da secreção da insulina e da tolerância à glicose em humanos com ingestão insuficiente de zinco (Marreiro, et al., 2004).

O efeito do zinco na secreção de insulina é bifásico, isto é, concentrações plasmáticas muito elevadas ou muito reduzidas modificam a secreção desta hormona. Assim, para ocorrer uma secreção normal de insulina, os níveis de zinco devem ser mantidos constantes (Myers, 2015).

Existem muitas razões para suspeitar que o metabolismo anormal do zinco possa estar envolvido na Diabetes *mellitus* e nas complicações que esta patologia acarreta, pois muitas delas podem estar associadas com o aumento dos oxidantes intracelulares e dos radicais livres, relacionados com a diminuição do zinco intracelular e das enzimas antioxidantes dependentes deste mineral. Apesar de tudo, não está bem determinado o papel do zinco no controlo da diabetes e das suas complicações, tal como na sua prevenção (Cruz, Oliveira, & Marreiro, 2015).

2.2. Funções no metabolismo dos lípidos

O déficit de zinco pode afectar o metabolismo lipídico, através da alteração estrutural da artéria Aorta, no metabolismo dos ácidos gordos e dos hidratos de carbono, provocando consequências no sistema cardiovascular. A suplementação de zinco apresenta ser favorável para os parâmetros lipídicos no plasma, reduzindo o colesterol total, LDL e triglicéridos e aumentando os níveis de HDL. Assim, poderá ter potencial para reduzir a incidência de aterosclerose e de risco cardiovascular (Ranasinghe, et al., 2015)

Para além disso, estudos demonstraram uma redução significativa na pressão sistólica e diastólica após suplementação com zinco (Afkhani-Ardekani, Karimi, Mohammadi, & Nourani, 2008).

3. Metabolismo do Zinco na Diabetes

Os mecanismos de absorção do zinco e os factores subjacentes ainda estão pouco esclarecidos. Sabe-se que a absorção ocorre ao nível do intestino delgado, com diferentes graus de eficiência, sendo ao nível do jejuno que ocorre uma absorção máxima. O cólon também tem capacidade, embora reduzida, de absorver o zinco. O local exacto de absorção depende da forma de zinco e da presença de determinados constituintes alimentares que podem formar complexos com este micronutriente ou influenciar o tempo de trânsito intestinal (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2013).

Estudos referem existir uma relação inversa entre a concentração plasmática de zinco e a sua absorção, ou seja, o intestino de um indivíduo com valores de zinco normais capta este micronutriente com menor eficácia do que um indivíduo com deficiência de zinco. Ainda existe pouca informação relativa aos efeitos da diabetes na absorção de zinco, bem como em outros aspectos do metabolismo e homeostasia deste mineral. (Myers, 2015)

Existem factores alimentares que podem inibir ou reduzir a absorção do zinco e é importante conhecê-los para que possam ser dadas melhores recomendações alimentares, de forma a evitar as substâncias com estas características inibitórias. Os factores podem ser: substâncias de ligação e agentes que formam complexos (ex. fitatos, fibra alimentar, oxalatos e polifenóis). Os alimentos de

origem vegetal, como os produtos à base de soja, cereais integrais e legumes, vegetais folhosos, chá e café, contêm as substâncias inibidoras acima mencionadas (Cruz & Soares, 2011).

Relativamente à distribuição e excreção do zinco, verificou-se que se encontram alteradas no indivíduo com diabetes e que existe uma relação entre o aparecimento desta patologia e as alterações do metabolismo do zinco. Na pessoa com diabetes ocorre frequentemente uma ingestão insuficiente de zinco, existindo, também a sua mal-absorção, alterações da sua utilização metabólica e hiperzincúria. Acredita-se que estas alterações devem-se à modificação da reabsorção renal e do metabolismo deste mineral, as quais estão relacionadas com a intolerância à glicose, glicosúria, resistência à insulina ou à alteração da secreção desta hormona (Myers, 2015).

3.1. Deficiência e suplementação de Zinco na Diabetes

A diabetes mellitus não é simplesmente uma alteração da homeostasia de glicose são também observadas várias manifestações degenerativas tais como aceleração do envelhecimento, doença cardiovascular e lesões microvasculares. As complicações desta patologia podem estar relacionadas com a hiperprodução de radicais livres e disfunção do sistema biológico antioxidante devido a uma actividade enzimática reduzida ou a um défice em micronutrientes. O zinco sendo constituinte de enzimas antioxidantes (como a superóxido dismutase), e intercedendo no metabolismo glicídico e lipídico, pode apresentar um efeito protector na prevenção ou atraso de algumas das complicações da diabetes (Cruz, Oliveira, & Marreiro, 2015).

Uma vez que este micronutriente executa importantes funções na manutenção da homeostasia da glicose e da insulina, a sua deficiência pode gerir um aumento da intolerância à glicose e resistência à insulina. Como consequência de um défice crónico de zinco, frequentemente apresentando na diabetes, pode encontrar-se hipozincemia, hiperzincúria e diminuição acentuada do zinco celular (Jayawardena, et al., 2012).

O zinco está disponível em muitas preparações multivitamínicas e minerais, no entanto é melhor fornecido como suplemento oral individual na forma de sulfato. Na tabela 1 estão presentes alguns estudos com administração da

suplementação com zinco e os seus efeitos. Apesar de, na maioria, os efeitos serem benéficos ainda não existe consenso quanto à dosagem de zinco que deve constituir na suplementação. Dado isto, o aumento da ingestão de alimentos ricos em zinco bio-disponível e a limitação daqueles que contêm substâncias que comprometem o seu estado nutricional, são medidas para prevenir a deficiência, sem ser necessário recorrer à suplementação (Cruz & Soares, 2011).

Autores do estudo	Descrição do estudo	Dose da fórmula	Efeitos significativos
Afkhami-Ardekani et al., 2008	Amostra=40 Diabetes tipo 2 2 grupos; 6-12 semanas	Sulfato de zinco 660 mg/dia	Redução dos triglicéridos, Colesterol total, LDL e HbA1C
Al-Marroof et al., 2006	Amostra=86 Diabetes tipo 2 2 grupos; 3 meses	Sulfato de zinco 30 mg/dia	Redução HbA1C
Blostein-Fujii et al., 1997	Amostra=60 Diabetes tipo 2 2 grupos; 3 meses	30 mg/dia	Aumento IGF-1
De sena et al., 2005	Amostra=37 Diabetes tipo 1 2 grupos; 4 meses	7.5-15mg/dia	Aumento da concentração de zinco no eritrócito
Roussel et al., 2003	Amostra=56 Diabetes tipo 2 2 grupos; 6 meses	Gluconato de Zn 30mg/dia	Efeito antioxidante positivo
Seet et al., 2011	Amostra=40 Diabetes tipo 2 2 grupos; 3 meses	Gluconato de Zn 240mg/dia	Não foram observados benefícios

Tabela 1. Estudos com suplementação de zinco em indivíduos com Diabetes mellitus.

4. Conclusão

O zinco é essencial para o crescimento e o desenvolvimento do organismo humano e sua suplementação poderá ser benéfico na Diabetes *mellitus*, não só para um melhor controlo glicémico mas também pelo efeito no metabolismo lipídico.

Embora os resultados de alguns estudos indiquem que os indivíduos com diabetes podem ter necessidades em micronutrientes aumentadas em relação às da população em geral, ainda existem muitas lacunas no conhecimento acerca das necessidades nutricionais exactas deste elemento. É, por isso, importante salientar a necessidade de uma avaliação bioquímica para determinar se existe ou não défice deste micronutriente, pois, quando em excesso, poderá ocorrer interacção negativa com outros minerais, prejudicando assim a saúde do homem.

Assim, até que recomendações concretas sejam determinadas, a melhor forma de prevenir o défice de zinco será por uma ingestão adequada, através da alimentação variada e equilibrada, e baseada na história alimentar e clínica do doente.

5. Referências bibliográficas

Jayawardena, R., Ranasinghe, P., Galappatthy, P., Malkanthi, R., Constantine, G. R., & Katulanda, P. (2012). Effects of zinc supplementation on diabetes mellitus : a systematic review and meta-analysis.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2014). Diabetes: Factos e Números. Observatório da Diabetes.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Disponível em: <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>.

Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2013). Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Elsevier.

Myers, S. A. (2015). Zinc Transporters and Zinc Signaling: New Insights into. *International Journal of Endocrinology*, pp. 1-7.

Cruz, J., & Soares, H. (2011). Uma revisão sobre zinco. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e de Saúde*, pp. 207-222.

Marreiro, D. N., Geloneze, B., Tambascia, M. A., Lerário, A. C., Halpern, A., & Cozzolino, S. M. (2004). Participation of zinc in insulin resistance. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, pp. 234-239.

Cruz, K., Oliveira, A., & Marreiro, D. (2015). Antioxidant role of zinc in diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, pp. 333-337.

Ranasinghe, P., Wathurapatha, W., Ishara, M., Jayawardana, R., Galappatthy, P., Katulanda, P., & Constantine, G. (2015). Effects of Zinc supplementation on serum. *Nutrition & Metabolism*, pp. 1-14.

Afkhami-Ardekani, M., Karimi, M., Mohammadi, S. M., & Nourani, F. (2008). Effect of Zinc Sulfate Supplementation on Lipid and. *Pakistan Journal of Nutrition*, pp. 550-552.

Al-Maroof, R. A., & Al-Sharbatti, S. S. (2006). Serum zinc levels in diabetic patients and effect of zinc supplementation on glycemetic control of type 2 diabetics. *Saudi medical journal*, pp. 344-350.

Blostein-Fujii, A., DiSilvestro, R. A., Frid, D., Katz, C., & Malarkey, W. (1997). Short-term zinc supplementation in women with non-insulin-dependent diabetes mellitus: effects on plasma 5'-nucleotidase activities, insulin-like growth factor I concentrations, and lipoprotein oxidation rates in vitro. *The American journal of clinical nutrition*, pp. 639-642.

de Sena, K. C. M., de Araújo, A. D. M., dos Santos, M. M., de Lima, V. T., & Pedrosa, L. D. F. C. (2005). Effects of zinc supplementation in patients with type 1 diabetes. *Biological trace element research*, pp. 1-9.

Roussel, A. M., Kerkeni, A., Zouari, N., Mahjoub, S., Matheau, J. M., & Anderson, R. A. (2003). Antioxidant effects of zinc supplementation in Tunisians with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American College of Nutrition*, pp. 316-321.

Seet, R. C., Lee, C. Y. J., Lim, E. C., Quek, A. M., Huang, H., Huang, S. H., & Halliwell, B. (2011). Oral zinc supplementation does not improve oxidative stress or vascular function in patients with type 2 diabetes with normal zinc levels. *Atherosclerosis*, pp. 231-239.

Anexo XVI
**(Texto “Importância do Pequeno-
Almoço)**

Importância do pequeno-almoço

O pequeno-almoço é a primeira refeição diária, aquela que quebrará o jejum após o período de sono, tornando-se essencial para fornecer ao organismo a energia e os nutrientes necessários ao começo de um novo dia.

Não tomar o pequeno-almoço é, no fundo, prolongar esse período de jejum, provocando uma maior sensação de sonolência e fadiga, e a um menor desempenho cognitivo e físico, principalmente no período da manhã. Além desses sintomas, muitas pessoas que saltam o pequeno-almoço tendem a sentir maior fome e apetite no decurso da manhã e ao almoço, compensando com a **ingestão de maior quantidade de alimentos e/ou com alimentos mais calóricos e pouco ricos a nível nutricional.**

Vantagens de tomar pequeno-almoço:

- Repõe os níveis de energia, após jejum noturno;
- Melhora o rendimento intelectual, a memória e a concentração;
- Está associado à manutenção de um peso adequado;
- Contribui para o convívio familiar;
- Contribui para uma distribuição alimentar e energética mais equilibrada ao longo do dia;
- Influencia positivamente o humor, pela reposição dos níveis de glicose no sangue;
- Promove a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Para que o pequeno-almoço contribua para uma distribuição alimentar e calórica mais fracionada e adequada ao longo do dia, deve provir desta refeição entre 20% a 25% das necessidades energéticas diárias, incluindo vários nutrientes essenciais ao organismo, tais como: hidratos de carbono, gorduras (ou lípidos), proteína, fibra, vitaminas e minerais.

Os **hidratos de carbono** tem como função fornecer energia ao organismo e se forem acompanhados de fibra permitem ainda que esse fornecimento energético seja realizado de forma mais gradual e constante, evitando picos de glicémia e aumentando a saciedade. Para além disso, a **fibra** ajuda na regularidade do trânsito intestinal ao longo do dia. As **gorduras (ou lípidos)** também fornecem energia, e contribuem ainda para aumentar a saciedade conferida pelo pequeno-almoço; é importante que sejam gorduras insaturadas (por exemplo: azeite, sementes de linhaça, abacate e frutos secos), pois apresentam efeito protetor a nível cardiovascular. A **proteína** é importante para tanto para aumentar a sensação de saciedade, como para fornecer ao organismo os materiais que necessita para construir e/ou manter os seus tecidos. As **vitaminas e minerais** são essenciais para que a energia possa ser adequadamente produzida, e tem um papel importante nas funções básicas do organismo.

A Federação Internacional da Diabetes (IDF) recomenda a ingestão dos seguintes alimentos ao pequeno-almoço:

- Água, chá e café não açucarados
- Pão integral ou de mistura de farinhas pouco refinadas
- Cereais de pequeno-almoço pouco açucarados e ricos em fibra
- Leite magro
- Iogurte magro e sem adição de açúcar, ao qual se pode adicionar sementes, frutos secos ou fruta fresca
- Queijo pouco gordo (1 porção pequena, ex. 1 fatia fina)
- Fiambre de aves (1 porção pequena, ex. 1 fatia fina)
- Ovo cozido ou escalfado sem adição de gordura
- Fruta fresca (1 peça, ex. maçã, pera, laranja, pêsego)
- Vegetais

Por oposição, a IDF desaconselha o consumo de:

- Bebidas açucaradas
- Pão branco e produtos de pastelaria (bolos, croissants)
- Cereais de pequeno-almoço açucarados
- Leite achocolatado
- Iogurtes açucarados
- Alimentos fritos
- Sumos e batidos de fruta
- Doce, geleia, mel e chocolate para barrar

A escolha dos alimentos para esta refeição deve ser ajustada às necessidades de cada pessoa, devendo também ter-se em consideração o gosto e preferências pessoais, a presença de patologias ou situações específicas, como alergias ou intolerâncias alimentares. Tendo isto em conta, apresentamos 3 exemplos de pequenos-almoços saudáveis:

1. 1 copo de leite meio gordo ou magro (250mL) + 1 pão de centeio (60g) com 1 colher de sobremesa de manteiga magra ou creme vegetal + 1 maçã pequena
2. 1 iogurte magro e sem adição de açúcar + 5 colheres de sopa de aveia + 2 kiwis pequenos

3. 1 caneca de chá sem açúcar + 1 pão de sementes (60g) com queijo fresco + 1 laranja pequena

É fundamental criar o hábito de reservar cinco minutos da nossa manhã para esta refeição. Quem não tem apetite ou não consegue comer logo após acordar, não deve forçar. Para contornar esta questão, a estratégia passa por ingerir algo leve de manhã, como um iogurte ou 1 copo de leite, e à medida que o organismo se for habituando, ir adicionando gradualmente os restantes componentes já referidos, até constituir uma refeição completa.

Vamos então tomar o pequeno-almoço e garantir que este se torna um hábito sempre presente na nossa vida e na dos que nos rodeiam, de forma a promover a saúde e bem-estar!