



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Memória Final de Curso

Volume II

Anexos

Elaborado por Gilda Maria Pimentel Brandão

Aluna nº 201092225

Orientador Interno: Prof. Doutora Suzana Paz

Orientador Externo: Dra. Rita Fernandes

Barcarena

Novembro 2014

Índice

Anexo 1	7
Declaração de Horas Estágio Profissionalizante I	7
Anexo 2	8
Declaração de Horas Estágio Profissionalizante II	8
Anexo 3	9
Fotografias das instalações do IPR.....	9
Anexo 4	11
Diário Clínico	11
Anexo 5	12
Avaliação da composição corporal através do IN body 720	12
Anexo 6	13
Folha de Plano Alimentar.....	13
Anexo 7	14
Folha de Pedido de Análises	14
Anexo 8	15
Diário Alimentar	15
Anexo 9	16
Avaliação da Composição corporal através da tanita bc - 418.....	16
Anexo 10	17
Mapa de Internamento	17
Anexo 11	18
Ficha de Nutrição	18
Anexo 12	19
Relatório de Nutrição Semanal	19
Anexo 13	20
Pedido de Reforços.....	20
Anexo 14	21
Pedido de Refeições	21
Anexo 15	22
Ementa Eurest	22
Anexo 16	23
Certificado de Participação nas Jornadas Internacionais do IPR	23
Anexo 17	24
Certificado de Participação no 15º Simpósio de Cardiologia.....	24
Anexo 18	25
Certificado de Participação no ENA	25

Anexo 19	26
Certificado de Participação no Seminário “Comunidades que promovem a Saúde pela Nutrição...”	26
Anexo 20	27
Certificado de Participação “IV Semana da Nutrição” da Uatla	27
Anexo 21	28
Certificado de Participação no XII Congresso de Alimentação e Nutrição	28
Anexo 22	29
Certificado de Participação no seminário “Empregabilidade e Empreendedorismo”	29
Anexo 23	30
Certificado de Participação na Conferência "Desafios da saúde em contexto de adversidade social"	30
.....	30
Anexo 24	31
Certificado de participação no seminário “Desigualdades e Alimentação”	31
Anexo 25	32
Trabalho Intolerâncias Alimentares	32
Anexo 26	35
Trabalho “Amido”	35
Anexo 27	38
Trabalho “Oxalatos”	38
Anexo 28	40
Trabalho “Caquexia”	40
Anexo 29	42
Trabalho “Sarcopenia”	42
Anexo 30	45
Trabalho “Artrite Reumatoide”	45
Anexo 31	48
Resumo do Artigo Científico	48
Anexo 32	49
Trabalho “As dietas da Moda”	49
Anexo 33	69
Trabalho “As dietas da Moda” - Apresentação	69
Anexo 34	86
Trabalho “Doenças Auto-imunes” - Apresentação.....	86
Anexo 35	97
Journal Club – “The impact of coffee on health”	97
Anexo 36	105
Exemplo de Relatório Semanal EP I e EP II	105

Anexo 1

DOC A.2 EP_CN_UA

spaz@uatlantica.pt

FAX: 21 439 82 40

A/c Prof. Doutora Suzana Paz
Coordenação de Estágios e Coordenação da
Licenciatura em Ciências da Nutrição
Universidade Atlântica
Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 Barcarena, Oeiras

DECLARAÇÃO DE HORAS DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

Tendo em conta que o plano de estudos de Ciências da Nutrição da Universidade Atlântica contempla duas Unidades Curriculares de estágio, designadamente Estágio Profissionalizante I e II respectivamente no 7º e 8º semestre;

Tratam-se de disciplinas semestrais com uma carga horária total de 150h no 7º semestre (10h semanais) e 300h no 8º semestre (25h semanais), o número total de faltas não pode exceder 10% da carga horária total de Estágio. O aluno reprova à Unidade Curricular sempre que ultrapassar o número de faltas previsto.

Para os devidos efeitos se informa que

Gilda Maria Pimentel Brandão, 201092225

estagiou sob a minha Orientação no Instituto Português de Reumatologia, em Lisboa, no período de 16 de Outubro de 2013 a 19 de Dezembro de 2013, tendo totalizado um nº de horas de 178.

Lisboa, 28 de Janeiro de 2014

O Orientador Externo/Supervisor do Estágio


.....
(Assinatura)

Rita Beirescu Amegante Fernandes
(Nome)

Nota: Este documento deve ser preenchido única e exclusivamente pelo Orientador/supervisor e entregue ao aluno para inclusão no seu Relatório de Estágio Profissionalizante I e/ou Memória Final de Curso. Uma cópia deve ser enviada por email para: spaz@uatlantica.pt ou yandap@uatlantica.pt.

Anexo 2

DOC A.2 EP_CN_UA

spaz@uatlantica.pt

FAX: 21 439 82 40

A/c Prof. Doutora Suzana Paz
Coordenação de Estágios e Coordenação da
Licenciatura em Ciências da Nutrição
Universidade Atlântica
Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 Barcarena, Oeiras

DECLARAÇÃO DE HORAS DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

Tendo em conta que o plano de estudos de Ciências da Nutrição da Universidade Atlântica contempla duas Unidades Curriculares de estágio, designadamente Estágio Profissionalizante I e II respectivamente no 7º e 8º semestre;

Tratam-se de disciplinas semestrais com uma carga horária total de 350h no 7º semestre (10h semanais) e 300h no 8º semestre (25h semanais), o número total de faltas não pode exceder 10% da carga horária total de Estágio. O aluno reprovado à Unidade Curricular sempre que ultrapassar o número de faltas previsto.


Para os devidos efeitos se informa que

Gilda Maria Pimentel Brandão, 201092225

estagiou sob a minha Orientação no Instituto Português de Reumatologia em Rua da Beneficência, nº7, Lisboa no período de 3 de Fevereiro de 2014 a 17 de Junho de 2014, tendo totalizado um nº de horas de **322**.

Lisboa, 13 de Novembro de 2014

O Orientador Externo/Supervisor do Estágio



(Assinatura)



Nota: Este documento deve ser preenchido único e exclusivamente pelo Orientador/Supervisor e entregue ao aluno para inclusão no seu Relatório de Estágio Profissionalizante I e/ou Memória Final de Curso. Uma cópia deve ser enviada por email para spaz@uatlantica.pt ou varikap@uatlantica.pt.

Anexo 3

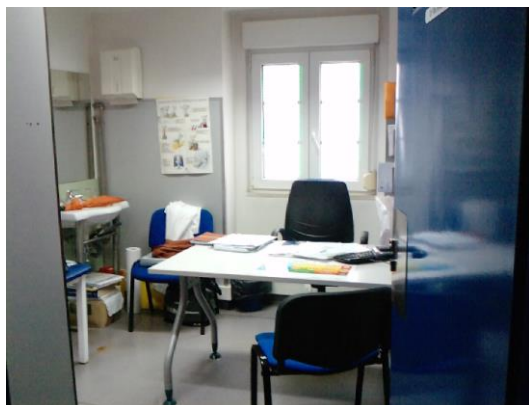


Fig 1. Consultório



Fig 2. Sala de Reuniões



Fig 3. Unidade de Internamento



Fig 4. Quarto da unidade de Internamento



Fig 5. Processos Clínicos



Fig 6 e 7. Sala de Enfermagem

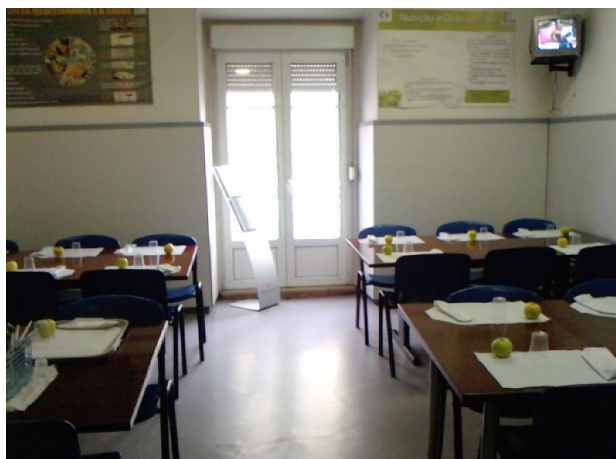


Fig 7 e 8. Sala de Refeições




Fig 9. Copa: Forno Convector

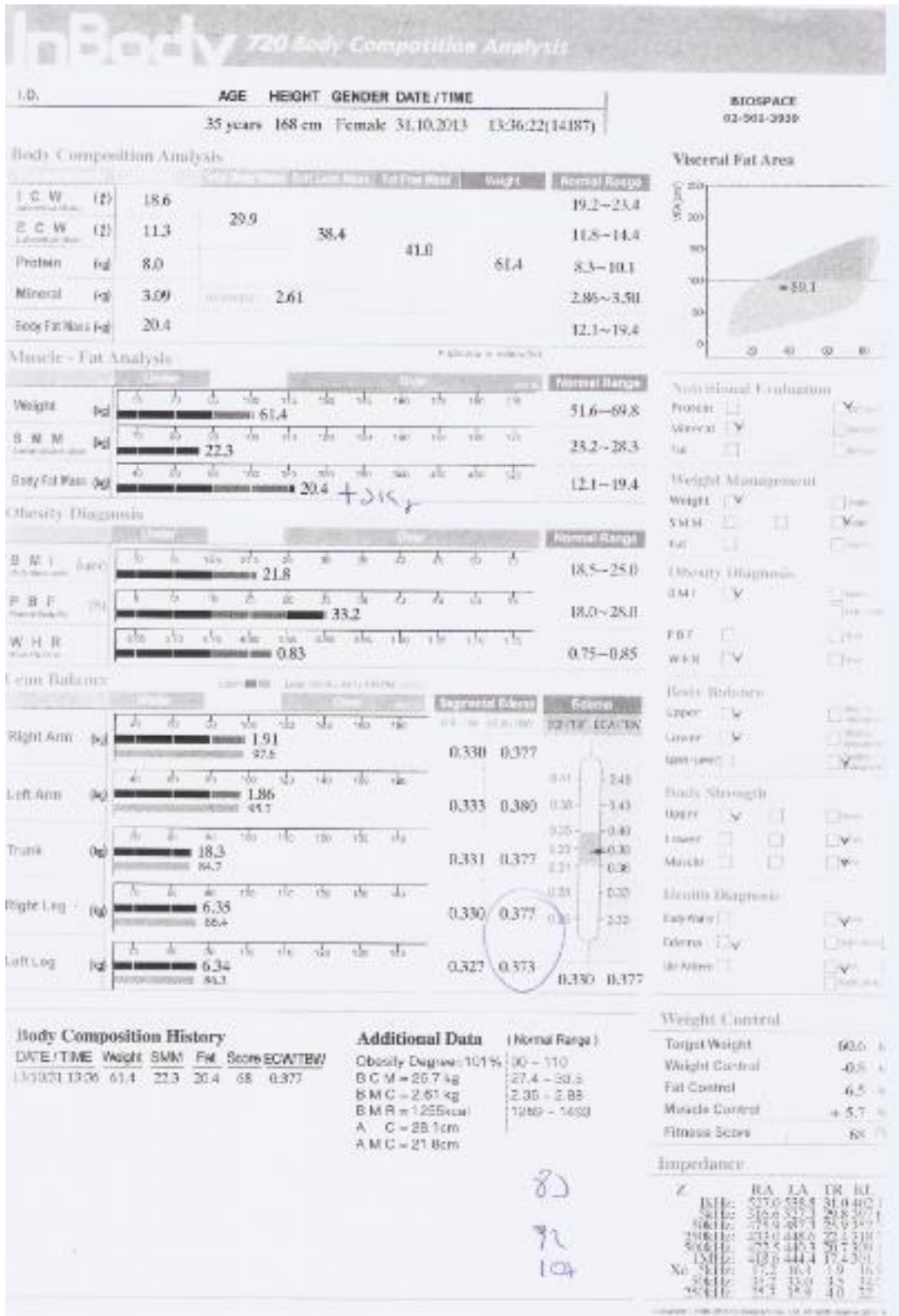


Fig 9. Copa: Frigorífico


Anexo 4

 <p>DIÁRIO CLÍNICO</p>	NOME: _____ FICHA CLÍNICA Nº: _____
ANO 20	

Anexo 5



Anexo 6



Plano Alimentar Recomendado

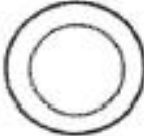
Nome: _____ Nutricionista: _____

Data: ____ / ____ /20__

Ao acordar (____ h ____ m): _____

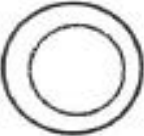
Pequeno-almoço (____ h ____ m): _____

Meio da manhã (____ h ____ m): _____

Almoço (____ h ____ m): _____
 _____

1º Lanche (____ h ____ m): _____

2º Lanche (____ h ____ m): _____

Jantar (____ h ____ m): _____
 _____

Ceia (____ h ____ m): _____

Observações: _____

Anexo 7



Lisboa, ____ de ____ de 20__

Exmo. Sr.(a) Dr.(a) _____, caso esteja de acordo, agradeço que facultasse os seguintes exames e parâmetros analíticos do paciente _____, com n.º utente _____ para um melhor acompanhamento na Consulta de Nutrição.


Hemograma	Ácido úrico
Glicemia em jejum	T3
Hemoglobina glicosilada	T4
Insulinemia	FT3
Colesterol Total	FT4
HDL-col	TSH
LDL-col	Ac. Anti-Tiroideus
Triglicéridos	Ferro sérico
Ureia	Ferritina
Creatinina	Transferrina
Urina tipo II	TGO, TGP, GGT

Ecografia abdominal	Ecografia tiróide
Ecografia renal	

Com os melhores cumprimentos,

(Nutricionista)

Anexo 8

 **Diário Alimentar**

Data ___/___/20__

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___


Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Líquidos: Exercício:

 **Diário Alimentar**

Data ___/___/20__

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Hora: ___:___

Líquidos: Exercício:

Anexo 9

TAXITA		100
BODY COMPOSITION		100
ANALYZER		100
BC-418		
27 MAR 2014 19:44		
BODY TYPE	STANDARD	
GENDER	FEMALE	
AGE	48	
HEIGHT	155 cm	
WEIGHT	70.9 kg	
BMI	30.8	
BMR	5369 kJ	
	1331 kcal	
FAT%	31.9%	
FAT MASS	22.6 kg	
FFM	48.3 kg	
TBW	31.5 kg	
DESIRABLE RANGE		
FAT%	23-34%	
FAT MASS	12.8-22.7 kg	
IMPEDANCE		
Whole Body	851	0
Right Leg	277	0
Left Leg	270	0
Right Arm	362	0
Left Arm	382	0
Segmental Analysis		
Right leg		
Fat%	45.0%	
Fat Mass	6.1 kg	
FFM	7.1 kg	
Predicted Muscle Mass	6.7 kg	
Left leg		
Fat%	45.5%	
Fat Mass	6.0 kg	
FFM	7.2 kg	
Predicted Muscle Mass	6.8 kg	
Right Arm		
Fat%	44.2%	
Fat Mass	1.7 kg	
FFM	2.1 kg	
Predicted Muscle Mass	2.0 kg	
Left Arm		
Fat%	44.6%	
Fat Mass	1.8 kg	
FFM	2.2 kg	
Predicted Muscle Mass	2.1 kg	
Trunk		
Fat%	38.9%	
Fat Mass	15.5 kg	
FFM	24.3 kg	
Predicted Muscle Mass	23.2 kg	

Anexo 10

Cama	Nome	DIETA				Observações / Restrições	DATAS		C
		Dieta	Sem sal	Diabético A (S/ açúcar)	Mole		Fruta coz.	ENT.	
1	Adelina Prates						24/out	1	
2	Marta Parreira						29/out	2	
3	Mª Conceição Carriço					X	21/out	01/nov	
4	Nádia Almeida						30/out	4	
5	Svitlana Kazachuk						30/out	5	
6	Flora Martins		X				23/out	6	
7	Mª Fernanda Martins					X	31/out	7	
8	Mª Céu Correia Ribeiro			X			23/out	8	
9	Mª Barreiro Perreira						24/out	01/nov	
10								10	
11	Mª Fátima Barbosa						18/out	11	
12	Mª Helena Pinto						28/out	12	
13	Mª Albertina Veloso			X			31/out	13	
14	Mª Ângela Ferreira						28/out	14	
15	António Santos			X			25/out	04/nov	
16	Franquelin Travassos						25/out	04/nov	
17	Teresa Moreira	X					28/out	17	
18	D. Ana: almoço de 2ª a 6ª feira, colocar 1 refeição extra no forno								

Actualizado em: 21 de Março de 2014 - Rita Fernandes 933690064

Anexo 11



INTERNAMENTO
Nutrição

Nº.Cin.: 116555 / Dt.Nasc.: 13/04/1965 / Sexo: Feminino / Idade: 48
 Nome: Régina Ermelinda Figueiredo Rodrigues
 Mor.: Rua Nuno Tristão N.30-3º. Esq. Alto Seixalinho
 2850 Bagueiro / Tl.: 913910092-919068639
 Est.: Casado / Prof.: Desempregada / Nat.: Goa
 Sit.: ARS Setúbal 350818919 / Nº: 11333941838
 Data de Adm.: 18/03/2014 / Curso: 7

ENTRADA: 18/03/2014 ALTA: 28/03/2014 Equipe de Nutrição: Margarida Sousa

DIAGNÓSTICO:
Fibromialgia, HTA, dislipidemia

OBJECTIVO DA TERAPÉUTICA NUTRICIONAL:

REGISTOS - BIOIMPEDÂNCIA: IDADE 48 ALTURA 155 cm
 À ENTRADA: PESO: 75,2 kg IMC: 31,3 Kg/m² MASSA GORDA: 30,8 Kg

Bio	Data	18/03/2014	19/03/2014	1/1	1/1	1/1	1/1	Total
P E S O	Peso	75,2	-	-	-	-	-	-
	IMC	31,3	-	-	-	-	-	-
	FAT%	40,5	-	-	-	-	-	-
	FM (kg)	-	-	-	-	-	-	-
	FFM (kg)	-	-	-	-	-	-	-
	TBW (kg)	-	-	-	-	-	-	-
M A S S A	FAT%	-	-	-	-	-	-	-
	FM (kg)	-	-	-	-	-	-	-
	PC	105	-	-	-	-	-	-
	PA	105	-	-	-	-	-	-
	C/A	-	-	-	-	-	-	-
TA	157/85	134/68	/	/	/	/	/	

EXAMES COMPLEMENTARES:

Data	19/03/14	1/1	1/1
Glicémia	105		
Coolesterol Total			
Triglicéridos			
HDL-c			
LDL-c			
Ácido Úrico			

CALCÍO DIÁRIO:		
Dia - P.A. / Jantar	Dia - P.A. / Jantar	Dia - P.A. / Jantar
/ - /	/ - /	/ - /
/ - /	/ - /	/ - /
/ - /	/ - /	/ - /
/ - /	/ - /	/ - /
/ - /	/ - /	/ - /

DIETA ACONSELHADA

Genal	Genal sem sal
Cozidos e Grelhados	Cozidos e Grelhados sem sal
Diabética	Diabética sem sal
Diabética Mole	Diabética Mole sem sal
Mole sem gordura	Mole sem gordura sem sal
Hipoproteica	Hipoproteica sem sal
Hipoproteica mole	Hipoproteica mole sem sal
Antidiarreica	Antidiarreica sem sal
Semi-Líquida	Líquida sem sal

Fruita
Fruita Cozida
Fruita Cozida ao Jantar
Iogurte Manhã
Iogurte Tarde
Sumo de Laranja

RESTRICÇÕES / OBSERVAÇÕES:
T. Máxima Total: Proteína 60g, fibra 30g, colesterol 300mg, açúcar 40g, lipídios 75g, sódio 100mg, cálcio 1000mg, carboidr. 200g, potássio 2mg, piridoxina 2mg, iodo 150mcg, vitamina K1

Anexo 12

Relatório de Nutrição – Internamento
21 de Março de 2014



Camã	Nome	Idade	Peso (Kg)	IMC	MG (%)	Diagnóstico	Dieta	Sinais e Sintomas
1	Alexandra Varela	40	65.6	25.0	35.9	LED; SS; HTA; Gastrite; Status-pós AVC; Litíase Renal	Geral	
2	Maria Vieira	90	54.3	24.8	28.7	AR; HTA; Dislipidemia,	Geral	S/ ocorrência
3	M ^a Helena Sequeira	61	66.2	27.9	41	FM; OP	Geral	
4	Luzia Horta	63	57.1	23.8	33.1	AR; OP; OA	Geral	S/ ocorrência
5	Natália Mendes	80	51.1	21.3	23.6	AR FR +; OP 2 ^o ; SS; Hipotireoidismo; S. depressivo	Geral	S/ ocorrência
6	M ^a Conceição Jerónimo	60	60.6	22.5	34.7	FM; S. Depressivo	Geral	S/ ocorrência
7	Regina Rodrigues	48	75.2	31.3	40.9	FM; HTA; Dislipidemia	Geral	
8	M ^a Lucia Reis	61	60.7	25.3	29	FM; POA; S. Depressivo	Geral	
9	Liberto Feio	81	60.1	22.6	15.6	Gota; POA; Miopatia Espondilítica Cervical; DPOC; Insuficiência Pulmonar; Poliartrite; HBP	Geral	
10	Henrique Amedo	62	55.9	19.1	14.3	EA; Lombalgia inflamatória na adolescência; Vasculite crioglobulinémia	Geral	
11								
12	M ^a Carmo Moreira	62	60	26.7	35.2	POA, DM	Geral c/ rec p/ diabéticos	S/ ocorrência
13	M ^a Manuela Cruz	62	68.5	25.8	43.6	LES; Lombalgia incap. OP Fratura	Geral	S/ ocorrência
14	M ^a José Guerreiro	79	Não pode pesar (não aguenta tempo de pé)			Pós PTA em AR, OP	Mole	S/ ocorrência
15	Artur Silva	68	52.5	20.3	19.1	AR, OP, S. Depressivo	Geral	S/ ocorrência
16								
17	Carminda Esteves	57	76.6	32.3	43.7	FM, SMED, Dislipidemia, DM	Geral c/ rec p/ diabéticos	Realizada consulta de Nutrição (20/03)

- Indicado para consulta de Nutrição

Anexo 13

PEDIDO SEMANAL DE REFORÇOS PARA O IPR

Data: 04 de Março de 2013

PRODUTOS	QUANT	UND	PEDIDO	FORNECIDO
Açúcar D.L.	45	4,5	0	
Leite Magro Lt	50	LT	0	
Maniêzinhos D.L.	100	UND	100	
Doce D.L.	55	UND	0	
Queijos D.L.	96 (4caixas)	UND	0	
Azeite D.L.	200	UND	0	
Vinagre D.L.	200	UND	0	
Tijelas p/ sopa desc.	252	UND	0	
Servietas	2000	UND	0	
Copos grandes desc.	400	UND	0	
Guardanapos	5	FACT	0	
Prato p/ salada desc.	200	UND	0	
Toalhetas	2500	UND	0	
Adoçante	1	UND	0	
Bolachas água+sal D.L.	0	UND	0	
Bolachas Maria D.L.	144	UND	0	
Chá D.L.	2	UND	0	
Leite de Soja	0	UND	0	
Café Moka mib0 pct	2	FACT	0	
Colheres	100	UND	0	

Pedido por: Alexandra Cardoso / Rita Fernandes
 Contatos: 926730585 / 933690064

04/03/2013

Anexo 14



Requisição Semanal de Refeições – IPR

Ementa "Geral" UCP 2011/2012

Em vigor a partir de 23/Jan/12

UNIDADE: IPR SEMANA: 8 DATA DE CONSUMO PREVISTA: 24 a 30/Marc 2014

Dia	Refeição	Tipo de Dieta	Prato	Com Sal	Sem Sal	Total
2ª Feira	Almoço (N-18)	LIGEIRA		0	0	18
		GERAL	Abrótea assada	18	0	
	Jantar (N-17)	Ligeira		0	0	17
		GERAL	Lombo de porco	17	0	
3ª Feira	Almoço (N-18)	LIGEIRA		0	0	18
		GERAL	Carne de vaca estufada	18	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA	Solha grelhada	17	0	17
		GERAL		0	0	
4ª Feira	Almoço (N-18)	Ligeira	Arinca estufada	18	0	18
		GERAL		0	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA	Frango assado	17	0	17
		GERAL		0	0	
5ª Feira	Almoço (N-18)	LIGEIRA	Peru cozido	18	0	18
		GERAL		0	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA	Bacalhau fresco	17	0	17
		GERAL		0	0	
6ª Feira	Almoço (N-18)	LIGEIRA	Abrótea cozida	18	0	18
		GERAL		0	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA		0	0	17
		GERAL	Jardiniera de porco	17	0	
Sábado	Almoço (N-17)	LIGEIRA		0	0	17
		GERAL	Almôndegas de tomateada	17	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA	Pescada grelhada	17	0	17
		GERAL		0	0	
Domingo	Almoço (N-17)	MOLE		0	0	17
		GERAL	Arinca grelhada	17	0	
	Jantar (N-17)	LIGEIRA		0	0	17
		GERAL	Roti de peru	17	0	

Data de requisição: 21/3/2014

Nutricionista responsável: Alexandra Cardoso (926730585)

Rita Fernandes (933690064)

Anexo 15

		Ementa Eurest Cozinha Central	
		TIPO DE DIETA	SEMANA I
S E G U N D A	ALMOÇO	SOPA	Creme de abóbora
		GERAL	Febras de tomatada com massa espiral e cenoura cozida
	JANTAR	GERAL	Febras grelhadas com massa espiral e cenoura cozida
		GERAL	Febras de tomatada com massa espiral e cenoura cozida
T E R Ç A	ALMOÇO	MOLE	Febras grelhadas com massa espiral e cenoura cozida
		COZ. GREL.	Febras grelhadas com massa espiral e cenoura cozida
	JANTAR	PCADAB	Carne/ peixe picado
		VEGETARIANAS	Panados de Seltan com masa espiral e cenoura cozida
Q U A R T A	ALMOÇO	SOPA	Sopa de feijão verde
		GERAL	Pescada frita com arroz de pimento e brócolos
	JANTAR	GERAL	Pescada grelhada com arroz branco e brócolos
		GERAL	Pescada frita com arroz de pimento e brócolos
Q U A R T A	ALMOÇO	COZ. GREL.	Pescada grelhada com arroz branco e brócolos
		PCADAB	Carne/ peixe picado
	JANTAR	GERAL	Sopa de alho francês
		GERAL	Bacalhau com natas e feijão verde
Q U A R T A	ALMOÇO	GERAL	Solha no forno ao natural com salada de batata e cenoura
		GERAL	Bacalhau com natas e feijão verde
	JANTAR	COZ. GREL.	Solha no forno ao natural com salada de batata e cenoura
		PCADAB	Carne/ peixe picado
Q U I N T A	ALMOÇO	VEGETARIANAS	Pataniscas feijão verde com salada de feijão frade (feijão frade, batata e cenoura)
		SOPA	Creme de courgete
	JANTAR	GERAL	Carne de vaca estufada com feijão verde, arroz branco
		GERAL	Carne de vaca cozida com arroz branco e feijão verde cozido
Q U I N T A	ALMOÇO	MOLE	Carne de vaca estufada (picada) com feijão verde, arroz branco
		COZ. GREL.	Carne de vaca cozida com arroz branco e cenoura
	JANTAR	PCADAB	Carne/ peixe picado
		GERAL	Sopa de grão com nabijas
Q U I N T A	ALMOÇO	GERAL	Frango grelhado com arroz branco e cenoura cozida
		GERAL	Frango grelhado com arroz branco e cenoura cozida
	JANTAR	MOLE	Frango grelhado com arroz branco e cenoura cozida
		COZ. GREL.	Frango grelhado com arroz branco e cenoura cozida
Q U I N T A	ALMOÇO	PCADAB	Carne/ peixe picado
		VEGETARIANAS	Croquetes de soja e cogumelos, arroz branco e cenoura cozida
	JANTAR	SOPA	Sopa de couve coração
		GERAL	Abrótea com bacon e batata a murro assada e salada
Q U I N T A	ALMOÇO	GERAL	Abrótea cozida com batata com casca cozida e cenoura
		GERAL	Abrótea com bacon e batata a murro assada e salada
	JANTAR	MOLE	Abrótea cozida com batata casca cozida e cenoura
		COZ. GREL.	Abrótea cozida com batata casca cozida e cenoura
Q U I N T A	ALMOÇO	PCADAB	Carne/ peixe picado
		VEGETARIANAS	Panadinhos de tofu com arroz de feijão e salada
	JANTAR	SOPA	Sopa de alho francês
		GERAL	Hambúrguer de vaca com puré de batata misto (batata e cenoura)
Q U I N T A	ALMOÇO	GERAL	Carne de vaca cozida com hortelã e batata cozida, couve bruxelas
		GERAL	Hambúrguer de vaca com puré de batata misto (batata e cenoura)
	JANTAR	COZ. GREL.	Carne de vaca cozida com hortelã e batata cozida, couve bruxelas
		PCADAB	Carne/ peixe picado

Anexo 16



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que **Gilda Maria Pimentel Brandão** esteve presente nas **XXI Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia**, que decorreram em 28 e 29 de Novembro de 2013, no Epic Sana Lisboa Hotel, em Lisboa.

José Vaz Patto

Presidente das
XXI Jornadas do Instituto Português de Reumatologia

Anexo 17



Anexo 18



Anexo 19



CERTIFICADO

A Ordem dos Nutricionistas certifica que:

Gilda Maria Pimentel Brandão

participou no **Seminário "Comunidades que promovem a saúde pela nutrição: O papel dos Serviços de Saúde"**, inserido no Ciclo de Seminários Nutrição Comunitária, promovido pela **Ordem dos Nutricionistas**, no dia 28 de fevereiro de 2014, no Auditório do Infarmed, em Lisboa.

A Bastonária

ALEXANDRA BENTO
ALEXANDRA BENTO



Anexo 20



IV SEMANA DA NUTRIÇÃO DA
UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

Certificado

Certifica-se que Gilda Brandão, participou na IV Semana da

Nutrição da Universidade Atlântica, que se realizou nos dias 18 e 19 de Março.

A Presidente do Núcleo de Estudantes de Nutrição da Universidade Atlântica

Joana Balcia

(Joana Balcia)



Anexo 21



Anexo 22



Certificado

Para os devidos efeitos se declara que Gilda Maria Pimentel Brandão esteve presente na 2ª Edição do Seminário com o tema "Empregabilidade e Empreendedorismo" organizado pelo Gabinete de Apoio à Inserção no Mercado de Trabalho da Universidade Atlântica, o qual teve lugar no Auditório Afonso de Barros, no dia 04 de Junho de 2014, entre as 14h30 e as 18h30 com a duração total de 4 horas.

Programa:

- **Empregabilidade e Inserção Profissional:**
 - Oportunidades de emprego para os jovens - Fundação da Juventude
 - Estagiar para quê? - Estagiar.pt
 - A importância das incubadoras de empresas para a criação de empregos - Incubcenter da Universidade Aberta

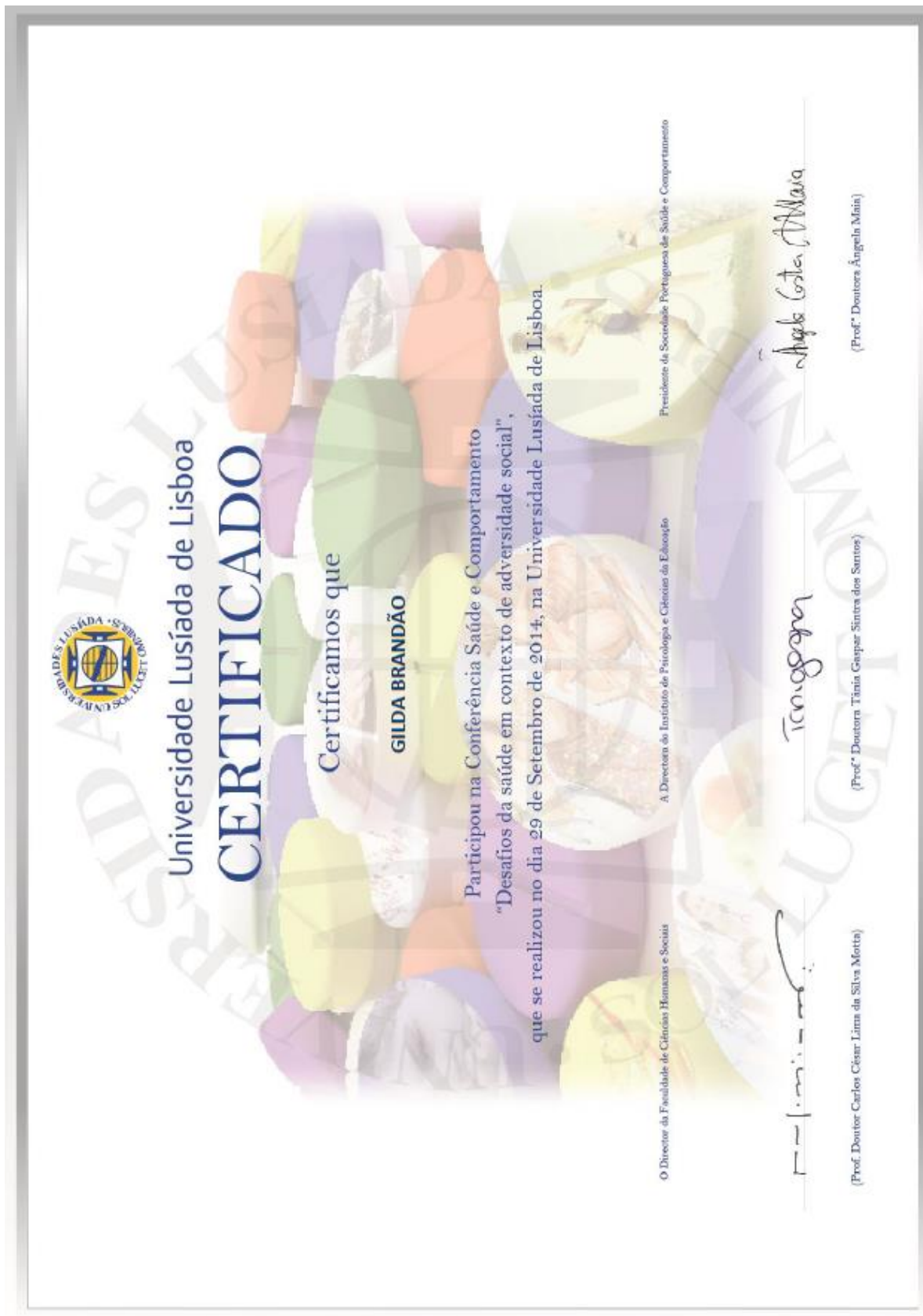
- **Empreendedorismo como fonte de criação de emprego:**
 - O Empreendedorismo como fonte de criação de emprego - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
 - O Empreendedorismo social - CASES, Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
 - Desmarca-te: Constrói a tua marca pessoal - SEA Agência de Empreendedores Sociais

Barcarena, 04 de Junho de 2014

O Coordenador do Gabinete de Apoio à Inserção no Mercado de Trabalho


Prof. Doutor João Marçal

Anexo 23



Anexo 24



Anexo 25

Intolerâncias Alimentares

Intolerâncias	Substitutos
Trigo Cevada Centeio Malte Glúten	Bolachas de Milho Quinoa Millet Farinha de Milho Maizena Farinha de Mandioca Farinha de aveia Flocos de Batata Tapioca Trigo sarraceno Millet Amaranto Sorgo Cereais Corn Flakes sem glúten Castanhas
Leite/ Queijo de Vaca Leite/Queijo de Ovelha Iogurte Caseína	Bebida de Soja Bebida de Soja Cálcio adoçada com maçã Bebida de Millet Bebida de Aveia Kefir de cabra Leite de linhaça Leite e coco
*Ovo	Substituto de ovo comercial Banana e sumo de maçã Sementes de Linhaça Gelatina Agar Agar Abóbora Purê de maçã Óleo de girassol Amido de Milho

Salutem

Pão Rústico sem glúten
Baguete sem glúten
Palmiers sem glúten

Glúten

Alimentos que contêm Glúten

- ✓ Papes de cereais
- ✓ Cereais de pequeno-almoço
- ✓ Barras de cereais
- ✓ Pastelaria, bolos, bolechas e biscoitos
- ✓ Pão
- ✓ Massas, couscous e quinoa
- ✓ Farinha de trigo, centeio e bulgur
- ✓ Bolões de papa
- ✓ Caldos de legumes, carne, peixe ou outros
- ✓ Cervejas

Alimentos que podem conter Glúten

- ✓ Saladas ou molhos para saladas
- ✓ Condimentos
- ✓ Sopas processadas
- ✓ Batatas fritas de pacote ou outros snacks
- ✓ Fast food
- ✓ Rolos de carne, salpicões
- ✓ Panados ou outros fritos em massas
- ✓ Molhese
- ✓ Refrigerantes
- ✓ Fambre

Leite e Derivados

Alimentos que contêm proteínas do leite

- ✓ Leite Magro, Meio Gordo e Gordo
- ✓ Leite em pó
- ✓ Leite condensado
- ✓ Leite evaporado
- ✓ Manteiga, coelhada
- ✓ Soro de leite
- ✓ Lactose, Caseína e Caseinato
- ✓ Lactoalbumina
- ✓ Iogurtes
- ✓ Queijos
- ✓ Netas
- ✓ Geledos de leite
- ✓ Fórmulas lácteas infantis

Alimentos que podem contêm proteínas do leite

- ✓ Refeições comerciais pré-preparadas
- ✓ Legumes salteados ou recheados
- ✓ Sopas desidratadas ou embeledas
- ✓ Guloseimas
- ✓ Molhos
- ✓ Pães, pães de hambúrguer ou de salpicões
- ✓ Bebidas embeledas
- ✓ Bolos, bolechas ou outras sobremesas
- ✓ Molhos de saladas
- ✓ Alimentos salteados ou fritos em manteiga

Soja

Alimentos que contêm proteínas de soja

- ✓ Soja, grãos de soja, proteína de soja
- ✓ Miso, wasebi
- ✓ Rebentos de soja
- ✓ Tofu
- ✓ Emulsionantes com monodiglicéridos
- ✓ Emulsionantes com lecitina de soja

Alimentos que podem contêm proteínas da soja

- ✓ Pastelaria
- ✓ Cereais
- ✓ Panados
- ✓ Pão recheado
- ✓ Pastilhas elásticas
- ✓ Sobremesas
- ✓ Carnes processadas
- ✓ Molhos, marinadas
- ✓ Estimulantes de sabor de carne e peixe
- ✓ Snacks
- ✓ Sopas
- ✓ Emulsionantes

*Substituto de Ovo

Substituto de ovo comercial

A quantidade a usar está indicada no rótulo. Usualmente mistura-se o pó com água para obter uma pasta homogénea que dará a consistência do ovo. Nas receitas em que é preciso substituir um maior número de ovos pode ser necessário adicionar leite para tornar a massa do bolo mais homogénea menos densa.

Banana e sumo de maçã

Para substituir um ovo pode usar 1/3 banana ou 1/4 de chávena de maçã. Estes ingredientes podem dar algum sabor ao produto final pelo que deve ser usado em receitas que permitam um sabor mais frutado. Esta substituição serve bem para ligar a massa, mas não ajuda a crescer, pelo que se for usado em bolos deve acrescentar-se fermento / bicarbonato de sódio. Ao usar estes substitutos pode ser necessário acrescentar tempo de cozedura à receita.

Sementes de Linhaça

Usualmente a medida usada para substituir um ovo é uma colher de sopa de sementes de linhaça moídas, à qual se juntam 3 colheres de sopa de água. Deve mexer-se bem e deixar repousar alguns minutos antes de juntar ao resto dos ingredientes, de forma a soltar tomar esta pasta gelatinosa. Esta mistura torna os bolos mais densos e se não tiverem fermento suficiente podem tornar-se pesados.

Gelatina e Agar Agar

Basta misturar uma colher de sopa de gelatina ou Agar Agar e três colheres de sopa de água morna.

Abóbora

1/3 de chávena de abóbora e reduzida a puré substitui um ovo e dá uma boa textura a queques e muffins.

- Na hora de servir, em cada xícara de leite (de sua preferência) misture 1 colher (chá) do creme de café já pronto.

Leite de linhaça

Um copo de linhaça para quatro copos de água. Bata e coe três vezes em peneira fina.

Leite de Arroz Integral

Deixe de molho por oito a dez horas, dois copos cheios de arroz. Leve ao fogo com o dobro de água. Exemplo: dois copos de arroz para quatro de água e assim proporcionalmente. O arroz deve ficar ao fogo sob a medida da mão, ou seja, assim que a mão não suportar mais o calor, é hora de desligar e abafar. Bata e coe várias vezes seguidas. Dois copos de arroz rendem meio litro de leite.

Leite de noz

Bate-se um copo de nozes com dois copos de água.

Alternativas de peixes:

Abrótea	Cherne	Maruca
Atum	Corvina	Pargo
Cação	Chicarro	Perca
Redfish	Espadarte	Peixe-espada
Safio	Garoupa	Sarda
Raia	Goraz	Sardinha
Tamboril	Imperador	Solha
Carapau	Linguado	

Moluscos/Crustáceos:

Ameijoia	Choco	Ostra
Berbigão	Mexilhão	Polvo

Lula

Polvo

Alternativas de Frutas:

Amêixa

Tâmara

Diospíro

Anona

Coco

Romã

Morcuçá

Cereja

Ginja

Marmelo

Morango

Melão

Melancia

Uva

Nêspera

Amora

Alperce/Damasco

Groselha

Manga

Pêssego

Framboesa

Carambola

Gilda Brandão, nº201092225
Carla Marcolino, nº 200992142

Anexo 26

Amido

Cereais		
Alimento	Quantidade	Amido
• 3 colheres de sopa de arroz (cozido)	60 g	16,8 g
• 3 colheres de sopa de arroz integral cru	20 g	14,3 g
• 3 colheres de sopa de arroz (oru)	20 g	15,6 g
• 2 colheres de sopa de esparguete (cozido)	60 g	11,3 g
• 1/2 / 1 fatia de pão de trigo	25 g	13,8 g
• 1/2 / 1 fatia de pão de centeio	25 g	13,6
• 1/2 / 1 fatia de pão de centeio integral	35 g	13,9 g
• 1/2 / 1 fatia de pão demistura de trigo e centeio	28 g	14,5 g
• 1/2 / 1 fatia de pão de trigo integral	35 g	13,2 g
• 1/2 / 1 fatia de pão de trigo integral com ceras de cálcio	25 g	14,3 g
• 1 fatia pequena de broa de milho	40 g	14,9 g
• 1 batata do tamanho médio (80 g)	80 g	13,8 g
• 2 tostes simples	25 g	17,5
• 2 tostes integrais	25 g	14,8 g
• 3 bolachas tipo Maria	20 g	10,1 g
• 3 bolachas tipo Torradas	20 g	9,6 g
• 4 bolachas (redondas) tipo água e sal	20 g	11,9 g
• 3 bolachas integrais	25 g	12,5 g
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "corn"	20 g	15 g

flakes ¹		
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "Muesli" ¹	25 g	13,1 g
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "trigo integral" ¹	20 g	12,4 g
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "All bran flakes" ¹	25 g	11,5 g
Leguminosas e derivados		
• 3 colheres de sopa de grão de bico (demolhado)	100 g	15,1 g
• 3 colheres de sopa de feijão manteiga (cozido)	100 g	11,5 g
• 4 colheres de sopa de soja (cozinhada)	80 g	1,6 g
• 6 colheres de sopa de ervilhas grão (cozidas)	200 g	9,8 g
• 4 colheres de sopa de lentilhas secas (cozidas)	80 g	12,2 g
• 4 colheres de sopa de favas secas (cozidas)	140 g	13,7 g
• 4 colheres de sopa de feijão verde (cozido)	100 g	1,0
Frutas		
• 1 Laranja média	200 g	0
• 1 Maça média	150 g	0
• 1 Pera média	200 g	0
• 1 Banana média	100 g	2,2 g


flakes ¹⁷		
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "Muesli" ¹⁷	25 g	13,1 g
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "trigo integral" ¹⁷	20 g	12,4 g
• 3 colheres de sopa de cereais tipo "All bran flakes" ¹⁷	25 g	11,5 g
Leguminosas e derivados		
• 3 colheres de sopa de grão de bico (demolhado)	100 g	15,1 g
• 3 colheres de sopa de feijão manteiga (cozido)	100 g	11,5 g
• 4 colheres de sopa de soja (cozinhada)	80 g	1,6 g
• 6 colheres de sopa de ervilhas grão (cozidas)	200 g	9,8 g
• 4 colheres de sopa de lentilhas secas (cozidas)	80 g	12,2 g
• 4 colheres de sopa de favas secas (cozidas)	140 g	13,7 g
• 4 colheres de sopa de feijão verde (cozido)	100 g	1,0
Frutas		
• 1 Laranja média	200 g	0
• 1 Maçã média	150 g	0
• 1 Pera média	200 g	0
• 1 Banana média	100 g	2,2 g

• 1 Pêssego médio	150 g	0
• 1 Talhada de melão	300 g	0
• 1 Talhada de melancia	400 g	0
• ½ Meloa	450 g	0
• 10 Bagos de uvas	80 g	0
• 12 Morangos	200 g	0
• 2 Tangerinas	170 g	0
• 4 Nespas	160 g	0
• 2 Ameixas	170 g	0
• 15 Cerejas	100 g	0
• 1 fatia de Ananás	140 g	0
• 1 kiwi grande	160 g	0
• ½ Manga	160 g	0,3
• 1 Diospiro pequeno	100 g	0
• 3 Figos	100 g	0
• 1 Romã	130 g	0
• ½ Abacate	160 g	0
Frutos secos		
• Amêndoa, miolo	10 g	0,3 g
• Amendoim	10 g	0,5 g
• Avelã	10 g	0,2 g
• Azeitona	30 g	0
• Castanha	30 g	9,0 g
• Noz	10 g	0,1 g
• Pinhão	10 g	0,3 g
• Pistacolo	10 g	0,4 g
Outros		
• Alheira (grelhada)	100 g	27,5 g
• Farinheira (cozida)	100 g	25,9 g
• Morcela (grelhada)	100 g	12,7 g
• Mortadela	45 g	0,8 g
• Salsicha tipo frankfurt	70 g	1,0 g
• Ameijoas (abertas)	100 g	5,2 g

ao natural)		
• Berbigão (aberto ao natural)	100 g	5,4 g
• Mexilhão (cozido)	100 g	2,8 g
• Ostra (oru)	100 g	3,9 g
• Alcaçofra (cozida)	100 g	3,2 g
• Alho (oru)	25 g	2,5 g
• Café solúvel	5 g	0,8 g

Alimentos que poderão ter na sua composição amido

- Rebuçados e caramelos
- Gomas
- Pastilhas elásticas
- Macarrão instantâneo
- Sobremesas instantâneas
- Sobremesas lácteas
- Sopas instantâneas
- Caldos "Knorr"
- Molhos (molhos para saladas, maionese, mostarda, molho de tomate)
- Alguns snacks (especialmente os elaborados com amendoim, ex. ovinhos de chocolate com amendoim)
- Salsichas
- Fiambre exceto o (fiambre da pema extra)
- Sopas em conservas
- Conservas
- Fécula de mandioca
- Tapioca
- Doces em pastas
- Pudim instantâneo
- Patés



Plano Alimentar Recomendado

Nome: _____ Nutricionista: _____

Data: ____/____/20__

Às acordar (6 h:00m): 1 copo de água

Pequeno-almoço (7 h:00m): 1 copo (tipo galeão) de leite magro + 400g de flocos de milho + 5 queijos ⇒ Batido de flocos de milho

Meio da manhã (10 h:00m): 2 kiwis médios + 1 iogurte sólido magro + 2 nozes

Almoço (13 h:00m): 2 colheres de sopa de espinafres + 6 colheres de sopa de puré de couglete e couve-flor + 1 pasta grande de painço + 1 peça de fruta de formosa médio (ex. pêra)

1º Lanche (16 h:00m): 1 queijo fresco pequeno + 2 fatias finas de fiambre + 5 amendoins

2º Lanche (18 h:30m): 2 colheres de sopa de leite magro + 1 iogurte sólido magro

Jantar (20 h:30m): 2 colheres de sopa de Agrião + salada de tomate + 1 bife grande e/ cogumelos + 1 peça de fruta de formosa médio (ex. pêra)

Ceia (____ h ____ m): _____

Observações: Fiambre sem fécula de batata
Sopa sem batata
Bebem 1,5 litros de água por dia

Gilda Brandão, nº 201092
Cere Marcolino, nº 20099

Anexo 27

Oxalatos

O oxalato (ou ácido oxálico) é o produto final do metabolismo de aminoácidos, glicerol e do ácido ascórbico, que não pode ser metabolizado no organismo humano, sendo assim excretado através da urina. Provém essencialmente do metabolismo do ser humano, da dieta e a partir de alguns fungos (*Aspergillus* e *Penicillium*). O aumento na concentração urinária de oxalato, deve-se à combinação da absorção de oxalato da dieta juntamente com a sua síntese endógena, podendo levar à saturação da urina, com consequente formação de cristais e cálculos renais.

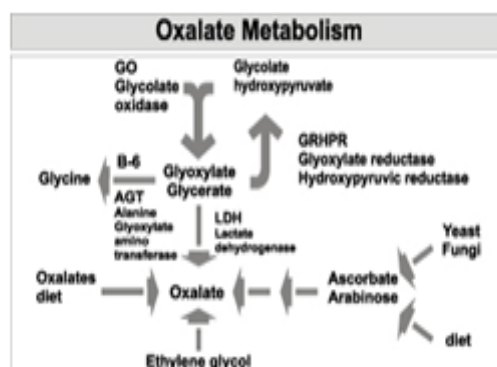
O Oxalato é um composto normalmente encontrado em alimentos de origem vegetal, sendo muito baixa ou nenhuma a sua presença em alimentos de origem animal. A absorção de oxalato através da dieta tem uma contribuição importante para a excreção de oxalato urinário, uma vez que os fatores dietéticos podem aumentar ou reduzir o risco de determinadas patologias associadas a esse mesmo aumento.

Atualmente, a dieta com baixo teor de oxalato tem uma forte evidência apoiando a sua utilização no tratamento de determinadas patologias que resultam num aumento da excreção de oxalato na urina. No entanto, esta dieta pode não ser sempre eficaz na redução dos níveis de ácido oxálico urinário, pois a maior parte do oxalato encontrado na urina não provém da dieta, mas sim da sua síntese endógena. Ainda assim, não deixa de ser importante correlacionar-se a ingestão de oxalato com a sua excreção urinária, antes de se definir a orientação nutricional com restrição ou não de alimentos ricos em oxalato.

Para além disso, existem diversos fatores que influenciam a absorção de oxalato, como: o teor de oxalato dos alimentos ingeridos, as concentrações de iões (cálcio, magnésio, potássio) presentes nestes alimentos que se ligam fortemente ao oxalato reduzindo assim a sua absorção, a microbiota, o trânsito intestinal, entre outros. Os Oxalatos podem também funcionar como agentes quelantes e podem quelar muitos metais tóxicos, como mercúrio e chumbo.

Outro aspecto importante do metabolismo do oxalato é a sua excreção aumentada na presença de altas doses de ácido ascórbico. Cerca de 40% do oxalato urinário origina-se a partir do ácido ascórbico, sendo que 1 mg de oxalato é produzido

a partir de 1 g de ascorbato, 12 mg a partir de 4 mg e 68 mg a partir de 9 mg, respetivamente.



O consumo diário de oxalatos em adultos é geralmente 80-120 mg por dia, que pode variar de 44-1000 mg por dia em indivíduos que têm uma dieta do tipo ocidental.

A maioria das dietas com baixo teor de oxalatos limitam a sua ingestão a cerca de 40 a 50 mg por dia. É então importante privilegiar alimentos com baixo teor em oxalatos, limitar alimentos com moderado teor de oxalatos e evitar alimentos com alto teor de oxalatos. Outras modificações na dieta podem incluir o aumento do consumo de água e limitar a ingestão de vitamina C.

Os alimentos especialmente ricos em oxalatos são espinafres, ruibarbo, beterraba, cacau, chocolate, amendoim, farelo de trigo, chá, caju, nozes, amêndoas, café entre outros. Os oxalatos não são encontrados na carne ou peixe, em concentrações significativas.

Lista de alimentos com alto teor de oxalatos (<10 mg por porção)

Cerveja	Germém de trigo	Morangos
Chá preto	Pão de trigo integral	Tangerinas
Cacau	Farinha de trigo integral	Feijão
Café	Pimenta	Beterraba
Chocolate quente	Molho de soja	Cenouras
Sumos de frutas c/ alto teor em oxalatos	Chocolate	Aipo
Leite com chocolate	Salsa	Chicória
Bebidas de soja	Amoras	Berinjela
Queijo de soja	Mirtilos	Alho-porro
logurte de soja	Carambola	Azeitonas
Nozes	Figos	Salsa
Amido	Groselha	Pimento Verde
Amaranto	Kiwis	Batatas
Trigo mourisco	Limão	Espinafre
Farelo de trigo	Laranja	Batata-doce
Pão de centeio/ trigo	Framboesas	Acelga
	Ruibarbo	Abobrinha

Tabelas com teores de oxalatos disponíveis em:

<http://www.upmc.com/patients-visitors/education/nutrition/Pages/low-oxalate-diet.aspx>

<http://lowoxalate.info/recipes.html>

<http://www.pkdiet.com/pdf/LowOxalateDiet.pdf>

Bibliografia

National Kidney Foundation. Diet and Kidney Stones. Acedido em: 20 de Dezembro de 2013; disponível em: www.kidney.org.

Low Oxalate Diet. Acedido em: 21 de Dezembro de 2013; disponível em: <http://lowoxalate.info/recipes.html>

UPMC. Low Oxalate Diet. Acedido em: 20 de Dezembro. Disponível em: <http://www.pkdiet.com/pdf/LowOxalateDiet.pdf>

The Oxalosis and Hyperoxaluria Foundation. Acedido em: 22 de Dezembro. Disponível em: <http://www.ohf.org/>.

Nutrition care manual: urolithiasis/urinary stones food lists. American Dietetic Association. Acedido em: 20 de Dezembro. Disponível em: <http://www.nutritioncaremanual.org/vault/editor/docs/UrolithiasisFoods1.pdf>.

Nutrition care manual: Nutrition Therapy for Kidney Stones. American Dietetic Association. Acedido em: 20 de Dezembro. Disponível em: [http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/Nutrition%20Therapy%20for%20Kidney%20Stones%20\(requested%20permission%20ADA\)_tcm75-240176.pdf](http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/Nutrition%20Therapy%20for%20Kidney%20Stones%20(requested%20permission%20ADA)_tcm75-240176.pdf)

Gilda Brandão, nº201092225

Cara Marcolino, nº 200992142

Anexo 28

Caquexia

Literalmente do grego, caquexia significa condição ruim. Esse conceito habitualmente era relacionado a pacientes em mau estado geral, com doenças consumptivas, estado avançado de desnutrição e enfraquecimento. Atualmente caquexia refere-se à perda de massa celular corporal por doenças, sendo acompanhada por perda de massa muscular (componente sarcopénico); deve ser entendida como uma adaptação multidimensional abrangendo grande variedade de alterações, desde mudanças fisiológicas até comportamentais (Rocha O et al., 2009).

Caquexia e Artrite Reumatóide

A caquexia relacionada com a Artrite Reumatóide (AR) foi descrita pela primeira vez em 1873 por Sir James Paget. O termo caquexia reumatóide refere-se à perda de massa celular (MC) corporal e elevado consumo de energia em repouso, que ocorre na AR, e não está necessariamente relacionado com o emagrecimento, uma vez que em muitos pacientes a perda de MC é acompanhada de aumento de massa gorda e o peso continua estável.

Esses casos são conhecidos como caquexia obesa. A perda de MC é mais nítida na musculatura esquelética (componente sarcopénico), mas também ocorre nas vísceras e no sistema imune.

A caquexia reumatóide ocorre em aproximadamente dois terços dos pacientes com AR (Beserra S et al, 2010).

A importância da MC está implícita nos seus subcompartimentos. Por exemplo, a massa celular do músculo-esquelético prediz, diretamente, força e status funcional esquelético e a ~~visceral determina~~ a energia, e do sistema imune é essencial para sua função de proteção. Dessa forma, perda de MC está associada à diminuição do status funcional, bem como da ação do sistema imune, constituindo um importante preditor de resposta na inatividade, doença crónica e envelhecimento. (Beserra S et al, 2010)

Todas as situações clínicas em que ocorre perda de 40% ou mais de MC há associação com a morte. Por outro lado, perda inferior, embora não diretamente fatal, compromete severamente a força muscular, o equilíbrio, a mobilidade funcional, a função imune, e está associada com perda de independência, depressão, com importante redução de qualidade de vida. (Beserra S et al, 2010)

Pacientes com AR com controlo adequado por medicamentos têm uma redução de 13% a 14% na MC, quando comparados a controlos do mesmo sexo, idade, raça e peso. Embora isso não seja exorbitante em termos absolutos, representa cerca de 30% da máxima perda (40%) de massa celular relacionada à sobrevivência. (Beserra S et al, 2010)

Dessa forma, caquexia reumatóide pode ser definida como perda involuntária de MC, que predomina no músculo-esquelético, com ausência ou leve diminuição do peso corporal, na presença de uma massa gorda estável ou pouco aumentada. (Beserra S et al, 2010)

A resistência periférica à insulina e a baixa atividade física, associadas à inflamação, têm sido implicadas na etiologia e patogénia de caquexia reumatóide (Beserra S et al, 2010).

A razão para redução de atividade física na AR é multifatorial e envolve uma combinação de dor e edema articular, além de deformidades que dificultam a atividade física. Em adição, a caquexia, per si, contribui para baixa atividade física na AR devido à fraqueza muscular causada pela redução da força gerada nas unidades do músculo-esquelético. Consequentemente, a AR determina um círculo vicioso no qual perda muscular e baixa atividade física reforçam uma à outra e predisõem ao ganho de gordura. Por sua vez, o aumento da gordura diminui e a capacidade funcional aumenta os níveis do fator de necrose tumoral. O aumento desta citocina promove caquexia, diretamente e indiretamente, por acelerar o catabolismo de proteínas e reduzir a ação da insulina (Beserra S et al, 2010).

A caquexia ocorre em 66% dos pacientes com AR e não há até o momento proposta terapêutica bem padronizada referindo especificamente esse aspeto da AR (Rocha O et al, 2009).

Contudo, é possível que uma adequada intervenção dietética associada a corretos exercícios físicos sejam capazes de intervir com sucesso na caquexia reumatoide (Rocha O et al, 2009).

Caquexia e o cancro

A caquexia é uma síndrome complexa que está presente em mais de dois terços de todos os pacientes que morrem de cancro em estado avançado e pode ser a causa direta de um quarto das mortes por esta doença. Além disso, esta síndrome está associada a outros estados patológicos, tais como infeções crónicas ou lesões de vários tipos. A caquexia é caracterizada pela perda significativa e progressiva de peso corporal, bem como a anorexia, fadiga, anemia, náuseas e imunossupressão crónica.

Destes, a perda de peso corporal é uma das principais causas atribuíveis a uma diminuição da quantidade de tecido adiposo e na massa muscular. A perda de massa muscular afeta não só o músculo-esquelético, mas também o coração, que pode estar na origem desta disfunção de órgãos, o que pode representar mais de 20% das mortes relacionadas com o cancro (Argilés et al, 2006).

Clinicamente, a importância de caquexia é significativa, porque existe uma relação inversa entre a taxa de sobrevivência do paciente e caquexia. Além disso, a caquexia envolve sempre um prognóstico desfavorável, uma redução da resposta à terapia (seja cirúrgica e quimioterapia), e uma diminuição da qualidade de vida do paciente. Dependendo do tipo de tumor, a sua incidência pode variar entre 20% e 80% (Argilés et al, 2006).

As origens da caquexia podem ser encontradas em duas formas fundamentais: um aumento da procura calórica devido à presença do tumor (com a correspondente competição por nutrientes entre as células do doente e o tumor) e, devido à subnutrição (anorexia diminuição da ingestão). Isto leva ao aparecimento do que tem sido denominado "cáquexia cáquexia", com o conseqüente desenvolvimento de alterações

metabólicas significativas no paciente. Estas alterações estão associadas com a presença de diferentes fatores circulantes, principalmente citocinas tumorais.

Assim, uma das principais características da caquexia do cancro é o desgaste vivido pelo tecido do paciente, afetando principalmente o músculo-esquelético e o tecido adiposo, enquanto que outros órgãos (fígado, baço, rins e glândulas adrenais) podem mesmo transitoriamente aumentar o seu peso. As alterações metabólicas representam o aspeto mais característico e importante da caquexia do cancro, tal como, mesmo na ausência de desnutrição podem determinar por si o balanço energético negativo de azoto, com sérias lesões para o organismo.

Bibliografia

- 1) Argilés, J. M., Busquets, S., López-Soriano y M. Figueras, F. J. (2006). Fisiopatología de la caquexia neoplásica Pathophysiology of neoplastic cachexia. Nutr. Hosp. v.21 supl.3
- 2) Roche, O., Batista, A., Meest, N., Burini, R., Laurindo, L. (2009). Sarcopenia da caquexia reumatoide: conceituação, mecanismos, consequências clínicas e tratamentos possíveis. Revista Brasileira
- 3) Bezerra, S.R., Cavalcanti, S.V., Júnior, L.F.R., (2010). Caquexia reumatoide - como diagnosticar. RBM especial clínica geral, vol. 67

Anexo 29

Sarcopenia

A sarcopenia é uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva e generalizada da massa muscular esquelética e da força com um risco de resultados adversos, tais como deficiência física, e má qualidade de vida ou até mesmo a morte. Os critérios para o diagnóstico da sarcopenia segundo EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) são a presença tanto de uma diminuição da massa muscular, como diminuição da função muscular (força ou desempenho físico). Assim, o diagnóstico da sarcopenia depende da presença de uma diminuição da massa muscular e uma diminuição da força muscular e/ou uma diminuição do desempenho físico.

Criteria for the diagnosis of sarcopenia

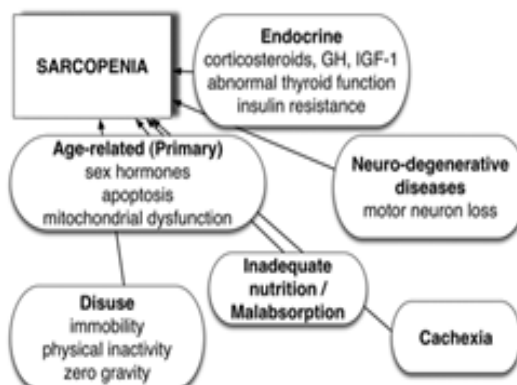
Diagnosis is based on documentation of criterion 1 plus (criterion 2 or criterion 3)

1. Low muscle mass
2. Low muscle strength
3. Low physical performance

A justificação para o uso de pelo menos dois critérios para o diagnóstico da sarcopenia é que a força muscular não depende apenas da massa muscular e que a relação entre elas não é linear. Assim, a definição de sarcopenia só em termos de massa muscular é demasiado estreita e pode ser de grande valor clínico limitado.

Mecanismos da Sarcopenia

Existem vários mecanismos que podem estar envolvidos no aparecimento e progressão da sarcopenia. Estes mecanismos envolvem, entre outros, a síntese de proteínas, a proteólise, a integridade neuromuscular e teor de gordura do músculo. Num indivíduo com sarcopenia, vários mecanismos podem estar envolvidos, e as contribuições relativas podem variar ao longo do tempo.



Categorias e estágios da doença

A Sarcopenia é uma doença com muitas causas e diferentes resultados. Enquanto a sarcopenia é observada principalmente em pessoas mais velhas, também podem desenvolver-se em jovens adultos, como é o caso dos atletas e da osteoporose. Em alguns indivíduos, uma clara e única causa pode ser identificada. Em outros casos, não há causa aparente. Assim, podem ser consideradas várias categorias de sarcopenia: sarcopenia primária e secundária. A Sarcopenia pode ser considerada "primária" (ou relacionada com a idade), quando nenhuma outra causa é evidente, mas o próprio envelhecimento, enquanto que a sarcopenia pode ser considerada "secundária" quando uma ou mais causas são evidentes.

Em pessoas mais velhas, a etiologia da sarcopenia é multi-factorial, podendo não ser possível caracterizar cada indivíduo como tendo uma condição primária ou secundária. Esta situação é consistente com o reconhecimento de sarcopenia como síndrome geriátrica multi-facetada.

Sarcopenia categories by cause

	Examples
primary sarcopenia	No other cause evident except ageing
secondary sarcopenia	Can result from bed rest, sedentary lifestyle, deconditioning or zero-gravity conditions
secondary sarcopenia	Associated with advanced organ failure (heart, lung, liver, kidney, brain), inflammatory disease, malignancy or endocrine disorders
secondary sarcopenia	Results from inadequate dietary intake of energy and/or protein, as with malabsorption, gastrointestinal disorders or medications that cause anorexia

A classificação da Sarcopenia é um conceito que reflete a gravidade da doença e que pode ajudar a orientar o estado clínico da doença. A EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) sugere uma classificação conceitual como "presarcopenia", "sarcopenia" e "sarcopenia grave". A fase presarcopenia é caracterizada por uma diminuição da massa muscular sem impacto sobre a força muscular ou desempenho físico. Sarcopenia grave é o estágio onde estão reunidos os três critérios de definição (diminuição da massa muscular, falta de força muscular e baixo desempenho físico). Reconhecendo os estágios da sarcopenia pode ajudar na escolha de tratamentos e estabelecer metas para a recuperação apropriada. Todos os estágios só podem ser identificados por técnicas onde a massa muscular é medida com precisão tendo como referência a população normal.

EWGSOP conceptual stages of sarcopenia			
Stage	Muscle mass	Muscle strength	Performance
Presarcopenia	↓		
Sarcopenia	↓	↓	Or ↓
Severe sarcopenia	↓	↓	↓

A sarcopenia e outras doenças

A Sarcopenia é destacada em outras síndromes associadas à perda de massa muscular acentuada. A principal razão para diferenciá-las é incentivar a investigação sobre os mecanismos da sarcopenia relacionados com a idade para orientar a terapia específica e adequada para cada um.

Na Caquexia

Caquexia é amplamente reconhecida em idosos que têm doenças como o cancro, cardiopatia congestiva e no estágio final da doença renal. A caquexia foi recentemente definida como uma síndrome metabólica complexa associada à doença subjacente e caracterizada pela perda de massa muscular, com ou sem perda de massa gorda. A caquexia é frequentemente associada com inflamação, resistência à insulina, anorexia e aumento da degradação de proteínas do músculo. Assim, a maioria dos indivíduos caquéticos são considerados sarcopênicos, mas a maioria dos indivíduos sarcopênicos não são considerados caquéticos. A Sarcopenia é um dos elementos de definição proposta para a caquexia.

Na Obesidade

Em condições como cancro, artrite reumatóide e no envelhecimento, a massa magra é

perdida, enquanto a massa gorda pode ser preservada ou até mesmo aumentada. Este estado é chamado obesidade sarcopênica e, portanto, a relação entre a redução de massa e força muscular relacionada com a idade é muitas vezes independente da massa corporal. Pensava-se que a perda de peso relacionada com a idade juntamente com a perda de massa muscular era o grande responsável pela fraqueza muscular em pessoas idosas. No entanto, é agora claro que as mudanças na composição do músculo também são importantes, por exemplo a infiltração de gordura no músculo, reduz a qualidade muscular e desempenho no trabalho.

Embora as mudanças de peso variem muito entre os indivíduos, certos padrões de mudança na composição corporal relacionados com a idade têm sido observados. Nos homens idosos, a percentagem de massa gorda aumenta inicialmente e depois estabiliza ou diminui. Tal mudança tem sido atribuída a um declínio acelerado da massa magra, juntamente com um aumento inicial e depois uma diminuição da massa gorda. Já as mulheres apresentam um padrão geral semelhante, há um aumento da gordura intramuscular e visceral com a idade enquanto que a gordura subcutânea diminui.

Rastreio e avaliação

O EWGSOP desenvolveu um algoritmo sugerido com base na medição da velocidade de marcha como a maneira mais fácil e confiável para diagnosticar casos de sarcopenia. Um ponto de corte de > 0,8 m/s identifica risco de sarcopenia



* Comorbidity and individual circumstances that may explain each finding must be considered
 * This algorithm can also be applied to younger individuals at risk

Suggested primary and secondary outcome domains for intervention trials in sarcopenia

Primary outcome domains

- Physical performance
- Muscle strength
- Muscle mass

Secondary outcome domains

- Activities of daily living (ADL; basic, instrumental)
- Quality of life (QoL)
- Metabolic and biochemical markers
- Markers of inflammation
- Global impression of change by subject or physician
- Falls
- Admission to nursing home or hospital
- Social support
- Mortality

Referências Bibliográficas

T. Evans, V. Maurits, Zamboni M, B. Janssen, et. al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, (2010) 39 (4): 412-423.

Anexo 30

Artrite Reumatóide



A artrite reumatóide é uma doença inflamatória sistêmica crônica. É uma doença autoimune de etiologia desconhecida que afeta principalmente as articulações flexíveis. Caracteriza-se pela inflamação sinovial articular. A inflamação recorrente e duradoura sinovial pode conduzir à deformação e destruição de cartilagem e osso, o que poderá resultar na incapacidade dos pacientes [1], podendo também afetar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo e originar as mais variadas manifestações sistêmicas. [DGS]

A artrite reumatóide ocorre principalmente entre os 30 e os 70 anos de idade e é mais frequente em mulheres do que homens. Mais de 1% da população mundial pode ser afetados pela RA. Esta doença traz grande carga fisiológica e psicológica para os pacientes. No entanto, as causas biológicas para a AR permanecem largamente desconhecidas. Apesar de ter sido suspeitado por muito tempo de agentes infecciosos, incluindo vírus, bactérias e fungos, nenhum foi provado. Estudos indicam também possíveis associações entre artrite reumatóide e os fatores ambientais, como tabagismo, deficiência de vitamina D. Acredita-se que a patogênese da AR está intimamente relacionada a fatores genéticos. Certos genes, como o antígeno leucocitário humano (HLA). [1]

A característica principal da AR é o envolvimento simétrico das pequenas e das grandes articulações, com maior frequência de envolvimento das mãos e dos pés; mais concretamente nas articulações metacarpo-falângicas, em particular 2ª e 3ª dedo de ambas as mãos, as interfalângicas proximais das mãos, e as metatarso-falângicas dos pés. Há frequentemente na artrite reumatóide atrofia muscular e, não raramente, a pele é fina e úlcera com facilidade.

Nos últimos 10 anos houve grande avanço no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da AR, com o desenvolvimento de novas classes terapêuticas e a implementação de diferentes estratégias de tratamento e de acompanhamento dos pacientes, como controle intensivo da doença e intervenção na fase inicial dos sintomas. O período inicial da doença, em especial nos primeiros 12 meses (AR inicial), é considerado uma janela de oportunidade terapêutica, ou seja, um momento em que a intervenção farmacológica rápida e efetiva podem mudar o curso da doença em longo prazo. Esses fatores resultarem num melhor controle clínico da doença, com a possibilidade de remissão sustentada da AR. Neste sentido o diagnóstico precoce da artrite reumatóide é crucial pois, existem cada vez mais evidências que o tratamento imediato leva a um melhor resultado e prognóstico. [2]

Sintomas

Nas articulações: Dor, inflamação, rubor, tumefação, rigidez matinal que dura mais de meia hora, dificuldade na mobilização. Perda de peso, cansaço intenso, anemia (número anormalmente baixo de glóbulos vermelhos) e sensação generalizada de mal-estar.

A Artrite Reumatóide pode lesar órgãos e provocar nódulos reumatóides (pequenos nódulos, duros, sob a pele). Em casos raros, a Artrite Reumatóide pode afetar também os vasos sanguíneos (artérias), o revestimento dos pulmões e do coração.

Ingestão Alimentar

Relativamente à dieta dos doentes com artrite reumatóide, esta deve ser equilibrada em proteínas, hidratos de carbono e gorduras e rica em vitaminas e minerais. O objetivo é manter o peso de acordo com o esperado para a sua altura. O excesso de peso é uma situação que provoca uma sobrecarga nas articulações, agravando as queixas e limitando a atividade física, algo que deve ser combatido diariamente.

O consumo de álcool deve ser limitado pela necessidade de utilizar medicamentos que podem em algumas situações desequilibrar a função do fígado. Assim, é preciso que o fígado se mantenha o mais saudável possível, o que se consegue com a limitação do consumo de álcool.

Nos doentes a tomar corticosteroides, a dieta deve conter pouco sal e ser rica em potássio (vegetais, laranjas e bananas), visto estes fármacos reterem o sódio no organismo e eliminarem grandes quantidades de potássio; deve também ser rica em cálcio (recomendando-se assim a ingestão de um litro de leite magro por dia).

Intervenção Nutricional

As características clínicas da artrite reumatóide justificam uma abordagem multidisciplinar na qual a intervenção nutricional está incluída, trazendo múltiplos benefícios na maioria das vezes significativos para os pacientes. Assim, a dieta e determinados fatores nutricionais desempenham um papel crucial, na medida em que influenciam o metabolismo celular interferindo no processo inflamatório patológico, ajudando na gestão de alguns dos

sintomas da doença tais como a dor, inchaço nas articulações, rigidez e incapacidade associada à progressão da doença e atuando também como coadjuvante no seu tratamento [5].

A relação mais importante entre dieta e a artrite reumatóide é o peso, uma vez que o excesso de peso é prejudicial para a saúde das articulações podendo assim aumentar a dor, rigidez e inchaço das articulações. Para além disso, na artrite reumatóide existe também um aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares [6].

Assim, com o objetivo da manutenção de um peso saudável, do fortalecimento dos ossos e das articulações, da redução do estado de inflamação, da redução dos níveis de colesterol LDL e do aumento dos níveis de colesterol HDL e consequentemente a diminuição do risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, é recomendado principalmente o aumento no consumo de frutas, vegetais, alimentos ricos em cálcio, ómega-3 e ómega-6, pois desempenham um papel protetor contra as doenças cardiovasculares e na inflamação [6].

Por outro lado, a carne vermelha, o café e o álcool não são recomendados na artrite reumatóide [6].

Embora não exista uma "dieta" específica para a artrite reumatóide existem muitos alimentos benéficos que podem ajudar no controlo e na redução da inflamação causada pela doença e muitos destes alimentos fazem parte da dieta mediterrânea [7].

A Dieta Mediterrânea é caracterizada pela abundância de alimentos de origem vegetal, como o pão, massas, arroz, hortaliças, legumes, fruta fresca e frutos oleaginosos, utilização do azeite como principal fonte de gordura, consumo moderado de pescado, aves, laticínios e ovos, consumo de pequenas quantidades de carnes vermelhas e ingestão moderada de vinho, geralmente durante as refeições. A sua importância na artrite reumatóide não se limita ao facto de se tratar de uma dieta equilibrada, variada e com nutrientes adequados, mas também aos benefícios seu baixo teor de ácidos gordos saturados e alto teor em monoinsaturados e polinsaturados, assim como hidratos de carbono complexos, fibra alimentar, e a sua riqueza em antioxidantes [7].

Ómega-3

Uma dieta rica em ómega-3 (ácido α -linoléico) contém altos níveis de ácido eicosapentaenóico (EPA) e docosahexaenóico (DHA) que contém propriedades anti-inflamatórias, diminuindo a proteína C-reativa (PCR) e interleucina-6, duas proteínas inflamatórias, o que influencia significativamente a regulação da resposta inflamatória ocorrendo a diminuição da sintomatologia associada à doença [6].

Sintomas

Nas articulações: Dor, inflamação, rubor, tumefação, rigidez matinal que dura mais de meia hora, dificuldade na mobilização. Perda de peso, cansaço intenso, anemia (número anormalmente baixo de glóbulos vermelhos) e sensação generalizada de mal-estar.

A Artrite Reumatóide pode lesar órgãos e provocar nódulos reumatóides (pequenos nódulos, duros, sob a pele). Em casos raros, a Artrite Reumatóide pode afetar também os vasos sanguíneos (artérias), o revestimento dos pulmões e do coração.

Ingestão Alimentar

Relativamente à dieta dos doentes com artrite reumatóide, esta deve ser equilibrada em proteínas, hidratos de carbono e gorduras e rica em vitaminas e minerais. O objetivo é manter o peso de acordo com o esperado para a sua altura. O excesso de peso é uma situação que provoca uma sobrecarga nas articulações, agravando as queixas e limitando a atividade física, algo que deve ser combatido diariamente.

O consumo de álcool deve ser limitado pela necessidade de utilizar medicamentos que podem em algumas situações desequilibrar a função do fígado. Assim, é preciso que o fígado se mantenha o mais saudável possível, o que se consegue com a limitação do consumo de álcool.

Nos doentes a tomar corticosteróides, a dieta deve conter pouco sal e ser rica em potássio (vegetais, laranjas e bananas), visto estes fármacos reterem o sódio no organismo e eliminarem grandes quantidades de potássio; deve também ser rica em cálcio (recomendando-se assim a ingestão de um litro de leite magro por dia).

Intervenção Nutricional

As características clínicas da artrite reumatóide justificam uma abordagem multidisciplinar na qual a intervenção nutricional está incluída, trazendo múltiplos benefícios na maioria das vezes significativos para os pacientes. Assim, a dieta e determinados fatores nutricionais desempenham um papel crucial, na medida em que influenciam o metabolismo celular interferindo no processo inflamatório patológico, ajudando na gestão de alguns dos

2

3

Na artrite reumatóide existe um aumento do risco de desenvolver osteoporose, sendo assim importante assegurar o fortalecimento dos ossos e das articulações através de ingestão adequada de cálcio [7].

As principais fontes alimentares de cálcio são os laticínios, ovos, amêndoas, aveiãs, nozes, sardinhas, vegetais de folhas verdes escuras, bebidas e cereais fortificados [7].

É importante não só optar pelas variedades magras que contêm quantidades mais baixas de gordura, de forma a reduzir a ingestão de gordura saturada, como também evitar o consumo de cálcio e alimentos ricos em vitamina D, óleo de fígado de bacalhau, salmão, arenque, atum, sardinhas, fígado, gema de ovo, manteiga, uma vez que auxiliam a sua absorção [7].

Alimentos não recomendados

Alimentos ricos em gorduras saturadas, pois aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, os alimentos ricos em açúcar, uma vez que agravam o estado de inflamação e alimentos ricos em sal, pois para além de aumentarem o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, provocam ainda a retenção de líquidos, o que já um fator comum em doentes com artrite reumatóide devido ao tratamento farmacológico [8].

As bebidas alcoólicas devem ser também limitadas, pelo que interferem com o tratamento farmacológico. [8].

Bibliografia

1. Functional Annotation of Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis Associated Genes by Integrative Genome-Wide Gene Expression Profiling Analysis
2. The Role of Bone Scintigraphy in the Diagnosis of Rheumatoid Arthritis According to the 2010 ACR/EULAR Classification Criteria
3. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide
4. www.spreumatologia.pt/doencas/artrite-reumatoide
5. Cernadas L; Romero B; Costa L. Importance of nutritional treatment in the inflammatory process of rheumatoid arthritis patients: a review. *Aula Médica*. 2014; 29 (2): 237-45.
6. Vitetta L et al. Dietary recommendations for patients with rheumatoid arthritis: a review. *Nutrition and Dietary Supplements*. 2012; 4: 1-15.
7. The British Dietetic Association. Diet and Rheumatoid Arthritis. *Food Fact Sheet*. 2012.
8. Arthritis Foundation. The Ultimate Arthritis Diet. Disponível on-line em: <http://www.arthritis.org/tools-and-resources/slideshows/anti-inflammatory-diet-2.php>. Último acesso em 27-02-2014.

Gilda Brandão, nº201092225
Cara Marcolino, nº 200992142

Anexo 31



Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international cross-sectional study

Resumo

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença autoimune inflamatória crónica, cuja principal característica é a inflamação das articulações, embora outros órgãos também possam estar comprometidos. O tratamento adequado e precoce pode prevenir a ocorrência de deformidades e melhorar a qualidade de vida dos doentes. O prognóstico a longo prazo da artrite reumatóide melhorou drasticamente após a introdução de medicamentos altamente eficazes e de um acompanhamento atento e ajuste regular do tratamento. No entanto, as comorbidades associadas a esta doença, tais como doenças cardiovasculares, infeções e cancro, podem reduzir o tempo de vida do paciente, uma vez que a taxa de mortalidade elevada parece ser a consequência das comorbidades associadas. Embora que algumas destas comorbidades mais frequentemente observadas sejam devidas aos medicamentos com as quais são tratadas, aos fatores de risco a que se expõem e devido à inflamação crónica ativa.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo foi avaliar e demonstrar a variação internacional na deteção, gestão e prevenção de comorbidades entre os pacientes com artrite reumatóide, avaliando assim a variabilidade na prevalência de comorbidades e fatores de risco entre várias países e a possível existência de uma disparidade entre as recomendações nacionais existentes e as ações implementadas na prática clínica diária para detetar e prevenir o desenvolvimento dessas comorbidades.

Métodos: foi feito um estudo transversal, observacional, multicêntrico e internacional com vários investigadores reumatologistas de cada país. Os investigadores de cada país participante para se inscreverem tinham de ter pelo menos 200 pacientes. Os pacientes com artrite reumatóide tinham de ter pelo menos 18 anos completos em 1997 e serem capazes de compreender e preencher os questionários que foram administrados. O método utilizado para a recolha dos dados foi um relatório dividido em quatro categorias, formato especificamente criado para este estudo, no qual a informação respeitante a cada paciente foi recolhida por um investigador durante uma entrevista, cara a cara numa visita empenhada.



Resultados: O estudo demonstrou que em pacientes com artrite reumatóide existe uma grande variabilidade internacional na prevalência das comorbidades que foram avaliadas. A Depressão (sintomas passados ou atuais) foi a comorbidade mais comumente observada (média de 15,0%, IC de 13,8% para 16,1% a 95%), no entanto, a prevalência de depressão varia amplamente entre países (de 2% em Marrocos a 35 % nos EUA). A prevalência geral de úlcera gástrico-intestinal foi de 10,8 % (IC de 9,8% para 11,8%, 95%). As doenças cardiovasculares (enfarte do miocárdio ou AVC) também são bastante prevalentes, em 8,0% (IC de 5,1% para 8,8 % a 95%) dos pacientes. O cancro (geral e do peito), doenças infecciosas (hepatite B e C) e doenças pulmonares (asma) também foram bastante prevalentes. Os fatores de risco mais prevalentes (30-50%) foram aqueles que contribuem para as doenças cardiovasculares, como o aumento do risco cardiovascular (42,8%, IC 41,2% para 44,5% a 95%), hipertensão (40,4%, IC 38,9% para 41,9% a 95%) e hipercolesterolemia (31,7%, IC 30,3% para 33,2% a 95%). Tal como acontece com a prevalência de comorbidades, houve variabilidade internacional considerável na prevalência de fatores de risco.

Conclusão: Este estudo não só confirma a elevada prevalência de comorbidades entre os pacientes com artrite reumatóide, como também a significativa variabilidade internacional na prevalência destas comorbidades, demonstrando assim que, neste momento, a gestão, a monitorização e a prevenção de comorbidades em pacientes com artrite reumatóide está longe de ser ideal. Para além disso, demonstra que o cumprimento das estratégias recomendadas está longe de ser perfeito e que esta varia significativamente entre os países.

23 de Outubro de 2013

Gilda Brandão, nº 201092223
Carla Marcelino, nº 200992142

Anexo 32

<p>Universidade Atlântica Ciências da Nutrição Estágio Profissionalizante II</p>  <h1 data-bbox="300 633 596 797">Diets da Moda</h1>  <p>Orientadora: Dr^a Rita Fernandes Estagiária: Gilda Brandão nº 201092223</p> <p>28 de Abril de 2014</p>	<p style="text-align: right;">Diets da Moda</p> <h2 data-bbox="1157 483 1230 517">Índice</h2> <table border="0"><tr><td>Introdução</td><td>3</td></tr><tr><td>Diets da Moda</td><td>5</td></tr><tr><td>Diets Hiperproteicas</td><td>6</td></tr><tr><td>Dieta Dukan</td><td>7</td></tr><tr><td>Dieta de Atkins</td><td>10</td></tr><tr><td>Dieta South Beach</td><td>13</td></tr><tr><td>Dieta das 3 Horas</td><td>16</td></tr><tr><td>Dieta dos 17 Dias</td><td>19</td></tr><tr><td>Dieta do Arroz</td><td>23</td></tr><tr><td>Dieta do PH</td><td>26</td></tr><tr><td>Dieta da Pirâmide</td><td>28</td></tr><tr><td>Dieta das Frutas</td><td>31</td></tr><tr><td>Dieta Paleolítica</td><td>33</td></tr><tr><td>Conclusão</td><td>37</td></tr><tr><td>Referências Bibliográficas</td><td>39</td></tr></table>	Introdução	3	Diets da Moda	5	Diets Hiperproteicas	6	Dieta Dukan	7	Dieta de Atkins	10	Dieta South Beach	13	Dieta das 3 Horas	16	Dieta dos 17 Dias	19	Dieta do Arroz	23	Dieta do PH	26	Dieta da Pirâmide	28	Dieta das Frutas	31	Dieta Paleolítica	33	Conclusão	37	Referências Bibliográficas	39
Introdução	3																														
Diets da Moda	5																														
Diets Hiperproteicas	6																														
Dieta Dukan	7																														
Dieta de Atkins	10																														
Dieta South Beach	13																														
Dieta das 3 Horas	16																														
Dieta dos 17 Dias	19																														
Dieta do Arroz	23																														
Dieta do PH	26																														
Dieta da Pirâmide	28																														
Dieta das Frutas	31																														
Dieta Paleolítica	33																														
Conclusão	37																														
Referências Bibliográficas	39																														

Introdução

A imagem corporal é a figura que o ser humano forma do seu próprio corpo na sua mente. Os padrões da nossa sociedade estão de acordo com a pressão social decorrente da representação social moderna, que associa o corpo esbelto e magro à saúde, ao sucesso e ao poder.

A sociedade ainda hoje valoriza a atratividade e a magreza, que faz do excesso de peso uma condição altamente estigmatizada e rejeitada. O medo de ganhar peso faz com que as mulheres e os homens muitas vezes controlem neuroticamente o seu peso corporal, o que os tem levado à procura do corpo perfeito por meio de práticas populares de perda de peso rápida e fácil, métodos ou dietas de emagrecimento milagroso, a prática exaustiva de exercício físico e ainda o uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e outras substâncias que ajudem na perda de peso.

Assim, na tentativa de redução e controlo do peso, nos últimos anos, tem havido uma crescente procura de dietas ou métodos de emagrecimento e por isso têm surgido uma multiplicidade de padrões de comportamento alimentar não usuais, populares e temporárias, que promovem resultados rápidos e atraentes, como dietas que prometem a perda de vários quilos em pouco tempo, e que são adotados entusiasmaticamente pelos seus seguidores, mas que não carecem de qualquer tipo de fundamento científico. No entanto, muitas das dietas de moda são descontroladas e frequentemente desprovidas de aconselhamento e acompanhamento de um profissional de saúde competente, podendo ser lesivas para a saúde. Estas dietas normalmente são demasiado restritivas, reduzindo drasticamente ou mesmo retirando alimentos ou nutrientes importantes da alimentação diária, como os alimentos ricos em hidratos de carbono, principal fonte de energia para o organismo, pelo que essa carência se fará notar no seu funcionamento. Para além disso, poderá ainda haver juntamente com a dieta a toma de suplementos alimentares e/ou medicamentos para perda de peso sem a prescrição e monitorização de um profissional competente, o que poderá ainda trazer mais consequências nefastas. Todas estas situações produzem um desequilíbrio no organismo, baixando o metabolismo basal, tornando-se assim cada vez mais complicado emagrecer. Por outro lado, outras situações podem ocorrer, sendo até por vezes irreversíveis, tais como, problemas na tireóide, renais, hepáticos, fadiga, falta de concentração, entre outras. Dada a restrição exigida por estas dietas, pouco tempo depois há tendência para abandonar o plano e regressar aos hábitos alimentares anteriores, havendo a possibilidade de um aumento de peso igual ou superior ao perdido.

Ainda assim, o principal problema destas dietas passa por não visar a adoção de hábitos alimentares saudáveis adaptados para cada indivíduo e aconselhados por um Nutricionista, recorrendo-se antes à dieta do vizinho ou à que vinha numa dada revista ou livro. É importante ter em conta que para delinear um plano de emagrecimento coerente e com efeitos duradouros, é necessário pensá-lo e estruturá-lo corretamente e de forma individual.

Dietas da Moda

Nos últimos anos, o uso de dietas de alto teor proteico (como é o caso da dieta Dukan) está a ganhar cada vez mais popularidade entre a população em geral e têm sido consideradas eficazes na redução do peso. Este tipo de dieta caracteriza-se (por norma) pela elevada concentração de proteína, lípidos e baixa concentração de hidratos de carbono.

Na verdade, as dietas hiperproteicas estão a ser cada vez mais recomendadas como uma das estratégias de manejo para o controle de peso em indivíduos com sobrepeso e obesidade. As dietas ricas em proteínas parecem reduzir o apetite, a ingestão de energia, o peso corporal, e a deposição de gordura ao mesmo tempo que melhoram o perfil lipídico.

No entanto a rápida perda de peso inicial significa uma perda de fluidos e não de gordura, devido à exclusão inicial de Hidratos de Carbono e do seu baixo consumo nas restantes fases da dieta, que faz com que o organismo comece a utilizar as suas reservas internas de hidratos de carbono, o glicogénio. O glicogénio está ligado à água, que é perdida para a utilização das reservas. Isto significa que a drástica perda de peso inicial que ocorre quando se inicia uma dieta pobre em hidratos de carbono é devido, em grande parte, à perda de água, e não de gordura.

Quando a gordura começa a ser utilizada, na ausência dos hidratos de carbono, o corpo produz corpos cetónicos, que normalmente são eliminados através da urina. Outra desvantagem desta dieta é então a produção de corpos cetónicos, pois as reservas de glicogénio esgotam-se e o organismo começa a utilizar a gordura e o tecido muscular para obter energia. Caso os níveis de corpos cetónicos comecem a ser muito elevados, acumulam-se no sangue e podem ser perceptíveis através do hálito semelhante a verniz para as unhas. Este estado de cetose pode conduzir a náuseas, fadiga, tonturas e desidratação.

A ingestão diária de proteína varia entre 1,5 até 2,5 grama por quilo de peso corporal, sendo que numa dieta normoproteica a ingestão diária recomendada varia entre 0,8 grama por quilo de peso corporal, para além maior parte da proteína ingerida é, geralmente, de origem animal, podendo ser considerada outro dos contras nesta dieta.

Uma dieta com alto teor de proteína é especialmente recomendada para os atletas durante a construção da massa muscular, bem como para pessoas com processos de doença crónica, e é muitas vezes utilizada para a perda peso como é o caso da dieta Dukan. No entanto, o elevado teor de proteína na dieta pode ter uma sobrecarga significativa para os rins, fígado e pâncreas juntamente com o aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares (aterosclerose,

enfarte do miocárdio, AVC), uma vez que a quantidade de gordura saturada e colesterol ingerido também é muito elevada nestes tipos de dieta.

Noutra perspetiva, as dietas ricas em proteína e pobres em hidratos de carbono podem ser nutricionalmente aceitáveis caso a proteína seja principalmente de origem vegetal e os hidratos de carbono restringidos sejam principalmente os simples e refinados, no entanto o público em geral nem sempre reconhece e age conforme estas recomendações.

Dieta Dukan

A Dieta Dukan, também conhecida como Dieta Francesa, foi criada há 10 anos pelo nutricionista francês Pierre Dukan. É uma dieta na qual há uma redução drástica do consumo de hidratos de carbono dando assim prioridade às proteínas e às gorduras.

A Dieta Dukan é dividida em quatro fases, denominadas de Fase de Ataque, Fase de Cruzeiro, Fase de Consolidação e Fase de Estabilização Permanente.

Fase de Ataque - tem uma duração de 1 a 10 dias e representa a fase mais radical da dieta, em que são permitidos apenas alimentos cuja composição é principalmente proteica, sendo por isso acentuada a rápida perda de peso nesta fase. Nesta fase os alimentos permitidos são as carnes magras, fígado, aves, peito de peru ou frango, frutos do mar, lagurtes, queijos, leite desnatado, ovos, entre outros.

Fase de Cruzeiro - dura uma semana por cada quilo perdido e são permitidos legumes como o pepino, beringela, tomate, rabanete, palmito, couve, alho, cogumelos escarola, espinafre, repolho, alho, abobrinha e vegetais folhosos, que são gradualmente adicionados, possibilitando alternar os dias de consumo isolado de proteínas com o consumo de proteína e vegetais permitidos. É ainda recomendado o consumo de no mínimo 1,5 litros de água por dia e manter esta fase até se atingir o peso desejado.

Fase de Consolidação: A Fase de Consolidação tem como objetivo inserir outros alimentos e evitar o ganho de peso, que comumente acontece após a rápida perda de peso. Tem a duração de 10 dias para cada quilo perdido nas fases anteriores. É ainda introduzida uma porção de pão integral, uma de frutas e uma de queijo, bem como duas porções semanais de cereais.

Fase de Estabilização Permanente: é recomendado ser seguida durante toda a vida, como forma de manter o peso atingido. Esta fase é baseada em 3 regras básicas: a Fase de Ataque deve ser repetida uma vez por semana, a prática de atividade física deve ser mantida e o consumo de 3 colheres de aveia por dia.

Vantagens

- Preserva a massa muscular;
- Não há restrição na quantidade de alimentos ingeridos, evitando, assim, o aumento de apetite, voracidade e compulsão alimentar, ansiedade, e a frustração;

7

- Rápida perda de peso, dando mais motivação;
- Grande incentivo à prática regular de exercício físico;
- Acompanhamento virtual, através de coaching na internet;
- Promove a sensação de saciedade, devido ao elevado consumo de proteínas;
- Pode ser uma alternativa para quem deseja perder peso de forma rápida;
- Nas últimas fases da dieta é permitido cometer pequenos erros alimentares, ou seja, permite comer alimentos menos saudáveis e que não são aconselhados ao longo da dieta, fazendo assim com que não se desista tão facilmente de continuar a dieta;
- A curto prazo pode resultar numa melhoria da sensibilidade à insulina;

Desvantagens

- Elevado risco de ocorrer uma recuperação rápida de grande parte do peso perdido;
- Inicialmente a rápida perda de peso significa uma perda de fluidos e não de gordura, devido à exclusão inicial de Hidratos de Carbono e do seu baixo consumo nas restantes fases da dieta;
- Produção de corpos cetónicos, o que pode originar a náuseas, fadiga, tonturas, desidratação;
- Consumo elevado de gorduras, sobretudo saturadas, o que contribui para um aumento dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e TG;
- O excesso no consumo de proteínas pode ocasionar um encargo significativo para os rins, fígado e pâncreas;
- O desconforto gástrico é também outra das desvantagens desta dieta, podendo estar relacionado com o processo de digestão de proteínas e gorduras, uma vez que os alimentos ricos nesses nutrientes apresentam uma digestão mais complexa, favorecendo o desconforto gástrico;
- Apesar das recomendações sugeridas na última fase, a Dieta Dukan não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada, portanto não há mudança de hábitos alimentares e consequentemente não há reeducação alimentar, dificultando assim a manutenção do peso.
- Devido às restrições energéticas e de nutrientes pode provocar algumas carências de vitaminas, fibras, minerais e ácidos gordos insaturados;
- Pobre em fibras, podendo provocar obstipação;
- Restringe muitos legumes e todas as frutas em algumas fases da dieta;

8

- É dispendiosa;
- Falta de diversificação nas escolhas alimentares permitidas, podendo haver repetição frequente de menus, sendo assim uma das principais razões para que se torne cada vez mais difícil o cumprimento da dieta a longo prazo levando assim à sua desistência;
- Não é fácil de seguir fora de casa;
- Maioritariamente constituída por produtos de origem animal;
- Baixo sucesso da dieta devido à falta de adesão a longo prazo;
- Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos;
- Não estabelece as quantidades permitidas;
- Dificulta a realização de qualquer tipo de exercício físico;
- Durante todas as fases da dieta, a recomendação é de se pesar pelo menos uma vez por dia, para ter o controlo de peso perdido ou adquirido, e como nem todos emagrecem ao mesmo ritmo durante um longo período, a pesagem diária sem percepção dos resultados significativos pode gerar ansiedade e stress, que podem levar à sua desistência, exagero alimentar e ganho de peso;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde.

Dieta Atkins

A dieta proposta pelo Dr. Atkins consiste numa dieta hipocalórica e cetogénica não tendo por isso limitações no consumo de lípidos e de proteínas. Tem como princípio limitar o consumo de hidratos de carbono, uma vez que são a principal fonte de energia e que ao restringir ou diminuir o seu consumo faz com que o nosso corpo utilize outros nutrientes como principal fonte de energia, proporcionando assim a perda de peso. A dieta é composta por três fases, a dieta de indução, geralmente com uma perda de peso excessiva, a dieta permanente e a dieta de manutenção.

Nestas fases o que se altera são as quantidades de hidratos de carbono consumidas. Inicialmente, faz-se uma restrição diária severa de hidratos de carbono, sendo permitido apenas 15 a 20g. Depois de perder demasiado peso num curto período de tempo, há uma perda contínua ou permanente de peso. Em seguida, entra-se na fase de pré-manutenção e finalmente, a manutenção.

Fases da Dieta

Indução: É a primeira fase e é considerada a mais restritiva, onde é permitida a ingestão de poucos ou nenhuns hidratos de carbono. A quantidade limite é de apenas 20 gramas por dia. Nesta fase são permitidos carnes, queijos e outros produtos ricos em gordura. A perda de peso aproximada de 3 a 4 quilos.

Perda de peso: Permite adicionar alguns hidratos de carbono na dieta, cerca de 5 g, tendo como objetivo determinar qual a quantidade máxima de hidratos de carbono que faz com que haja ainda perda peso.

Pré-manutenção: Nesta fase a ingestão de hidratos de carbono pode ser aumentada até a quantidade que interrompa a perda de peso, estabelecendo assim a quantidade de hidratos de carbono que deve ser ingerida por dia, para além disso podem ser acrescentados hidratos de carbono que não eram permitidos nas fases anteriores.

Período de manutenção: A última fase permite que selecionar uma extensa variedade de alimentos, limitando ainda o consumo de hidratos de carbono à quantidade estabelecida na fase anterior. Possibilita ainda voltar às fases anteriores caso seja necessário perder peso.

Diets da Moda

Vantagens

- Os resultados do peso perdido inicialmente incentivam a continuar a seguir a dieta;
- Permite um consumo limitado de proteínas e gorduras, como manteigas, assim como de carne, peixe, ovos e produtos lácteos;
- Exerce um papel importante na saciedade, devido ao aumento dos corpos cetónicos que contribuem para a inibição do apetite, assim como a própria natureza hiperprotéica deste regime, conduzindo à redução espontânea do consumo alimentar.

Desvantagens

- Muito restrita na quantidade e na qualidade de HC que podem ser consumidos;
- Pode ocorrer exagero no consumo de alimentos permitidos;
- Elevado risco de ocorrer uma recuperação rápida de grande parte do peso perdido;
- A dieta permite apenas pequenas quantidades de ingestão de legumes e especialmente das frutas que possam conter quantidades significativas de amido ou açúcar;
- O excesso no consumo de proteínas pode ocasionar um encargo significativo para os rins, fígado e pâncreas;
- Pobre em fibras, podendo provocar obstipação;
- Consumo elevado de gorduras, sobretudo saturadas, o que contribui para um aumento dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e TG;
- Não conduz a uma perda de peso adicional a longo prazo;
- Não deve ser seguida por longos períodos de tempo, devido às consequências nefastas que poderá trazer para a saúde;
- O desconforto gástrico é também outra das desvantagens desta dieta, podendo estar relacionado com o processo de digestão de proteínas e gorduras, uma vez que os alimentos ricos nesses nutrientes apresentam uma digestão mais complexa, favorecendo o desconforto gástrico;
- Pode provocar algumas carências de vitaminas, fibras, minerais e ácidos gordos insaturados, devido às restrições energéticas e de nutrientes;
- Diminuição da taxa metabólica basal dificultando a manutenção do peso e promovendo o seu aumento após a dieta, mesmo com a restrição alimentar imposta;

11

Diets da Moda

- Inicialmente a rápida perda de peso significa uma perda de fluidos e não de gordura, devido à exclusão inicial de Hidratos de Carbono e do seu baixo consumo nas restantes fases da dieta;
- Produção de corpos cetónicos, o que pode originar náuseas, fadiga, tonturas, desidratação;
- De um ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável, excluindo os alimentos ricos em hidratos de carbono;
- Baixo sucesso da dieta devido à falta de adesão a longo prazo;
- Apesar de algumas recomendações saudáveis, não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada, portanto não há mudança de hábitos alimentares e consequentemente não há reeducação alimentar, dificultando assim a manutenção do peso;
- Falta de diversificação nas escolhas alimentares permitidas, podendo haver repetição frequente de menus, sendo assim uma das principais razões para que se torne cada vez mais difícil o cumprimento da dieta a longo prazo levando assim à sua desistência;
- Não é fácil de seguir fora de casa;
- Não estabelece as quantidades permitidas;
- Risco de confundir os alimentos permitidos e proibidos em cada fase da dieta;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde.

12

Dieta South Beach

A dieta de South Beach surgiu no sul da Flórida e foi desenvolvida pelo cardiologista Arthur Agatston com o objetivo de reduzir os níveis de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridos.

Além da diminuição destes marcadores do perfil lipídico, nesta dieta verificou-se ainda uma redução de peso, motivo pela qual passou a ser utilizada também com objetivo de emagrecimento.

É constituída por três fases:

Fase 1: Esta etapa dura 2 semanas e grande parte dos hidratos de carbono são restringidos. É possível eliminar até 5 kg neste período. Segundo os conceitos desta dieta, os hidratos de carbono são retirados da alimentação para alterar o metabolismo. O organismo passa a libertar gradualmente insulina, diminuindo a fome e a vontade de consumir doces. Nesta fase é permitido o consumo de carnes magras, de carnes bovina e suína, aves sem pele, pescado magro, frutos do mar, ovos, leite e derivados desnatados, saladas, legumes, leguminosas e óleos vegetais. É necessário limitar a ingestão de doces até 75 calorias diárias. As bebidas alcoólicas, frutas e sumos em geral, a batata, mandioca, inhame, cenoura, beterraba, cereais (milho, pão, macarrão, arroz) e queijos gordurosos são proibidos.

Fase 2: São reintroduzidos na dieta alguns tipos de hidratos de carbono assim como frutas. Esta etapa deve ser mantida até atingir o peso pretendido. É permitido o consumo de todos os alimentos da fase 1, e são introduzidos os seguintes alimentos: frutas (maçã, banana, uva, manga, laranja, pêsego, ameixa, morango, melão, kiwi e pêra), legumes (cenoura e batata doce), cereais integrais (arroz integral, massa integral, pão integral), alimentos à base de soja, chocolate amargo e melo amargo, vinho tinto. A Beterraba, batata, milho, cereais refinados (arroz branco, pão branco), frutas como abacaxi, melancia, uvas passas e sucos industrializados continuam ainda a ser proibidos nesta fase.

Fase 3: Visa manter os hábitos alimentares das fases anteriores e deve ser seguida por toda a vida, embora seja uma etapa mais tranquila e todos os alimentos são livres. Às vezes pode-se exagerar e compensar, não fazendo disso uma regra. Se ocorrer um aumento significativo de peso, é só retornar a primeira fase por 1 ou 2 semanas, para voltar ao peso normal.

Vantagens

- Não há limitação na quantidade de alimentos a serem consumidos podendo ser um incentivo para seguir e cumprir a dieta;
- Apela ao consumo de alimentos saudáveis e equilibrados o que poderá também evitar alguns défices em vitaminas e minerais;
- Apenas restringe em grande parte o consumo de hidratos de carbono na primeira fase da dieta;
- Rápida perda de peso na primeira fase, sendo uma alternativa para quem deseja perder peso rapidamente e um incentivo a continuar a dieta.

Desvantagens

- É restrita em relação ao consumo de alguns alimentos saudáveis;
- Inicialmente a rápida perda de peso significa uma perda de fluídos e não de gordura, devido à exclusão inicial de hidratos de carbono e do seu baixo consumo nas restantes fases da dieta;
- Sempre que se recuperar o peso é necessário retornar à fase mais rígida da dieta, a primeira, o que pode levar a exageros alimentares uma vez que há maneira de compensar o ganho de peso;
- O elevado teor em proteínas da dieta pode ocasionar uma sobrecarga renal;
- Pode provocar algumas carências de vitaminas, fibras, minerais, devido às restrições energéticas e de nutrientes;
- Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos;
- Do ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável, excluindo os alimentos ricos em hidratos de carbono;
- Rico de confundir os alimentos permitidos e proibidos em cada fase da dieta
- Não estabelece as quantidades permitidas;
- Permite comer um doce todos os dias;
- Apesar de algumas recomendações saudáveis, não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada, portanto não há mudança de hábitos alimentares e consequentemente não há reeducação alimentar, dificultando assim a manutenção do peso;

- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação.

Dieta das 3 Horas

Esta dieta foi criada pelo norte-americano Jorge Cruise, a Dieta das 3 horas propõe um programa alimentar para perda de peso que consiste em evitar longos períodos de jejum, impondo a realização de uma refeição a cada três horas, sem limitar o consumo de nenhum alimento.

Segundo o autor ao manter a regularidade no horário das refeições, fracionando a alimentação é possível evitar que o organismo armazene energia em forma de gordura a fim de se proteger.

O autor afirma ainda que a duração do processo de digestão dos alimentos é de cerca de três horas, portanto ao realizar uma nova refeição nesse período estamos a forçar o nosso corpo a reiniciar o processo de digestão e assim aumentar o metabolismo e consequentemente o gasto calórico e a perda de peso. Outro benefício metabólico relacionado à dieta é ingerir alimentos de três em três horas e assim prevenir os picos de glicemia e os picos de cortisol.

A permissão de grupos alimentares, como alimentos proteicos ou fontes de hidratos de carbono é apontada pelo autor como uma vantagem da Dieta das 3 Horas em relação a outras dietas.

Algumas recomendações relacionadas com o controlo da alimentação são também transmitidas aos que pretendem seguir esta dieta, sendo que para evitar esquecimentos que possam comprometer a principal regra da dieta, ou seja, realizar uma refeição a cada três horas, recomenda-se a anotação de todos os horários das refeições realizadas ao longo do dia, bem como a programação do alarme do telemóvel ou relógio para avisar quando é o momento que têm que ingerir novamente um alimento.

Nesta dieta é também sugerida a prática de atividade física afirmando que assim é possível favorecer o desenvolvimento muscular e acelerar a perda de peso.

A dieta promete a perda de 1kg por semana, embora haja uma perda de peso acrescida quando associada à prática regular de atividade física.

Vantagens

- Favorece o metabolismo, uma vez que nunca se está mais de três horas sem comer;

Diets da Moda

- Não impede de seguir as recomendações de uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada;
- Há a possibilidade de escolher uma grande variedade de alimentos para a composição da ementa;
- É fácil de seguir mesmo fora de casa;
- Evita hábitos alimentares atualmente muito comuns entre a população como o saltar de refeições, principalmente o pequeno-almoço, realizar apenas três refeições ao dia permanecendo longos períodos em jejum, substituir refeições completas por lanches e petiscar alimentos ao longo do dia que não contribuem para o ganho de peso;
- Recomenda a anotação de todos os horários das refeições realizadas ao longo do dia, bem como a programação do alarme do relógio para evitar a omissão de refeições;
- Não é restrita em relação ao consumo de alimentos saudáveis;
- Não se torna difícil de cumprir a longo prazo;
- Não há risco de confundir alimentos proibidos e alimentos permitidos;
- Não incentiva ao consumo de alimentos que não são benéficos para a saúde;
- Não incentiva à exclusão de alimentos benéficos para a saúde;
- Incentiva à prática de atividade física;
- Previne os picos de glicémia e os picos de cortisol.

Desvantagens

- Não estabelece as quantidades permitidas;
- Não é composta por etapas;
- Não estabelece o tipo de alimentos que podem ser consumidos, nem mesmo quais os alimentos que se podem privilegiar;
- Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos;
- É provável exceder o valor calórico aceitável de forma a perder peso, principalmente 1 kg de peso por semana como promete a dieta;
- Há a possibilidade de a cada três horas consumir os alimentos preferidos, que podem ser bastante calóricos, comprometendo assim a perda de peso;
- O tempo de digestão dos nutrientes não é o mesmo para todos os alimentos e preparações, podendo acarretar assim uma sobreposição de refeições que também poderá comprometer o emagrecimento;

17

Diets da Moda

- Existe a possibilidade de esquecimento de comer de três em três horas, caso não haja a programação prévia do aviso;
- A necessidade de controlar rigorosamente o horário de cada refeição pode-se tornar o acompanhamento da dieta algo maçante e complexo, impedindo sua adesão, em especial por aqueles que tem uma rotina atribulada e não dispõem de muito tempo;
- Não incentiva ao consumo de alguns alimentos benéficos para a saúde;
- Não incentiva à restrição de alimentos menos benéficos para a saúde;
- Não incentiva a seguir uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada, pelo que não há reeducação alimentar;
- Apenas tem uma regra para ser seguida, podendo tornar-se monótona;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação.

18

Dieta dos 17 Dias

A Dieta dos 17 Dias foi criada pelo médico norte-americano Mike Moreno e divulgada na publicação do seu livro. O conceito principal da dieta é impedir que o metabolismo se adapte às calorias consumidas, por isso a dieta é dividida em 4 Ciclos de 17 dias cada, nos quais a quantidade de calorias e alimentos ingeridos mudam. Nesta dieta é recomendado o consumo de fibras e de alimentos termogénicos.

Os 17 dias de cada ciclo são considerados pelo autor da dieta como o tempo ideal para que ocorra a adaptação e adoção de novos hábitos alimentares.

No início do programa o foco são os hidratos de carbono que devem ser provenientes de frutas, legumes e verduras, e consumidos com carnes magras e gorduras monoinsaturadas e poliinsaturadas. A quantidade desses alimentos também deve ser modificada a cada ciclo, para se estimular o metabolismo e assim queimar calorias.

A prática diária de atividade física aeróbica é outra recomendação do autor da Dieta para potenciar a perda de peso, contudo nos dois primeiros ciclos em que os hidratos de carbono estão reduzidos, a duração dos exercícios não deve exceder 17 minutos. Já nos ciclos seguintes a duração pode ultrapassar os 45 minutos diários, pois a quantidade de hidratos de carbono da dieta aumenta.

Segundo a Dieta dos 17 dias, é possível passar para a fase de manutenção a qualquer momento em que se atinja o peso desejado. Não sendo necessário que as demais etapas sejam cumpridas.

As fases da Dieta dos 17 dias são:

Ciclo 1 - Acelerar: O objetivo é acelerar o metabolismo para promover o emagrecimento rápido através da queima de calorias e evitar o armazenamento de gordura. Neste ciclo é permitido o consumo de carnes magras (peixe, peru e frango sem pele), clara dos ovos, verduras e legumes. O consumo de lactídeos e gorduras benéficas deve ser moderado, já o consumo de massas, arroz, doces e bebidas alcoólicas é excluído.

Ciclo 2 - Ativar: O objetivo nesta fase é reprogramar o metabolismo através de oscilações no consumo calórico, ou seja, ocorre um aumento na ingestão calórica seguido de uma redução para promover a queima de gordura e assim evitar a estagnação do peso. Além dos alimentos permitidos e excluídos no ciclo anterior são acrescentados os cereais, as leguminosas (feijão,

lentilhas, grão de bico), os tubérculos (batata, mandioca, inhame), as frutas de baixo índice glicémico e ainda alimentos probióticos.

Ciclo 3 - Conquistar: No 34º dia de dieta a meta é desenvolver e consolidar bons hábitos alimentares através do controlo das quantidades consumidas e do estabelecimento de horários regulares para a realização das refeições juntamente com a reintrodução de determinados alimentos. A redução da vontade de consumir doces e a melhoria do humor também são esperados nesta etapa. É ainda referido que para otimizar a perda de peso, o consumo de hidratos de carbono não deve ocorrer após as 14:00 horas.

Ciclo 4 - Manter: A manutenção do peso atingido pelo método da Dieta dos 17 dias é baseado num ciclo estratégico no qual aos fins-de-semana é permitido o consumo dos alimentos favoritos, que possivelmente são aqueles mais calóricos. Durante a semana volta-se a adotar o regime alimentar preconizado nas fases anteriores da dieta. Desta forma o autor da dieta afirma que é possível manter o metabolismo acelerado uma vez que também há uma oscilação nas calorias consumidas. A manutenção da prática de atividade física também é uma recomendação nesta etapa.

Vantagens

- Aumenta o metabolismo não só pelas oscilações no consumo calórico como também pelo consumo de alimentos termogénicos;
- A dieta permite a ingestão de alimentos saudáveis como as frutas, legumes e verduras, além de alimentos proteicos com teor reduzido de gorduras, como leite desnatado, queijo branco, carnes magras e leguminosas;
- Estabelece o tipo de alimentos que podem ser consumidos em cada fase;
- Há a possibilidade de escolher uma grande variedade de alimentos para a composição da ementa;
- É fácil de seguir mesmo fora de casa;
- Não é restrita em relação ao consumo de alguns alimentos saudáveis;
- É possível passar para a fase de manutenção quando se atinge o peso desejado, não sendo necessário que as demais etapas sejam cumpridas;
- Recomenda a prática diária de atividade física aeróbica para potenciar a perda de peso, alertando ao mesmo tempo para que nos dois primeiros ciclos a duração dos exercícios não exceda 17 minutos, pois os hidratos de carbono estão reduzidos.

Desvantagens

- Pode ocorrer exagero no consumo de alimentos permitidos;
- Não estabelece as quantidades permitidas;
- A restrição de hidratos de carbono na 1ª fase da dieta e em especial nos primeiros dias podem ocasionar fraqueza, tonturas, dores de cabeça, cansaço, mau humor e indisposição;
- A prática de atividade física, como é recomendado pela dieta, em momentos de restrição de hidratos de carbono pode representar um grande risco à saúde, pois é a principal fonte de obtenção de energia durante o exercício físico;
- Não há evidência científica que comprove que as oscilações de calorias ingeridas favorecem o metabolismo;
- Não é uma prática saudável, pelo que a rotina desta dieta oscila entre restrições e excessos, tanto existe um elevado consumo de calorias como uma redução drástica;
- O facto de nos fins-de-semana não haver qualquer tipo de regra nem restrições na ingestão alimentar pode fazer com que haja um consumo exagerado de alimentos muito calóricos e pouco saudáveis, ocorrendo um aumento de peso possivelmente sem a sua recuperação mesmo adotando as regras das fases de dieta anteriores à manutenção;
- É uma rotina que se pode tornar cansativa e difícil de cumprir, na medida em que há dias específicos na qual não existem restrições alimentares;
- Risco de confundir os alimentos permitidos e proibidos em cada ciclo de dieta;
- De um ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável, excluindo os alimentos ricos em hidratos de carbono nas primeiras fases de dieta;
- Apesar de algumas recomendações saudáveis, não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada, portanto não há mudança de hábitos alimentares e consequentemente não há redução alimentar, dificultando assim a manutenção do peso;
- Não tem em conta a rotina diária e os gostos alimentares pessoais o que pode dificultar a adesão à dieta;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de **emagrecimento**;
- **Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;**

- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação.

Dieta do Arroz

Contrariando a maioria das dietas destinadas a quem deseja perder peso, a Dieta do Arroz não restringe os hidratos de Carbono, pelo contrário, privilegia o consumo deste e de outros cereais, assim como frutas, legumes e verduras.

A dieta recomenda a ingestão de arroz, mas a versão Integral, ao almoço e ao jantar e sua substituição por outras fontes de hidratos de carbono como milho, aveia, farinha de mandioca e linhaça nas restantes refeições.

O princípio da dieta baseia-se no facto do arroz ser um alimento com pouca quantidade de sódio e gorduras, boas quantidades de proteínas e potássio, favorecendo dessa maneira o processo de emagrecimento. Além disso, é rico em fibras, especialmente o arroz Integral, o que auxilia o trânsito intestinal, evitando assim quadros de obstipação o que é um fator que influencia o peso corporal.

A dieta é dividida em três fases. Na primeira fase o consumo de proteínas, gorduras e sal é restringido com o objetivo de promover uma desintoxicação do organismo. A segunda fase consiste em preparar o corpo para o processo de emagrecimento e iniciar a perda de peso. Já na terceira fase pretende-se que haja a manutenção do peso atingido.

Existe ainda uma alternativa à versão tradicional desta dieta, a versão lacto vegetariana que é intercalada com a Dieta do Arroz durante as suas fases. Na Dieta do Arroz lacto vegetariana, as carnes e ovos são excluídos sendo permitidos apenas os produtos lácteos desnatados ou light como fontes de proteínas.

As três fases da Dieta do Arroz são:

Fase de Desintoxicação: tem a duração de uma semana. No primeiro dia deve-se seguir a Dieta do Arroz tradicional com os cereais, frutas, legumes e verduras e nos seis dias restantes recomenda-se seguir a Dieta do Arroz Lacto vegetariana, onde são incluídas as leguminosas e produtos lácteos como leite desnatado, queijo light e iogurte desnatado ou light. Durante esta fase recomenda-se eliminar totalmente o sódio da alimentação, ou consumi-lo de maneira a não ultrapassar de 300 a 500mg diários.

Fase de Perda de Peso: Assim como na fase anterior, nesta fase no primeiro dia deve ser seguida a Dieta do Arroz tradicional e nos seis dias seguintes da semana, recomenda-se

novamente seguir a Dieta do Arroz Lacto vegetariana, contudo deve-se incluir uma porção de peixe, frango, ovos ou carne magra num dos seis dias. Esta fase deve ser mantida até que se atinja o peso desejado. O consumo de sódio ainda não deve ultrapassar as 300 a 500mg diárias.

Fase de Manutenção: recomenda-se seguir a Dieta do Arroz tradicional no primeiro dia, e a Dieta do Arroz Lacto vegetariana nos seis dias restantes. A inclusão de uma porção de proteínas magras passa a ser permitida em dois dias da semana. Já o consumo de sódio permitido passa para 500 a 1000mg diários.

Vantagens

- A dieta estimula o consumo de alimentos benéficos como cereais integrais, leguminosas, frutas, legumes e laticínios magros;
- A dieta é rica em hidratos de carbono, vitaminas, minerais diminuindo os défices nestes nutrientes;
- Alto teor em fibras promove a saciedade, a manutenção do trânsito intestinal;
- Elimina Gorduras saturadas da dieta;
- Não há restrição na quantidade de alimentos permitidos, o que poderá ser um incentivo para continuar a seguir a dieta;

Desvantagens

- Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos;
- Difícil de seguir fora de casa;
- Não estabelece as quantidades permitidas;
- Não tem em conta a rotina diária e os gostos alimentares pessoais o que pode dificultar a adesão à dieta;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação;
- Restrição de carne, pescado e ovos durante a maior parte do tempo da dieta;

- Pobre em proteínas e gorduras, o que pode dificultar a adesão à dieta e comprometer o fornecimento de aminoácidos e proteínas ao organismo, assim com comprometer a adequada ingestão de ferro, zinco e vitamina B12 nutrientes essenciais e encontrados nesse grupo de alimentos. Além de que restringir drasticamente as gorduras pode também prejudicar a absorção e o transporte de vitaminas lipossolúveis;
- Existe uma drástica restrição de sódio por um longo período, o que não é recomendado em caso de hipotensão, para além de que pode comprometer a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico do organismo e a transmissão de impulsos nervosos entre neurónios;
- Pode-se tornar monótona quando seguida por longos períodos, pois os alimentos que a compõem acabam por ser repetidos muitas vezes, principalmente o arroz que é consumido todos os dias, o que para além de poder prejudicar a adesão à dieta, também afeta a variedade de nutrientes consumidos prejudicando a qualidade da alimentação;
- A dieta não transmite os conceitos de uma alimentação saudável, ou seja, não promove uma reeducação alimentar. Apesar da fase de manutenção permitir a reintrodução dos alimentos proibidos, as mudanças de hábitos alimentares não são transmitidas comprometendo a manutenção do peso atingido;
- De um ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável.

Dieta do PH

A Dieta do pH defende o conceito de que uma alimentação composta por 60% de alimentos alcalinos e 40% de alimentos ácidos auxilia o organismo a eliminar toxinas, a diminuir a retenção de líquidos, favorecendo assim a perda de peso que pode chegar a até 2kg por semana com os alimentos permitidos nesta dieta.

O termo pH significa potencial de hidrogénio e representa a concentração de iões de um elemento num fluido como o sangue. Para que o organismo funcione de maneira equilibrada, segundo os defensores da dieta é importante que o corpo esteja alcalino, para poder neutralizar os ácidos provenientes das reações, caso contrário podem ocorrer interferências no metabolismo, desregulação do apetite, produção de radicais livres, retenção de líquidos, deposição de gorduras, em especial na região abdominal e a redução da libertação de leptina.

O plano alimentar da dieta passa também por não consumir bebidas alcoólicas, controlar o stress e manter o equilíbrio da alimentação para evitar o aumento de componentes ácidos e o desequilíbrio do organismo.

Os defensores da dieta alertam para o facto de que o pH de um alimento não está relacionado com o sabor, por exemplo uma fruta ácida como o abacaxi, pode ajudar o organismo a libertar componentes alcalinos.

Os alimentos mencionados pela dieta como ácidos e que devem ser evitados são: café, bebidas alcoólicas, refrigerantes, sal, açúcar, carnes, pescado, leite e derivados (queijo, creme de leite, iogurte, requeijão), farinhas e pães, ovos, doces, óleos, mel, geleias, chocolate, adoçantes e alimentos industrializados, diet e light. Já alguns exemplos de alimentos alcalinos são: abacaxi, lentilhas, cebola, brócolos, lima, melão, nectarina, couve, alho, castanhas, maçã, espinafre, produtos integrais, azeite de oliva, abóbora, beterraba, alface, abóbora, batata-doce, figo, papaya, kiwi, amoras e pêra.

Vantagens

- A dieta não restringe o consumo de grupos alimentares específicos;
- Estimula o consumo de alimentos saudáveis;
- É rica em vitaminas, minerais o que diminui a deficiência de alguns destes nutrientes;

- Limita o consumo de vários alimentos nefastos para a saúde o que contribui para evitar o consumo de apúcar, gorduras saturadas, sódio, corantes e conservantes;
- Estabelece uma orientação para a quantidade de alimentos ácidos e alcalinos que se devem consumir;
- Alerta para o facto de que o pH dos alimentos não estar relacionado com o sabor;
- Poderá ser equilibrada, completa e saudável dependendo das escolhas alimentares.

Desvantagens

- Limita em parte o consumo de carnes, ovos e laticínios o que pode comprometer a ingestão de nutrientes essenciais acarretando carências nutricionais em proteínas, vitaminas do complexo B e minerais como ferro, zinco e cálcio;
- Acreditar que a perda de peso ocorre devido ao PH, o que não está necessariamente associado, uma vez que a dieta limita o Fast Food, doces, refrigerantes, bebidas alcoólicas e produtos industrializados, o que por si só já favorece a perda de peso;
- Apesar da fase de manutenção permitir a reintrodução de alimentos proteicos e mudanças de hábitos alimentares, a dieta não transmite informações necessárias para a adoção de uma alimentação saudável, ou seja, não promove uma reeducação alimentar, comprometendo assim a manutenção do peso atingido;
- É monótona, especialmente quando seguida por longos períodos, pois os alimentos que a compõem são sempre os mesmos;
- Não tem em conta a rotina diária e os gostos alimentares pessoais o que pode dificultar a adesão à dieta;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento de saúde;
- Não é composta por etapas com objetivos definidos;
- Poderá ser uma dieta desequilibrada e incompleta dependendo das escolhas alimentares;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação;
- É necessário conhecer a lista de alimentos considerados ácidos e alcalinos e em que quantidade devem ser consumidos, para não ocorrer o risco de a confundirem.

Dieta da pirâmide

A Pirâmide Alimentar desenvolvida em 1992 pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos e adaptada em 1999 aos padrões alimentares do Brasil deu origem aos fundamentos da Dieta da Pirâmide.

A pirâmide é um diagrama dividido conforme os oito grupos de alimentos: cereais, tubérculos e raízes; hortaliças; frutas; leite e derivados; carnes e ovos; leguminosas; óleos e gorduras e apúcares e doces, indicando quais os alimentos que devem compor uma alimentação saudável e as respetivas recomendações quantitativas para cada grupo alimentar.

Os alimentos que compõem os grupos são reunidos segundo as suas características nutricionais e valores calóricos padronizados para cada porção. A recomendação para o número de porções a serem consumidas é baseada em uma dieta de 2.000 Kcal diárias.

Os grupo alimentares que compõem a pirâmide são:

Cereais e derivados (150 Kcal): é o maior grupo alimentar e constitui a base da pirâmide. É composto por alimentos ricos em Hidratos de Carbono como os cereais, pão, arroz, farinhas, massa, biscoitos, entre outros. O seu consumo é privilegiado por constituírem as principais fontes de energia para o organismo, a sua recomendação é de 5 a 9 porções por dia.

Hortícolas (15 Kcal): é composto por hortaliças e legumes. O consumo deste grupo também é bastante privilegiado sendo recomendado 4 a 5 porções ao longo do dia.

Frutas (70 Kcal): assim como o grupo das hortícolas, estes alimentos são fontes de fibras, vitaminas e minerais essenciais ao equilíbrio e bem-estar do organismo, sendo beneficiado o seu consumo. A recomendação é de 3 a 4 porções por dia.

Leguminosas (55 Kcal): fontes de proteínas de origem vegetal, alimentos como o feijão, lentilhas, grão-de-bico e soja compõem este grupo alimentar. Recomenda-se que o seu consumo seja de no mínimo 1 porção ao dia.

Carnes e ovos (190 Kcal): principal grupo fonte de proteínas, nutriente essencial para a formação de novos tecidos no corpo. O seu consumo não deve exceder 2 porções por dia, pois estes alimentos são geralmente ricos em gorduras saturadas e colesterol.

Leite e Derivados (120 Kcal): este grupo alimentar também fornece proteínas ao organismo, além de cálcio, nutriente fundamental para constituição óssea. O consumo recomendado é de até 3 porções ao dia, em virtude da presença de gordura saturada e colesterol.

Diets da Moda

Óleos e gorduras (73 Kcal): o consumo deste grupo alimentar não deve exceder 2 porções ao longo do dia. O recomendado é dar preferência a alimentos fontes de gorduras monoinsaturadas e poliinsaturadas como azeites, linhaça e oleaginosas (nozes e amêndoas).

Açúcares e doces (110 Kcal): formado pelos açúcares, doces, e produtos açucarados como chocolates. Neste grupo o consumo é limitado a 2 porções ao dia.

Vantagens

- Apresenta todos os grupos alimentares que devem fazer parte de uma alimentação saudável, equilibrada e completa e como devemos dividir ao longo do dia pelas várias refeições;
- Discrimina as porções que devem ser consumidas em cada grupo, tendo por base uma dieta de 2000 kcal;
- Refere a informação relativa às calorias que devem ser ocupadas por cada grupo tendo por base uma dieta de 2000 kcal;
- Reunir os alimentos em grupos pode facilitar a compreensão dos ideais de uma alimentação saudável, principalmente em determinadas faixas etárias;
- A dieta transmite informações necessárias para a adoção de uma alimentação saudável, promovendo a redução alimentar e a manutenção do peso atingido;
- Garante um equilíbrio no aporte de macro e micronutrientes;
- É promovida a variedade no consumo alimentar;
- É fácil de adaptar à rotina diária e os gostos alimentares pessoais.

Desvantagens

- A pirâmide alimentar pode ser utilizada tanto para manutenção quanto para perda de peso, sendo a divisão dos grupos adaptada de maneira diferente para cada uma das finalidades;
- A pirâmide é baseada numa dieta de 2000 kcal, cada indivíduo tem necessidades diferentes, quer o objetivo seja para manter, quer seja para perder peso, pelo que a determinação da restrição calórica a ser seguida bem como as adaptações nas recomendações de cada grupo de alimentos devem ser estabelecidas por um nutricionista, a fim de garantir o consumo mínimo recomendado para cada grupo para que ocorra a perda de peso e que não haja carências nutricionais;

Diets da Moda

- Criar as próprias orientações pode comprometer a ingestão de nutrientes essenciais;
- A pirâmide pode ser confusa e de difícil interpretação, pelo que a correta interpretação da pirâmide alimentar depende da orientação de um nutricionista, caso contrário o seguidor da dieta pode aplicá-la de maneira incorreta, favorecendo um grupo e prejudicando outro, como acontece se privilegiar o grupo dos açúcares e doces por este grupo alimentar se encontrar no topo da pirâmide;
- A determinação do tamanho de porção a ser consumida conforme as necessidades só é possível a partir de orientações nutricionais específicas para cada indivíduo;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação;
- Não é composta por etapas em objetivos definidos.



Figura 1 – Pirâmide Alimentar

Dieta das Frutas

A dieta das frutas é uma alternativa para quem deseja perder peso de forma rápida, já que a dieta prevê a perda de 4 kg por semana.

As frutas possuem poucas calorias, são fontes de fibras, vitaminas, minerais e água. Além de possuírem o sabor bastante agradável e uma grande variedade.

Esta dieta só deve ser seguida por pessoas saudáveis, que não tenham nenhum problema de saúde.

É aconselhável que esta dieta seja seguida por no máximo 10 dias, com o seguinte plano diário:

Café da manhã: 2 porções de frutas.

Almoço: 2 porções de frutas e uma porção de proteína (peixe, carne magra, ovo)

Lanche da tarde: 2 porções de frutas.

Jantar: 2 porções de frutas e uma porção de laticínios magros (2 fatias de queijo light, 2 iogurtes desnatados, 1 copo de leite desnatado ou 50 gramas de queijo branco ou ricota light).

Vantagens

- É uma alternativa para quem deseja perder peso rapidamente, ou seja, pode ser feita num momento de emergência onde é preciso emagrecer de forma imediata;
- Promove o consumo de frutas, que são fontes de vitaminas, minerais e fibras importantes para o organismo.

Desvantagens

- É muito restritiva tanto na qualidade como na quantidade de alimentos e calorias a serem ingeridos comprometendo a ingestão de nutrientes essenciais;
- É possível sentir tonturas, fraquezas, cansaço e indisposição, já que o fornecimento de energia é insuficiente para o bom funcionamento do organismo, sendo por isso importante suspender a dieta e retornar a alimentação normal;
- Pode provocar carências de macronutrientes e micronutrientes;

- Após o término, o retorno à alimentação normal pode dificultar a perda de peso e ainda favorecer a recuperação de todo o peso perdido;
- A perda de peso é na sua maioria devido a perda de água e músculo;
- Diminui a Taxa Metabólica Basal;
- Difícil de seguir fora de casa;
- Exclusão de grupos alimentares como hidratos de carbono, leguminosas, gorduras e hortaliças essenciais ao bom funcionamento do organismo;
- É extremamente monótona, sendo difícil de cumprir mesmo por 10 dias, o que dificulta a adesão à dieta;
- Não incentiva a seguir uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada, pelo que não há reeducação alimentar;
- O excesso no consumo de frutas pode resultar numa sobrecarga do fígado, pâncreas e rins;
- É muito monótona, havendo falta de diversificação nas escolhas alimentares;
- A rápida perda de peso para além de perda de gordura, potencia também a perda significativa de fluidos e de massa muscular;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação.

Dieta Paleolítica

A dieta Paleolítica, também conhecida como dieta Paleo, é uma grande novidade nos dias de hoje.

A dieta Paleo surgiu no final da década de 1970 e foi desenvolvida com base no consumo alimentar dos ancestrais humanos na época do Paleolítico, tendo assim como objetivo fazer a mesma alimentação que os homens faziam nesta época.

A dieta defende que as doenças tais como a diabetes e a obesidade são uma resposta do corpo ao excesso de hidratos de carbono, açúcar e alimentos processados que são impostos pela dieta contemporânea, e que em alternativa será melhor adotar uma alimentação para a qual nosso organismo foi moldado por milhões de anos de evolução já que os nossos genes são idênticos aos dos nossos ancestrais, então nós devemos nos alimentar de uma forma semelhante ao que faziam no passado.

Durante essa época os nossos ancestrais viviam como caçadores-coletores, e comiam apenas alimentos selvagens naturalmente disponíveis: de origem animal (peixe, carne de caça, ovos, mel, mas não o leite) e de fonte vegetal não cultivados (principalmente frutas da época, hortaliças, tubérculos, raízes, sementes e nozes mas não leguminosas).

A dieta do paleolítico era portanto composta por apenas 3 grupos alimentares: carnes, hortaliças e frutas, na qual é permitido o consumo de carne, peixe, ovos, tubérculos, raízes, hortícolas, sementes, gorduras, frutos secos e fruta com moderação, mas devem ser cozinhados a temperaturas baixas, e de preferência no forno.

São excluídos desta dieta todos os alimentos processados, laticínios, leguminosas, cereais e açúcares.

Vantagens

- Resulta na maioria dos casos, numa maior perda de peso e diminuição do perímetro da cintura em relação a outras dietas que têm como objetivo a perda de peso;
- Os efeitos para a saúde são promissores;

- Evita a flacidez muscular que ocorre na perda de peso, além de que combatem-se problemas como as cefaleias, o cansaço generalizado, a prisão de ventre e promove o bom funcionamento das glândulas endócrinas;
- Pode-se perder até sete quilos durante o primeiro mês, sendo um excelente incentivo para continuar a seguir a dieta;
- Promove o consumo de alimentos naturais de fonte animal e vegetal, carne magra, peixe, ovos, nozes, frutas e legumes;
- É completamente desprovida de alimentos processados;
- É rica em fibras, vitaminas, minerais e fitoquímicos;
- Fornece um aporte elevado de potássio e um baixo aporte em sódio;
- Contempla várias das recomendações atuais para reduzir o risco de doenças crónicas;
- Têm uma influência positiva sobre a saúde, incluindo a melhoria da manutenção da glicose no sangue, redução da massa corporal, e melhoria dos níveis lipídicos do sangue;
- Ajuda a controlar a diabetes, o colesterol, a tensão arterial, e ainda a prevenir distúrbios metabólicos, problemas cardíacos e obesidade;
- A dieta paleolítica acaba por não ser principalmente um programa de perda de peso, mas sim incidir principalmente na promoção da saúde;
- Melhoria da composição corporal e aptidão cardiorrespiratória;
- Os estudos reforçam uniformemente todos os seus benefícios.

Desvantagens

- Existe alguma inconsistência nos seus guidelines, podendo ocorrer exageros naqueles alimentos permitidos;
- Após a perda de peso no 1º mês o ritmo de perda de peso torna-se bastante mais lento;
- Não deve ser seguida por adolescentes nem por mulheres que se encontrem na menopausa, uma vez que fornece um baixo teor de cálcio;
- Acaba por se tornar monótona a longo prazo;
- Não satisfaz as necessidades nutricionais de vitamina D, podendo ocorrer um défice de vitamina D;
- Elevado risco de ocorrer uma recuperação rápida de grande parte do peso perdido;

Diets da Moda

- Uma verdadeira dieta paleolítica aplicada sem restrições no que diz respeito à ingestão de carnes, ovos, nozes e óleos, poderá proporcionar um consumo elevado de gordura total, gordura saturada e colesterol que contribui para um aumento dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e TG negligenciando as guidelines estabelecidas pela American Heart Association (AHA) em relação a uma dieta saudável para o coração, tendo como fim reduzir o risco de doença cardiovascular e manter um perfil lipídico saudável;
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde;
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação;
- Está associada a alterações prejudiciais do perfil lipídico em indivíduos saudáveis;
- Contempla apenas 3 grupos, podendo haver déficits de nutrientes;
- Não estabelece orientação para a quantidade de alimentos que se deve consumir;
- O contexto de vida dos nossos ancestrais no que se refere a um "estilo de vida" foi desenvolvido noutras condições infraestruturais, e por isso replicar tudo isto poderá ser um exercício bastante complexo;
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde.

Dieta Paleo x Atualidade

Numerosos livros e artigos têm afirmado que as taxas crescentes das "doenças de civilização", incluindo a doença cardiovascular, síndrome metabólica e diabetes tipo 2, entre outras, podem ser atribuídas em grande parte à enorme divergência que se verifica entre a dieta moderna e a dieta consumida durante a maior parte da história evolutiva dos seres humanos.

A dieta contemporânea é diferente das dietas do tipo paleolítico não só como consequência das revoluções agrícola e pecuária, mas também como consequência da revolução industrial e, mais recentemente, da revolução fast-food.

Estas revoluções introduziram alimentos que estavam ausentes ou em quantidades insignificantes na dieta paleolítica: grãos de cereais refinados e os seus produtos, leite de mamíferos não-humanos e os seus produtos, alimentos pobres em nutrientes altamente

Diets da Moda

energéticos (hidratos de carbono refinados de grande variedade, prontamente disponíveis e baratos; gorduras e óleos também de grande variedade) e legumes.

De acordo com Dovel (2005) e Eaton (1989), as melhores estimativas sugerem que os nossos ancestrais ingeriam entre 21 a 35% das calorias totais provenientes de gordura, entre 35 e 45% de hidratos de carbono, e cerca de 30 a 34% de proteína. A gordura saturada contribuiu com aproximadamente 7,5% do total de energia e a gordura trans contribuiu com quantidades insignificantes. A ingestão de gordura polinsaturada era alta, com a relação ómega 6/ómega 3 de aproximadamente 2:1, contrastando com a relação atual de 10:1. Os hidratos de carbono provenientes de frutas e hortaliças contribuíam com aproximadamente 50% da energia total, enquanto hoje essa contribuição é em torno de 16%, tomando como referência a população americana.

Conclusão

A nutrição e os bons hábitos alimentares são aspetos fulcrais na vida e na saúde de um indivíduo, sendo por isso a dieta considerada uma grande aliada para a prevenção e controle de várias doenças.

Atualmente existe uma preocupação incessante com a saúde da população e a alimentação tem sido enfatizada no que diz respeito aos cuidados na prevenção e tratamento das doenças crónicas não transmissíveis, sem, no entanto, desconsiderar a beleza do corpo, até pelo contrário é um fator cada vez mais valorizado.

A obesidade e o excesso de peso atingem cada vez mais pessoas, por outro lado, as preocupações com a imagem corporal crescem ao ritmo a que engordamos, bem como a procura e a oferta de dietas que alegadamente nos emagrecem de forma rápida e sem sacrifícios, mas que nem sempre podemos acreditar e confiar.

A corrida contra as calorias torna-se assim uma aliada e tem sido tão grande hoje em dia que a disponibilidade de dietas da moda citadas nas revistas não científicas visando o emagrecimento rápido é cada vez maior e a sua adesão é grande, sendo este um dos principais assuntos encontrados nestas revistas.

Fazer uma dieta para emagrecer sem aconselhamento de um profissional de saúde é uma realidade muito frequente e provavelmente muitas pessoas seguem dietas que vão passando entre amigos e conhecidos com o objetivo de emagrecerem pelos seus próprios métodos.

É impossível enumerar, analisar nutricionalmente e testar a eficácia de todas as dietas populares, motivo pelo qual apenas as mais publicitadas internacionalmente foram estudadas de forma mais aprofundada. Contudo sabe-se que algumas delas são completamente desequilibradas do ponto de vista nutricional.

Em Portugal escasseiam dados sobre as dietas da moda mais usadas, contudo num estudo efetuado pela nutricionista Dina Belo Matias, verificou-se que todas as dietas analisadas eram nutricionalmente desequilibradas e carenciadas, e que nenhum dos planos alimentares apresentados tentava corrigir os hábitos alimentares incorretos.

As dietas da moda alegam diversas vantagens face às dietas convencionais defendidas pelas autoridades de saúde pública.

Normalmente estas dietas fornecem muito pouca energia (menos de 1200 kcal) pelo que são inevitavelmente desequilibradas do ponto de vista nutricional. Acresce que o emagrecimento rápido (isto é, a perda de mais de 1 kg por semana) está associado a perdas excessivas de massa muscular e a sua utilização não é compatível com a prática de atividade física.

A atividade física é um elemento essencial no processo de emagrecimento saudável, pois entre outros aspetos evita a perda de massa muscular. A maior parte destas dietas não incentiva a prática de atividade física, pelo que a sua falta é por si só uma ameaça à saúde tão importante como a má alimentação.

A exclusão ou até mesmo a restrição de um grupo de alimentos priva as pessoas de fontes importantes de nutrientes essenciais, pelo que estas dietas podem levar a deficiências nutricionais com implicações negativas na saúde a curto e médio prazo (osteoporose, problemas cardiovasculares etc.)

Estas dietas apresentam vários fatores equivocados, por apresentarem restrições energéticas extremas e por enfatizar apenas um grupo de alimentos, como é o caso da "dieta das frutas".

Para além disso estas dietas tornam-se falíveis, pois não levam em consideração o cotidiano das pessoas nem os seus hábitos alimentares.

E apesar de todos os contras e possíveis danos à saúde várias pessoas ainda procuram estas dietas por falta de informação ou por vontade própria com o objetivo de se enquadrarem na sociedade que dita um padrão estético magro.

As dietas que não são fundamentadas em princípios científicos podem facilmente propor soluções alimentares inadequadas, pelo que devemos evitá-las.

Não há por isso nenhuma estratégia alimentar "milagrosa". O que a ciência mostra é que associando uma alimentação saudável à atividade física é possível perder peso e mantê-lo.

Referências Bibliográficas

1. Nascimento da Silva, Z. et al.(2014). 'Effect of the "protein diet" and bone tissue'. *Nutr Hosp.*, 29, 1, pp. 140-145.
2. Aparicio, V. A. et al. (2013). 'High-Protein diets and renal status in rats'. *Nutr Hosp.*, 28, pp. 232-237.
3. Iis, K. (2013). 'Influence of diet on the results of laboratory tests'. *Studia Medycine*, 29, 4, pp. 349-354.
4. Lagiou, P. L. et al. (2012). 'Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study'. *BMJ*, 344, pp. 4026
5. Russell, W. R. et al.(2014). 'High-protein, reduced-carbohydrate weight-loss diets promote metabolite profiles likely to be detrimental to colonic health'. *Am J Clin Nutr*, 99, pp. 1062-72.
6. Ansel, K., M.S, R.D e C.D.N. (2011). *The Dukan Diet*. Disponível on-line em: <http://www.eatright.org>. Último acesso em 14-03-2014
7. Delarge, J. (2013). *Fat, Move & Love: Protein-oriented diet*. Disponível on-line em: <http://julesganmm.org>. Último acesso em 16-03-2014.
8. Lindeberg, S. (2005). 'Paleolithic diet'. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 49, 2, pp. 75-77
9. Sabry, M. O. D., Sá, M. L. B. e Sampaio, H. A. C. (2010). 'Paleolithic diet in the prevention of chronic diseases'. *Nutrine Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr*, 35, 1, pp. 11-127
10. Singh, R. B., Meester, F. D., Juneja, L e Wilson, D. W. (2013). 'The Evolution of Diet and Total Health'. *Women's Central MEDICINE*, 4, 4, pp. 4186
11. Fressetto, L. A., Schloetter, M., Mietus-Synder, M., Morris Jr, R. C. e Sebastian, A. (2009). 'Metabolic and physiologic improvements from consuming a paleolithic, hunter-gathered type diet'. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, pp. 947-955
12. Teder, E., Smith, M.M., Sommer, A.J., Starkoff, B.E., e Devor, S.T.(2013). 'Paleolithic Diet is Associated With Unfavorable Changes to Blood Lipids in Healthy Subjects'. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45, pp. 550
13. Sacks FM., Bray GA., Carey VL., et al. (2009) 'Comparison of weight loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates'. *N Engl J Med*, 360, pp. 859-73.

14. Matias, D., Dias, I. (2006) 'Popular Diets - Caracterização Nutricional'. *Revista Alimentação Humana*. 12, pp. 58-68.
15. Jeor, S.T., Howard, B.V., et al. (2001) 'Dietary Protein and Weight Reduction: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism'. *The American Heart Association, Circulation*. 104, pp. 1869.

Anexo 33



Ciências da Nutrição
Estágio Profissionalizante II
2013/2014



Diets da Moda



Orientadora: Dr^ª Rita Fernandes
Estagiária: Gilda Brandão

2

Introdução

A sociedade ainda hoje valoriza a atratividade e a magreza, que faz do excesso de peso uma condição altamente estigmatizada e rejeitada



Práticas populares de perda de peso de forma rápida e fácil
Métodos ou dietas de emagrecimento milagroso
Prática exaustiva de EF
Uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e outras substâncias

Redução e controlo do peso

- Multiplicidade de padrões de comportamento alimentar não usuais, populares e temporárias - promovem resultados rápidos e atraentes
- São adotados entusiasticamente pelos seus seguidores, mas que não carecem de qualquer tipo de fundamento científico.

3



4

Diets da Moda



Dieta Dukan



Dieta de Atkins



Dieta South Beach



Dieta das 3 Horas



Dieta dos 17 Dias



Dieta da Pirâmide



Dieta do PH



Dieta do Arroz



Dieta das Frutas

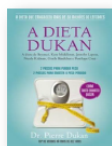


Dieta Paleo

5

Dieta Dukan

- **Hiperproteica e cetogénica** → Redução drástica de HC dando assim prioridade às proteínas e às gorduras
- **Dividida em 4 fases** → Fase de Ataque, Fase de Cruzeiro, Fase de Consolidação e Fase de Estabilização Permanente



Fase de Ataque

- 2 a 7 dias
- Fase mais radical da dieta → são permitidos apenas alimentos cuja composição é principalmente protéica
- Rápida perda de peso
- Alimentos permitidos são as carnes magras, fígado, rins, aves, frutos do mar, iogurtes, queijos, leite desnatado, ovos, entre outros



6

Dieta Dukan

Fase de Cruzeiro

- Deve ser mantida até se atingir o peso desejado, é ainda recomendado o consumo de no mínimo 1,5 litros de água ao dia
- São permitidos os **legumes**, que são gradualmente adicionados, possibilitando alternar os dias de consumo isolado de proteínas com o consumo de proteína e vegetais permitidos



Fase de Consolidação

- Tem a duração de 10 dias para cada quilo perdido nas fases anteriores
- Introdução de outros alimentos e evitar o ganho de peso → é introduzida uma porção de pão integral, uma de frutas e uma de queijo, bem como duas porções semanais de cereais

Fase de Estabilização Permanente

- Recomenda-se ser seguida durante toda a vida, como forma de manter o peso conquistado **3 regras básicas** → a Fase de Ataque deve ser repetida uma vez por semana, a prática de atividade física deve ser mantida e o consumo de 3 colheres de aveia por dia.

7

Dieta Dukan

Vantagens

- ✓ Preserva a massa muscular
- ✓ Não há restrição na quantidade de ingestão de alimentos permitidos evitando, assim, os acessos de apetite e a frustração por eles gerada
- ✓ Rápida perda de peso, dando mais motivação
- ✓ Grande incentivo à prática regular de exercício físico
- ✓ Promove a sensação de saciedade, devido ao elevado consumo de proteínas
- ✓ Pode ser uma alternativa para quem deseja perder peso de forma rápida
- ✓ Nas últimas fases da dieta é permitido cometer pequenos erros alimentares → permite comer alimentos menos saudáveis e que não são aconselhados ao longo da dieta → não se desistir de continuar a dieta
- ✓ A curto prazo pode resultar numa melhoria da sensibilidade à insulina



8

Dieta Dukan

Desvantagens

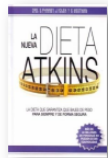
- ✗ Restringe muitos legumes e todas as frutas em algumas fases da dieta
- ✗ ↑ consumo de gorduras → ↑ dos níveis de CT, C-LDL e TG → DCV
- ✗ É dispendiosa



9

Dieta Atkins

- Consiste numa dieta hipocalórica e cetogénica
- Tem como princípio limitar o consumo de HC
- Não tem limitações no consumo de lipídios e de proteínas
- É composta por 4 fases → indução, perda de peso, pré-manutenção e manutenção



Indução

- É a mais restrita, onde é permitida a ingestão de poucos ou nenhuns HC → limite de 20 g/ dia (25-30 %) → - 10 % VDR
- Proteína → 115 -175 g
- São permitidos carnes, queijos e outros produtos ricos em gordura
- ↓ Peso aproximada → 3 a 4 quilos

10

Dieta Atkins

Perda de peso

- Permite adicionar + alguns HC ~ 5 g
- **Objetivo** → determinar a quantidade ideal de HC que pode consumir para continuar a ↓ peso

Pré-manutenção

- ↑ HC gradualmente até a quantidade que interrompa a perda de peso
- Introdução de HC que não eram permitidos nas fases anteriores - leguminosas, frutas e vegetais ricos em HC

Manutenção

- Permite o consumo de uma grande variedade de alimentos, limitando ainda o consumo de HC à quantidade estabelecida na fase anterior
- Possibilita ainda voltar às fases anteriores caso necessário

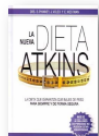


11

Dieta Atkins

Vantagens

- ✓ ↓ Peso → incentiva a continuar a seguir a dieta
- ✓ Não há restrição na quantidade de ingestão de alimentos permitidos
- ✓ Preserva a massa muscular
- ✓ Papel importante na saciedade → ↑ proteína e corpos cetónicos



Desvantagens

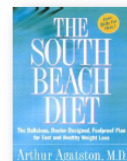
- ✗ Muito restrita na quantidade e na qualidade de HC permitidos
- ✗ Pequenas quantidades de legumes e das frutas mais calóricas
- ✗ ↑ consumo de gorduras → ↑ dos níveis de CT, C-LDL e TG → DCV



12

Dieta South Beach

- Desenvolvida por Arthur Agatston – cardiologista → ↓ CT, C-LDL e TG
- Verificou-se também ↓ peso → a dieta passou a ser utilizada para o emagrecimento
- É constituída por 3 fases



1ª Fase

- Dura 2 semanas
- ↓ 5 kg
- **Alimentos permitidos** → Carnes magras, peixes magros e gordos, gorduras vegetais, laticínios magros, doces até 75 kcal/dia
- **Alimentos proibidos** → todas as frutas, pão, batata, arroz, massa, cenoura, milho, beterraba, bebidas alcoólicas



13

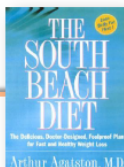
Dieta South Beach

2ª Fase

- Dura até que se atinge o peso desejado
- Reintrodução de algumas frutas, alguns legumes (cenoura e batata-doce), alimentos à base de soja, chocolate amargo e meio-amargo (com moderação), pão, arroz e massa inetgrais e vinho tinto
- Alimentos proibidos → melancia, abacaxi, uva-passa, sucos de fruta industrializado, beterraba, milho, batata comum, HC refinados

3ª Fase

- Objetivo → manter hábitos alimentares das fases anteriores mas todos os alimentos são permitidos
- De vez em quando pode-se exagerar mas compensar em seguida → retornar à 1ª fase por 1/2 semanas



14

Dieta South Beach

Vantagens

- ✓ Não há limitação na quantidade de ingestão de alimentos permitidos
- ✓ Preserva a massa muscular
- ✓ Papel importante na saciedade → ↑ proteína e corpos cetônicos
- ✓ Apela ao consumo de alimentos saudáveis e equilibrados o que poderá também evitar alguns déficits em vitaminas e minerais;
- ✓ Apenas restringe em grande parte o consumo de hidratos de carbono na 1ª fase da dieta
- ✓ Rápida de ↓ peso na 1ª fase → alternativa para quem deseja ↓ peso rapidamente e um incentivo para continuar a dieta
- ✓ Restringe o consumo de gorduras saturadas

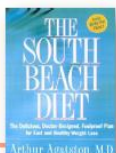


15

Dieta South Beach

Desvantagens

- ✗ É restrita em relação ao consumo de alguns alimentos saudáveis
- ✗ Sempre que se recuperar o peso terá retomar a fase mais rígida da dieta, a 1ª fase, o que proporciona o ganho de peso
- ✗ Permite comer um doce todos os dias



16

Dieta Dukan, Atkins e South Beach

Desvantagens

- ↑ risco de ocorrer uma recuperação rápida de grande parte do peso perdido
- Inicialmente a rápida de ↓ peso significa uma perda de fluidos e não de gordura → exclusão inicial de HC e do seu baixo consumo nas restantes fases da dieta
- Produção de corpos cetônicos → as reservas de glicogénio esgotam-se → o utilização de gordura e de tecido muscular para obter energia → náuseas, fadiga, tonturas, desidratação
- ↑ teor de proteínas → sobrecarga renal
- Desconforto gástrico → processo de digestão de proteínas e gorduras
- Do ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável, excluindo os alimentos ricos em HC
- Restrições energéticas e de nutrientes → pode provocar algumas carências de vitaminas, fibras, minerais e ácidos gordos insaturados
- Não estabelece as quantidades permitidas

17

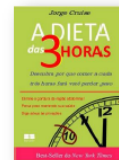
Dieta Dukan, Atkins e South Beach

Desvantagens

- ❑ Não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada, portanto não há mudança de hábitos alimentares → não há reeducação alimentar
- ❑ Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos
- ❑ Pobre em fibras → obstipação
- ❑ Falta de diversificação nas escolhas alimentares permitidas → repetição frequente de emens → difícil o cumprimento da dieta a longo prazo → desistência
- ❑ Difícil de seguir fora de casa
- ❑ Baixo sucesso da dieta devido à falta de adesão a longo prazo;
- ❑ Não conduz a uma perda de peso adicional a longo prazo
- ❑ Não dever ser seguida por longos períodos de tempo → consequências nefastas
- ❑ ↓ TMB → dificulta a manutenção do peso e promove o seu aumento após a dieta mesmo com a restrição alimentar imposta
- ❑ Risco de confundir os alimentos permitidos e proibidos em cada fase da dieta

18

Dieta das 3 horas



- 🕒 Criada norte-americano Jorge Cruise- treinador
- 🕒 **Objetivo** → Evitar longos períodos de jejum - impõe a realização de 1 refeição a cada 3 horas, sem limitar o consumo de nenhum alimento
- 🕒 **Princípio** → manter a regularidade no horário das refeições, fracionando a alimentação

Evitar que o organismo armazene energia em forma de gordura, pois ao expor o corpo a um consumo insuficiente de calorias, o organismo passa a reservar energia a fim de se proteger

A duração do processo de digestão dos alimentos é de cerca de 3 horas, realizando uma nova refeição nesse período estamos a forçar o nosso corpo a reiniciar o processo de digestão → gastar mais calorias → ↑ perder peso

19

Dieta das 3 horas



- 🕒 Permite o consumo de todos os alimentos
- 🕒 Recomendações e objetivos
- 🕒 Evitar esquecimentos que possam comprometer a principal regra da dieta de realizar uma refeição a cada 3 horas
- 🕒 Anotar os horários em que cada refeição deve acontecer
- 🕒 Prática de Atividade Física
- 🕒 Perda de 1kg por semana
- 🕒 Programar o alarme do telemóvel ou relógio para avisar quando é o momento que têm que ingerir novamente um alimento

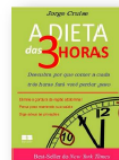


20

Dieta das 3 horas

Vantagens

- ✓ Favorece o metabolismo → nunca se está mais de 3 horas sem comer
- ✓ Não impede de se seguir as recomendações de uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada
- ✓ Evita hábitos alimentares atualmente muito comuns entre a população:
 - 🕒 Saltar de refeições, principalmente o pequeno-almoço
 - 🕒 Realizar apenas 3 refeições ao dia permanecendo longos períodos em jejum
 - 🕒 Substituir refeições completas por lanches/ petiscos ao longo do dia
- ✓ Não se torna difícil de cumprir a longo prazo
- ✓ Não há risco de confundir alimentos proibidos e alimentos permitidos
- ✓ Não incentiva ao consumo de alimentos que nefastos para a saúde



21

Dieta das 3 horas

Vantagens

- ✓ Não incentiva à exclusão de alimentos benéficos para a saúde
- ✓ Não é restrita em relação ao consumo de alimentos saudáveis
- ✓ Incentiva a prática de atividade física
- ✓ Prevenir os picos de glicémia e os picos de cortisol
- ✓ Há a possibilidade de escolher uma grande variedade de alimentos para a composição da ementa
- ✓ É fácil de seguir mesmo fora de casa



22

Dieta das 3 horas

Desvantagens

- ✗ Não estabelece as quantidades permitidas
- ✗ Não estabelece o tipo de alimentos que podem ser consumidos, nem mesmo quais os alimentos que se podem privilegiar
- ✗ É provável exceder o valor calórico aceitável para ↓ peso
- ✗ Há a possibilidade de a cada 3 horas consumir os alimentos preferidos → podem ser bastante calóricos → comprometendo assim ↓ peso
- ✗ O tempo de digestão dos nutrientes não é o mesmo para todos os alimentos e preparações, podendo acarretar assim uma sobreposição de refeições → poderá comprometer o emagrecimento
- ✗ Existe a possibilidade de esquecimento de comer de 3 em 3 horas



23

Dieta das 3 horas

Desvantagens

- ✗ Não incentiva ao consumo de alimentos benéficos para a saúde
- ✗ A necessidade de controlar rigorosamente o horário de cada refeição pode-se tornar maçante e complexo → impedindo sua adesão, em especial por aqueles que tem uma rotina atribulada e não dispõem de muito tempo
- ✗ Não incentiva à restrição de alimentos menos benéficos para a saúde
- ✗ Não incentiva a seguir uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada
- ✗ Apenas tem uma regra para ser seguida, podendo tornar-se monótona
- ✗ Não é composta por etapas



24

Dieta dos 17 dias

- Criada pelo médico norte-americano Mike Moreno
- **Objetivo** → não permitir que o metabolismo se adapte às calorias consumidas → é dividida em 4 Ciclos de 17 dias cada nos quais a quantidade de calorias e alimentos ingeridos mudam
- **Princípio** → Os 17 dias são considerados o tempo ideal para que ocorra a adaptação e adoção dos novos hábitos alimentares
- A quantidade dos alimentos deve ser modificada a cada ciclo → estimular o metabolismo → queimar calorias
- A prática diária de AF aeróbica é recomendada - 2 1^{as} ciclos → não deve exceder 17 minutos
- AF - Ciclos seguintes → pode ultrapassar 45 minutos diários no mínimo



25

Dieta dos 17 dias



Ciclo 1 – Acelerar

Objetivo - Acelerar o metabolismo para promover o emagrecimento rápido através da queima de calorias e evitar o armazenamento de gordura

- É permitido o consumo de carnes magras, clara dos ovos, verduras e legumes
- O consumo de laticínios e gorduras benéficas deve ser moderado
- O consumo de massas, arroz, doces e bebidas alcoólicas é excluído

Ciclo 2 – Ativar

Objetivo - reprogramar o metabolismo através de oscilações no consumo calórico → para promover a queima de gordura e evitar a estagnação do peso aumento na ingestão calórica seguido de uma redução

→ São acrescentados os cereais, as leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico), os tubérculos (batata, mandioca, inhame, etc), as frutas de baixo IG e probióticos.

26

Dieta dos 17 dias



Ciclo 3 – Conquistar

Objetivo - desenvolver e consolidar bons hábitos alimentares → controlo das quantidades consumidas, estabelecimento dos horários regulares para a alimentação de determinados alimentos, redução da vontade de consumir doces e melhoria do humor

→ Para otimizar a perda de peso, o consumo de HC não deve ocorrer após as 14 horas

Ciclo 4 – Manter

Ciclo Estratégico → Fds consomem-se os alimentos favoritos, que provavelmente são aqueles mais calóricos, voltando a adotar o regime das fases anteriores durante a semana → Oscilação nas calorias consumidas → Mantém o metabolismo acelerado → A Prática de atividade física também é uma recomendação.

27

Dieta dos 17 dias



Vantagens

- ✓ ↑ Metabolismo → oscilações no consumo calórico e consumo de alimentos termogénicos
- ✓ A dieta permite a ingestão de alimentos saudáveis - frutas, legumes e verduras e alimentos proteicos com teor reduzido de gorduras - leite desnatado, queijo branco, carnes magras e leguminosas
- ✓ Estabelece o tipo de alimentos que podem ser consumidos em cada fase
- ✓ Há a possibilidade de escolher uma grande variedade de alimentos para a composição da ementa
- ✓ É fácil de seguir mesmo fora de casa
- ✓ Não é restrita em relação ao consumo de alguns alimentos saudáveis
- ✓ É possível passar para a fase de manutenção a qualquer momento em que se atinja o peso desejado - não sendo necessário que as demais etapas sejam cumpridas

28

Dieta dos 17 dias



Desvantagens

- ✗ A restrição de HC na 1ª fase podem ocasionar fraqueza, tonturas, dores de cabeça, cansaço, mau humor e indisposição
- ✗ A prática de AF em momentos de restrição de HC pode representar um grande risco à saúde
- ✗ Não há evidência científica que comprove que as oscilações de calorias ingeridas favorecem o metabolismo
- ✗ Não é uma prática saudável → a rotina passa pela oscilação entre restrições e excessos, tanto existe um elevado consumo de calorias como uma redução drástica
- ✗ Não há regras nem restrições ao fids → pode fazer com que haja um consumo exagerado de alimentos muito calóricos e pouco saudáveis → podendo não haver a sua recuperação mesmo adotando as regras das fases anteriores à manutenção
- ✗ Não há um equilíbrio nas escolhas alimentares



29

Dieta dos 17 dias

Desvantagens

- ✗ É uma rotina que se pode tornar cansativa e difícil de cumprir, na medida em que há dias específicos em que não restrições alimentares
- ✗ Risco de confundir os alimentos permitidos e proibidos em cada ciclo da dieta
- ✗ De um ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável, excluindo os alimentos ricos em HC nas primeiras fases da dieta
- ✗ Não transmite conceitos de uma alimentação saudável e equilibrada → não há mudança de hábitos alimentares → não há reeducação alimentar → dificultando a manutenção do peso



30

Dieta do Arroz

Princípio

- O arroz tem ↓ Na e gorduras ↑ proteínas e potássio → favorecendo o emagrecimento
- É rico em fibras, especialmente o integral → auxilia o TI → evitando a obstipação → que pode também influenciar no peso corporal do indivíduo



- Não restringe os HC → privilegia os cereais, frutas, legumes e verduras
- Recomenda a ingestão de arroz integral - ao almoço e ao jantar e sua substituição por outras fontes de HC (milho, aveia, linhaça) - nas restantes refeições
- Possui a versão Lacto Vegetariana é intercalada com a Dieta tradicional durante todas as fases



Carnes e ovos são excluídos sendo permitidos apenas os produtos lácteos desnatados ou light como fontes de proteínas

31

Dieta do Arroz

Fase de Desintoxicação

- Dura 1 semana
- 1º dia → Versão Tradicional - cereais, frutas, legumes e verduras
- 6 dias → Versão Lacto vegetariana - são incluídas as leguminosas e laticínios magros
- Recomenda-se eliminar o Na da alimentação, ou não ultrapassar de 300 a 500mg diárias

Fase de Perda de Peso

- = Fase Detox - incluir 1 porção de peixe, frango, ovos ou carne magra num dos 6 dias
- Deve ser mantida esta fase até que se atinja o peso desejado

Fase de Manutenção

- = Fase Detox – incluir 1 porção de proteínas magras em 2 dos 6 dias
- O consumo de sódio permitido passa para 500 a 1000mg diários



32

Dieta do Arroz

Vantagens

- ✓ Estimula o consumo de alimentos benéficos como cereais integrais leguminosas, frutas, legumes e laticínios magros
- ✓ A dieta é rica em HC, vitaminas, minerais → ↓ os défices nestes nutrientes
- ✓ Alto teor em fibras promove a saciedade e manutenção do trânsito intestinal
- ✓ Elimina Gorduras saturadas da dieta
- ✓ Não há restrição na quantidade de alimentos permitidos → incentivo à dieta



Dieta do Arroz

Desvantagens

- ✗ Pode ocorrer exageros no consumo de alimentos permitidos
- ✗ Não estabelece as quantidades permitidas
- ✗ Restrição da carne, pescado e ovos durante a maior parte do tempo → dificulta a adesão à dieta e compromete o fornecimento de aa, Prot. Fe, Zn e Vit. B12
- ✗ Restrição das gorduras → prejudica a absorção e o transporte de Vit. Lipossolúveis
- ✗ Restrição de sódio a longo prazo → não é recomendado na hipotensão e pode comprometer a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico do organismo e a transmissão de impulsos nervosos entre neurónios
- ✗ Monótona → alimentos repetidos muitas vezes, principalmente o arroz → prejudica a adesão e afeta a variedade de nutrientes → prejudica a qualidade da alimentação
- ✗ A dieta não transmite a seus adeptos os conceitos de uma alimentação saudável → não promove uma reeducação alimentar → comprometem a manutenção do peso atingido
- ✗ De um ponto de vista nutricional, não é equilibrada nem completa, pelo que não segue as recomendações de uma alimentação saudável



Dieta do PH

Princípio

60% de alimentos alcalinos
40% de alimentos ácidos

Auxilia o organismo a eliminar toxinas e a ↓ retenção de líquidos → favorece a peso até 2kg/semana

Equilíbrio

Ingerir alimentos alcalinos neutraliza os ácidos evita:

- Interferências no metabolismo
- Desregulação do apetite
- Produção de radicais livres,
- Retenção de líquidos
- Acumulação de gorduras

O pH de um alimento não está relacionado ao seu sabor

Uma fruta ácida como o abacaxi, pode ajudar o organismo a libertar componentes alcalinos



Dieta do PH

Alimentos Ácidos

Café, bebidas alcoólicas, refrigerantes, sal, açúcar, carnes, peixes, leite e derivados (queijo, creme de leite, iogurte, requeijão), farinhas e pães, ovos, doces, óleos, mel, geleias, chocolate, adoçantes e alimentos industrializados, diet e light



Alimentos Alcalinos

Abacaxi, lentilha, cebola, brócolis, lima, melão, nectarina, couve, alho, castanhas, maçã, espinafre, produtos integrais, azeite de oliva, abóbora, beterraba, alface, abobrinha, batata doce, figo, mamão, kiwi, amoras, pêra



Recomenda também a restrição de bebidas alcólicas, o controlo do stress e a manutenção do equilíbrio da alimentação → Evitar o desequilíbrio

Dieta PH

Vantagens

- ✓ A dieta não restringe o consumo de grupos alimentares específicos
- ✓ Estimula o consumo de alimentos saudáveis
- ✓ Limita o consumo de vários alimentos nefastos para a saúde o que contribui para evitar o consumo de açúcar, gorduras saturadas, Na, corantes e conservantes
- ✓ É rica em vitaminas, minerais o que ↓ a deficiência de alguns destes nutrientes
- ✓ Estabelece uma orientação para a quantidade de alimentos ácidos e alcalinos que se devem consumir
- ✓ Poderá ser equilibrada, completa e saudável dependendo das escolhas alimentares



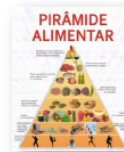
Dieta do PH

Desvantagens



- ✗ Limita em parte o consumo de carnes, pescado, ovos e laticínios → pode comprometer a ingestão de nutrientes essenciais → Déficits de Fe, Zn, Vit. do complexo B e Ca
- ✗ Acreditar ↓ peso ocorre devido ao PH o que não é necessariamente verdade → limita fast food, doces, refrigerantes, bebidas alcólicas e produtos industrializados
- ✗ Não promove uma reeducação alimentar → comprometendo assim a manutenção do peso atingido
- ✗ É monótona por longos períodos → os alimentos que a compõem são sempre os mesmos
- ✗ Não é composta por etapas com objetivos definidos
- ✗ É necessário conhecer a lista de alimentos considerados ácidos e alcalinos e em que quantidade devem ser consumidos → não ocorrer o risco de confundimento
- ✗ Poderá ser uma dieta desequilibrada e incompleta dependendo das escolhas alimentares

Dieta da Pirâmide



- △ É dividida por 8 grupos alimentares
- △ Os grupos são reunidos segundo as características nutricionais dos alimentos que os compõem e o valor calórico da porção
- △ É baseada numa dieta de 2.000Kcal/dia
- △ Deve-se consumir > quantidades os alimentos da base, quantidades moderadas os que estão a meio e em < quantidades aqueles que estão no topo

• 150 kcal
 • É o > grupo e constitui a base da pirâmide
 • É composto por HC como pão, arroz, massa, farinha, batata
 • 5 a 9 porções /dia

Cereais e Derivados



• 15 Kcal
 • É composto por verduras e legumes
 • Fontes de fibras, vitaminas e minerais
 • 4 a 5 porções/dia

Hortaliças



• 70 Kcal
 • É composto por Frutas
 • Fontes de fibras, vitaminas e minerais
 • 3 a 4 porções/dia

Frutas



Dieta da Pirâmide

• 55 kcal
 • É composto por fontes de proteína de origem vegetal como feijão, grão, lentilhas, soja
 • 1 porção/dia

Leguminosas



• 190 Kcal
 • Principal fornecedor de proteínas
 • É composto por carne, pescado e ovos
 • 2 porções/dia

Carne e Ovos



• 120 Kcal
 • Fornecedor de proteína e cálcio
 • É composto por leite, iogurtes, queijos
 • 3 a 4 porções/dia

Leite e Derivados



• 73 kcal
 • É recomendado dar preferência ao azeite, linhaça e oleaginosas
 • 2 porções/dia

Óleos e Gorduras



• 110 Kcal
 • É formado pelos produtos açucarados
 • 2 porções/dia

Açúcares e doces



Dieta da Pirâmide

Vantagens



- ✓ Inclui todos os grupos alimentares que devem fazer parte de uma alimentação saudável, equilibrada e completa e como os devemos dividir ao longo do dia
- ✓ Discrimina as porções com as respetivas calorias que devem ser consumidas em cada grupo
- ✓ Reunir os alimentos em grupos pode facilitar a compreensão da ideais transmitidas
- ✓ Transmite informações necessárias para a adoção de uma alimentação saudável → reeducação alimentar e a manutenção do peso atingido
- ✓ Garante um equilíbrio no aporte de macro e micronutrientes
- ✓ É promovida a diversificação e o equilíbrio nas escolhas alimentares
- ✓ É fácil de adaptar à rotina diária e os gostos alimentares pessoais
- ✓ Tem uma base científica



Dieta da Pirâmide

Desvantagens

- ✗ Pode ser utilizada para manutenção/ perda de peso → a divisão dos grupos é adaptada de maneira diferente dependendo da finalidade
- ✗ É baseada numa dieta de 2000 kcal, cada indivíduo tem necessidades diferentes quer o objetivo seja manter/perder peso → a determinação da restrição calórica e seguida as adaptações nas recomendações de cada grupo devem ser estabelecidas por um nutricionista → o consumo mínimo recomendado para cada grupo de forma a que ocorra ↓ peso e que não haja défices nutricionais
- ✗ Criar as suas próprias orientações pode comprometer a ingestão de nutrientes
- ✗ Pode ser confusa e de difícil interpretação → pode ser aplicada incorretamente → favorecendo um grupo e prejudicando outro
- ✗ Não é composta por etapas com objetivos definidos



Dieta das Frutas



Princípio

- ❖ As frutas possuem poucas calorias, são fontes de fibras, vitaminas, minerais e água
- ❖ Têm um sabor bastante agradável e existe uma grande variedade

- ❖ Alternativa para quem deseja ↓ peso rápido → 4 kg/semana
- ❖ Só deve ser seguida por pessoas saudáveis, que não tenham problema de saúde
- ❖ Máximo 10 dias

- Pequeno-Almoço** - 2 porções de frutas
- Almoço** - 2 porções de frutas + 1 porção (= unidade) de carne/peixe/ovo
- Lanche da Tarde** - 2 porções de frutas
- Jantar** - 2 porções de frutas + 1 porção de Lactícínios (3 fatias de muzzarela light/ 2 iogurtes desnatados/ 2 copos de leite desnatado/ 50 g de queijo branco/ricota light)

Dieta das Frutas

Vantagens

- ✓ É uma alternativa para quem deseja perder peso rapidamente, ou seja, pode ser feita em um momento de emergência onde é preciso emagrecer de forma imediata
- ✓ Promove o consumo de frutas, que são fontes de vitaminas, minerais e fibras importantes para o organismo



Dieta das Frutas

Desvantagens

- ✗ É muito restritiva tanto na qualidade como na quantidade de alimentos e calorias a serem ingeridos → comprometendo a ingestão de nutrientes essenciais
- ✗ É possível sentir tonturas, fraquezas, cansaço e indisposição, já que o fornecimento de energia é insuficiente para o bom funcionamento do organismo
- ✗ Pode provocar défices de macronutrientes e micronutrientes
- ✗ Após o término, o recomeço à alimentação normal pode dificultar a perda de peso e até mesmo favorecer a recuperação de todo o peso perdido
- ✗ A rápida perda de peso para além resultar na perda de gordura, existe também resulta numa perda significativa de fluídos e de massa muscular
- ✗ Difícil de seguir fora de casa falta de diversificação nas escolhas alimentares
- ✗ ↓ MB



45

Dieta das Frutas

Desvantagens

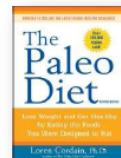


- ✗ É composta apenas por 3 grupos alimentares: Fruta, Carne e derivados e Lactínicos → excluindo todos os outros essenciais ao bom funcionamento do organismo
- ✗ É extremamente monótona, sendo difícil de cumprir mesmo por 10 dias → dificulta a adesão à dieta
- ✗ Não incentiva a seguir uma alimentação saudável, na qual a dieta é equilibrada, completa e variada → não há reeducação alimentar
- ✗ O excesso no consumo de frutas pode resultar numa sobrecarga do fígado, pâncreas e rins
- ✗ É muito monótona, havendo falta de diversificação nas escolhas alimentares

46

Dieta Paleo

Foi desenvolvida com base no consumo alimentar dos ancestrais humanos do Paleolítico



Objetivo Regressar à alimentação dos homens das cavernas

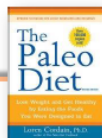
Princípio As doenças crónicas são uma resposta do corpo ao **excesso de HC, açúcar e alimentos processados** que são impostos pela dieta contemporânea

Alternativa - Adotar uma alimentação para a qual o nosso organismo foi moldado durante milhões de anos de evolução já que os nossos genes são idênticos aos dos nossos ancestrais → **Alimentação semelhante ao que fazia no passado**

- Não é permitido o consumo de todos os alimentos processados, lactínicos, leguminosas, cereais e açúcares
- É permitido o consumo de carne, peixe, ovos, tubérculos, raízes, hortícolas, sementes, gorduras, frutos secos e fruta com moderação
- Os alimentos devem ser confeccionados a temperaturas baixas, e no forno

47

Dieta Paleo

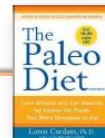


Vantagens

- ✓ Resulta na maioria dos casos, numa >↓ peso e ↓ PC em relação a outras dietas
- ✓ Os estudos reforçam uniformemente os seus benefícios, sendo os seus efeitos para a saúde promissores
- ✓ Melhoria da fadiga, cefaleias, cansaço generalizado, prisão de ventre, sensibilidade à insulina, perfil lipídico e glândulas endócrinas
- ✓ Promove o consumo de alimentos naturais de fonte animal e vegetal, carne magra, peixe, ovos, nozes, frutas e legumes
- ✓ É completamente desprovida de alimentos processados
- ✓ É rica em fibras, vitaminas, minerais, e fitoquímicos, sendo ainda elevada em potássio e pobre em sódio
- ✓ Tem evidência científica

48

Dieta Paleo

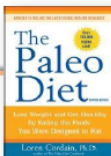


Vantagens

- ✓ Contempla várias das recomendações nutricionais atuais para ↓ o risco de desenvolvimento de doenças crónicas
- ✓ Pode-se perder até 7 kg no 1º mês
- ✓ Ajuda a controlar a diabetes, o colesterol e a tensão arterial, e a prevenir distúrbios metabólicos, problemas cardíacos e obesidade
- ✓ Acaba por não ser primariamente um programa de perda de peso, pelo contrário → incide essencialmente na promoção da saúde
- ✓ Melhoria da composição corporal e aptidão cardiorrespiratória



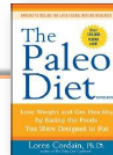
Dieta Paleo



Desvantagens

- × Existe alguma inconsistência nos seus guidelines, podendo ocorrer exageros naqueles alimentos permitidos
- × Após a ↓ de peso no 1º mês o ritmo de ↓ peso torna-se bastante + lento
- × Não deve ser seguida por adolescentes nem por mulheres que se encontrem na menopausa → fornece um baixo teor de cálcio
- × Acaba por se tornar monótona a longo prazo
- × Elevado risco de ocorrer uma recuperação rápida de grande parte do peso perdido
- × Uma verdadeira dieta paleolítica aplicada sem restrições no que diz respeito à ingestão de carnes, ovos, nozes e óleos, poderá proporcionar um consumo elevado de GT, GS e Col. → negligenciando as guidelines estabelecidas pela AHA em relação a uma dieta saudável para o coração

Dieta Paleo

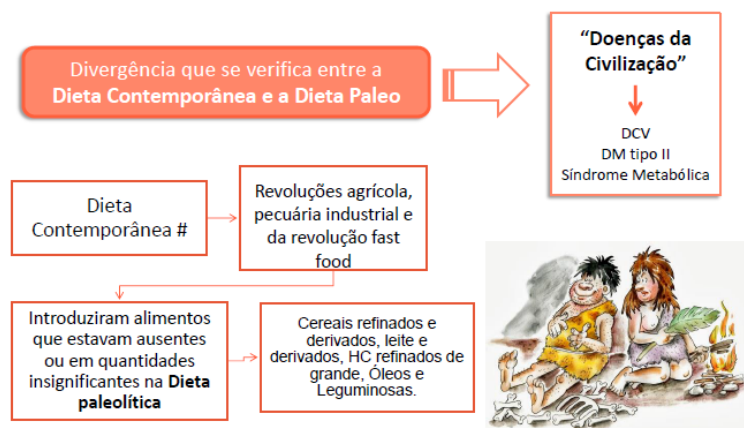


Desvantagens

- × Está associada a alterações prejudiciais nos níveis lipídicos do sangue em indivíduos saudáveis
- × Contempla apenas 3 grupos alimentares, carne e derivados, Hortícolas e Frutas, podendo haver défices de nutrientes de outros grupos
- × Não estabelece orientação para a quantidade de alimentos que se deve consumir
- × O contexto de vida dos nossos ancestrais no que se refere a um "estilo de vida" foi desenvolvido noutras condições → replicar tudo poderá ser bastante complexo



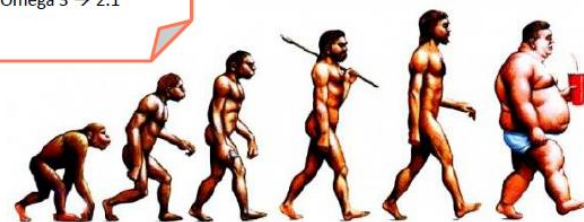
Dieta Paleo Vs Atualidade



Dieta Paleo Vs Atualidade

Dieta Paleo

- 35 e 45% HC Frutas e Hortaliças
- 30 a 34% Proteína
- 21 a 35% Lípidos
- 7,5 % - Gordura Saturada
- Insignificante – Gorduras Trans
- Ómega 6/ Ómega 3 → 2:1



Desvantagens

- Não tem em conta a rotina diária e os gostos alimentares pessoais o que pode dificultar a adesão à dieta
- Não se consegue avaliar a eficácia da dieta e se há uma perda de peso sem comprometimento da saúde
- Realizada sem qualquer acompanhamento profissional para tirar dúvidas e oferecer orientação
- Não há ferramentas para auxiliarem no processo de emagrecimento



Diets da Moda

Prometem...

Uma solução rápida na perda de peso

**Efeito
Yô-Yô**



No entanto...

Geralmente são difíceis de sustentar

A longo prazo podem ser prejudiciais à saúde

Diets da Moda



Pontos Positivos



Pontos Negativos

Dietas "milagrosas" prometem reduzir uma grande quantidade de quilos em muito pouco tempo

São baseadas na ingestão **muito reduzida** de calorias e geralmente eliminam grupos alimentares inteiros

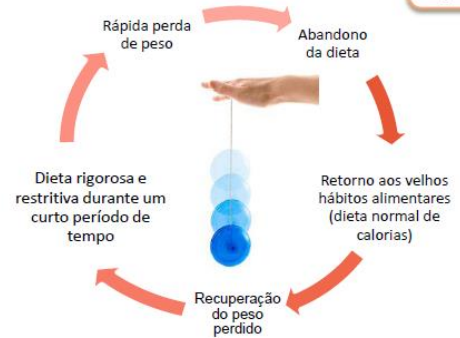
Ineficientes para suprir as atividades básicas do organismo humano e manter o seu bom funcionamento

Podem consumir muito a pessoa, **física e psicologicamente**, devido às expectativas serem **irrealistas**

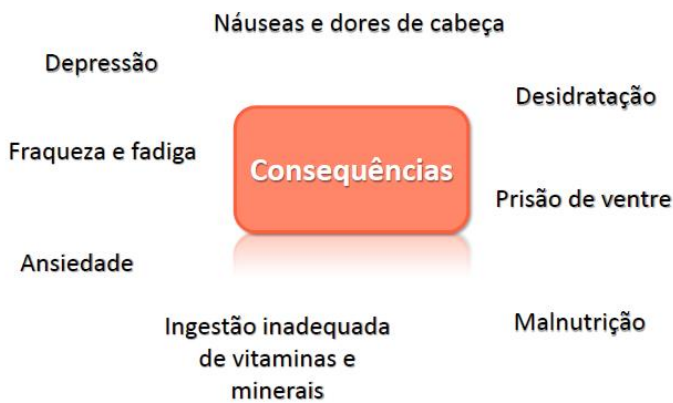


Efeito YôYô

O efeito yô-yô deve-se ao ganho e perda de peso sucessivos



Pontos Negativos



Dieta, Metabolismo e Massa Muscular

Ingestão insuficiente de calorias

O corpo entra em modo de fome e diminui o seu metabolismo para fazer um uso mais eficiente de todas as calorias ingeridas

O corpo tenta conservar as reservas de gordura e por isso começa a "queimar" músculo em vez de gordura para atender as necessidades energéticas

PERDA DE ÁGUA
Criando a ilusão de rápida perda de peso



DIMINUIÇÃO DA TAXA METABÓLICA
Fácil ganho de peso após dieta




62

Perda de Peso?

Rápida perda de peso → pouco efeito sobre a gordura corporal

Perda de água



Perda de massa muscular

Fácil recuperação do peso perdido assim que a dieta é interrompida

63

Adesão

Podem se tornar difíceis de seguir

Diets da moda têm baixa adesão



Quando se come fora de casa
Quando a alimentação se torna monótona
Quando se tem que fazer refeições não só para si mas também para toda a família
Quando exigem muito tempo e dedicação em torno da alimentação

A perda de peso bem sucedida a longo prazo requer mudanças no estilo de vida

64



Lactantes

Diets da Moda

↓
Não levam em consideração as necessidades nutricionais de cada indivíduo



Gestantes

Contra-indicadas

Adolescentes

Indivíduos com problemas de saúde ou carências nutricionais

Crianças

Idosos

Evidência Científica.....?

E evidência sugere... Tem-se observado.. Um estudo mostrou que...
 Foi provado cientificamente que...



Dietas da moda fazem alegações científicas pouco plausíveis sobre a perda de peso e normalmente fornecem **pouca** ou **nenhuma** evidência científica para apoiar as suas alegações.

Referências Bibliográficas

1. Nascimento da Silva, Z. *et al.* (2014). 'Effect of the "protein diet" and bone tissue'. *Nutr Hosp.*, 29, 1, pp. 140-145.
2. Aparicio, V. A. *et al.* (2013). 'High-Protein diets and renal status in rats'. *Nutr Hosp.*, 28, pp. 232-237.
3. Lis, K. (2013). 'Influence of diet on the results of laboratory tests'. *Studia Medyczne*, 29, 4, pp. 349-354
4. Lagiou, P. L. *et al.* (2012). 'Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study'. *BMJ*, 344, pp. 4026
5. Russell, W. R. *et al.* (2014). 'High-protein, reduced-carbohydrate weight-loss diets promote metabolite profiles likely to be detrimental to colonic health'. *Am J Clin Nutr*, 93, pp. 1062-72.
6. Ansel, K., M.S, R.D e C.D.N. (2011). *The Dukan Diet*. Disponível on-line em: <http://www.eatright.org>. Último acesso em 14-03-2014
7. Delange, J. (2013). *Eat, Move & Love: Protein-oriented diets*. Disponível on-line em: <http://julien.gunnm.org>. Último acesso em 16-03-2014.
8. Lindeberg, S. (2005). 'Palaeolithic diet'. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 49, 2, pp. 75-77

Referências Bibliográficas

9. Sabry, M. O. D., Sá, M. L. B. e Sampaio, H. A. C. (2010). 'Paleolithic diet in the prevention of chronic diseases'. *Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr*, 35, 1, pp. 11-127
10. Singh, R. B., Meester, F. D., Juneja, L. e Wilson, D. W. (2013). 'The Evolution of Diet and Total Health'. *Webmed Central MEDICINE*, 4, 4, pp. 4186
11. Frassetto, L. A., Schloetter, M., Mietus-Synder, M., Morris Jr, R. C. e Sebastian, A. (2009). 'Metabolic and physiologic improvements from consuming a paleolithic, hunter-gathered type diet'. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, pp. 947-955
12. Texler, E., Smith, M.M., Sommer, A.J., Starkoff, B.E., e Devor, S.T.(2013). 'Paleolithic Diet is Associated With Unfavorable Changes to Blood Lipids in Healthy Subjects'. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45, pp. 550
13. Sacks FM., Bray GA., Carey VJ., et al. (2009) 'Comparison of weight loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates'. *N Engl J Med*, 360, pp. 859-73.
14. Matias, D., Dias, I. (2006) 'Popular Diets - Caracterização Nutricional'. *Revista Alimentação Humana*. 12, pp. 58-68.
15. Jeor, S.T., Howard, B.V., et al. (2001) 'Dietary Protein and Weight Reduction: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism'. *The American Heart Association, Circulation*. 104, pp. 1869.

FIM

Anexo 34

 **Ciências da Nutrição**
Estágio Profissionalizante II
2013/2014 

Doenças Auto-Imunes



Orientadora: Dr^a Rita Fernandes
Estagiária: Gilda Brandão

Tolerância Imunológica

2

Tolerância
→ Falta da resposta imunológica a um antígeno, devido à sua inativação ou eliminação

Auto-tolerância
→ Tolerância aos antígenos próprios

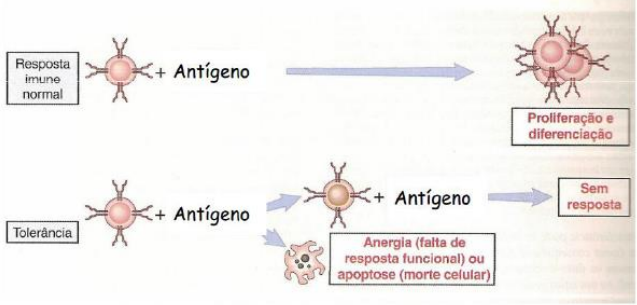
Ausência de resposta imune específica contra auto-Ags

Auto-tolerância

- Propriedade do Sistema Imunológico Normal
- Falha da auto-tolerância → Auto-imunidade

Tolerância Imunológica

3



Resposta imune normal + Antígeno → Proliferação e diferenciação

Tolerância + Antígeno → Anergia (falta de resposta funcional) ou apoptose (morte celular) → Sem resposta

Tolerância Imunológica

4

Imunogénio → Substância que induz resposta imune

Tolerogénio → Substância que induz tolerância

Características Gerais da Tolerância

- Processo ativo específico induzido pelo Ag
- Envolvimento de células B, Th, Tc, TReg.
- Tolerância pode perdurar por longo período

Auto-Imunidade

5

Auto-imunidade é uma falha ou interrupção dos mecanismos responsáveis por manter a **auto-tolerância** → **Respostas imunitárias** contra as células e tecidos do **próprio** organismo

Qualquer doença que resulte num tipo de resposta imunitária contra alvos existentes no próprio indivíduo é chamada de doença auto-imune

A auto-imunidade como causadora de doença não é frequente, uma vez que existem mecanismos que mantêm um estado de tolerância aos anticorpos do próprio organismo → podendo tornar-se patológica caso exceda um certo limiar

Auto-Imunidade

6

A auto-Imunidade pode ser patológica, mas não o é essencialmente
→ Numerosas descrições de auto-anticorpos e de linfócitos B e T auto-reativos, em indivíduos normais

A presença de Auto-Imunidade

- Não é sinónimo da doença autoimune;
- deverá estar associada a um quadro clínico correspondente;
- Deverá obrigar a estudos subsequentes e à sua monitorização;
- Poderá ser preditivo de certas patologias.

Doenças Auto-imunes

7

- Constituem um grupo de mais de 100 doenças relacionadas entre si, que atingem simultaneamente ou sequencialmente qualquer órgão ou sistema do nosso organismo
- Podem afetar vários sistemas como o sistema nervoso, os aparelhos digestivo e respiratório, pele, sangue, olhos, articulações e glândulas endócrinas.

O sistema imunitário destrói o próprio organismo e os órgãos que deveria proteger

Doença Auto-Imune → Resposta imunitária específica contra o próprio → Inflamação crónica → Danos tecidulares

- Surgem quando as Respostas auto-ímmunes são frequentes, porém transitórias e reguladas.

Etiologia

8

As doenças autoimunes são complexas e têm causas multifactoriais

Fatores de risco:

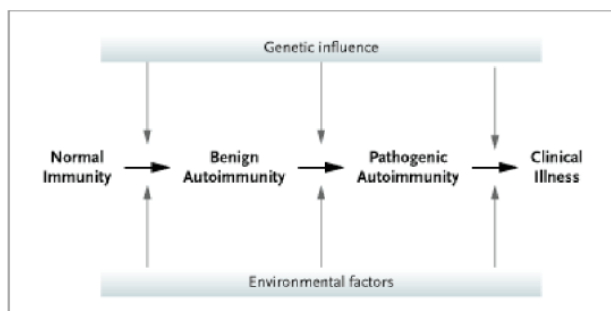
- Ambientais
→ Drogas, Hormonas, Infecções
- Genéticos
→ HLA
- Regulação da resposta imune
→ Deficiência Imune

Fatores predisponentes:

- Suscetibilidade Genética
- Idade
- Sexo
- Raça

Etiologia

9



Etiologia

10



Fatores desencadeantes

- **Infeções**
 - Ativando APC's
 - Mimetismo molecular
 - Favorecendo a expressão HLA II
 - Originando neoantigêneos
- **Agentes Químicos**
 - Alterando o equilíbrio imunológico
- **Agentes Físicos**
 - Exposição a luz UV

Mecanismos de Auto-Imunidade

11



- **Falha na deleção clonal tímica**
 - Raro humanos
- **Ruptura da anergia clonal**
 - Infeções que ativam APCs e induzem expressão de moléculas co-estimulatórias
 - Infeções que induzem a expressão de IL-2
 - Infeções que induzem a expressão do gene FAS e do seu ligando
- **Desequilíbrio dos mecanismos de controlo da RI**
 - Células Supressoras e reguladoras
 - Balanço citocínico Th1/Th2
 - Controlo da apoptose
- **Alterações da apresentação antigénica**
- **Mecanismos da ativação celular**

Risco Imunogenético na Auto-imunidade

12



- Aumento da incidência, na mesma família, da mesma ou de outra doença auto-imune;
- Aumento da incidência de Auto-anticorpos nos familiares de 1º grau dos doentes;
- Aumento da incidência em gémeos monozigóticos;
- Associação a haplotipos HLA I e II
- Associação a deficiências genéticas do sistema do complemento
- Genes de suscetibilidade em famílias com doenças auto-imunes
- Associação a polimorfismos de genes de imunorregulação
- Mutação de um único gene pode associar-se a doenças auto-imunes

Doenças Auto-ímmunes em Órgãos Específicos

13

Doença	Mecanismos da Lesão	Auto-antígeno
Febre Reumática aguda	Infamação, ativação dos macrófagos → Miocardite, Artrite	Miocárdio
Anemia Hemolítica auto-ímmune	Destruição dos eritrócitos → Hemólise, Anemia	Eritrócitos
Púrpura trombocitopénica idiopática	Destruição Plaquetária → Sangramento	Plaquetas
Anemia perniciosa	Neutralização do Fc → ↓ absorção de Vit. B12 → eritropoese anormal e anemia	Fator intrínseco
Doença de Graves	Estimulação da tiróide → Hipertiroidismo	Recetor da TSH
Myasthenia Gravis	Bloqueio/lesão do recetor → Fraqueza muscular, paralisia	Recetor da ACh
Diabetes Mellitus tipo 1	Inibição da libertação de insulina → Hiperglicémia, Cetoacidose	Recetor da Insulina
Síndrome de Goodpasteur	Lesão da MB → Nefrite, hemorragia pulmonar	Membrana basal pulmonar

Doenças Auto-ímmunes Sistémicas

14

Doença	Mecanismos da lesão	Auto-antígeno
Espondilite Anquilosante	Vértebras	Complexos Imunes
Esclerose Múltipla	Cérebro	Células Th1 e Th2, Anticorpos
Artrite Reumatóide	Tecido Conjuntivo, IgG	Anticorpos, Complexos Imunes
Esclerodermia	Núcleo, coração, TGI, rins, pulmão	Anticorpos
Síndrome de Sjögren	Glândulas Salivares, rins, tiróide, fígado	Anticorpos
Poliartrite Nodososa	Vasculite	Vírus da hepatite B
Lúpus Eritematoso Sistémico	Nefrite, Artrite, vasculite	DNA, nucleoproteínas
Doença do Soro	Artrite, Vasculite, nefrite	Várias Proteínas

Outras Doenças Auto-ímmunes

15

- Síndrome Antifosfolipídica (SAF)
- Doença de Behçet
- Artrite Psoriática
- Polimiosite e Dermatomiosite
- Doença de Crohn
- Doença Celíaca
- Hepatite Auto-Ímmune
- Síndrome de Sjögren

Diagnóstico

16

Utilidade da deteção de auto-anticorpos

- **Diagnóstico**
 - Prático e rápido
- **Atividade da Doença**
 - Alguns estão implicados na patogénese da doença e no seu desenvolvimento (exacerbação)
- **Preditivos de Doença**
 - Desenvolvem-se muitas vezes antes da manifestação clínica
- **Formas clínicas**
 - Alguns diferenciam a forma clínica da doença

Tratamento

17

Objetivos

- **Atuar sobre o órgão lesado**
 - Anti-inflamatórios – AINES
 - Imunosupressores – Metotrexato
 - Corticoides - ↓ da expressão de IL-1 IL-6 e TNF-α
- **Modular a resposta específica ao Ag**
 - Reconstruir o sistema imune
 - TMO
 - Igs intravenosas
 - Vacinas com LyT
- **Alterar a resposta/ativação imune**
 - Inibidores de células T
 - Acs anti- CD-2
 - Acs anti- CD-3
 - Acs anti- IL-2Ra
 - Citocinas protetoras ou anti-inflamatórias
 - IL-10 e IL-4

Corticoides
Acs anti-TNF-α
Imunosupressores

Terapia Nutricional

18

Fatores Nutricionais Protetores da Auto-imunidade

↑ Vit. D	AG Ómega 3	Leite Materno	Antioxidantes
<ul style="list-style-type: none"> • DM I • Psoríase • AR • EM 	<ul style="list-style-type: none"> • DM I • AR • Psoríase • Doença de Crohn • Colite Ulcerosa • EA • EM 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença Celíaca • AR • Doença de Crohn • Colite Ulcerosa • DM I 	<ul style="list-style-type: none"> • DM I • EM • AR

Terapia Nutricional

19

Fatores Nutricionais Desencadeantes da Auto-imunidade

<p style="text-align: center;">↓ Vit. D</p> <ul style="list-style-type: none"> • DM I • LES • AR • EM • S. Sjogren 	<p style="text-align: center;">Recetores de Vit. D</p> <ul style="list-style-type: none"> • AR • Tiróidite de Hashimoto • Doença de Crohn 	<p style="text-align: center;">↓ Leite Materno</p> <ul style="list-style-type: none"> • DM I • Doença celíaca 	<p style="text-align: center;">Carne Vermelha</p> <ul style="list-style-type: none"> • AR
---	--	---	--

Terapia Nutricional na Inflamação

20

Dieta Rica	Dieta Pobre
 Ómega 3 e 6	 Açúcares
 Frutas e Vegetais	 Gorduras saturadas
 Fibra	 Alimentos Refinados
 Antioxidantes	



Pirâmide Alimentar Anti-Inflamatória

Frutas e Vegetais	Flavonóides e Carotenóides → atividade antioxidante e anti-inflamatória.
Leguminosas	Ricas em Ácido Fólico, Mg, K e Fibra
Cereais Integrais	HC de absorção lenta → Atividade Anti-inflamatória
Gorduras Saudáveis	MUFA e Ômega-3 → Propriedades Anti-Inflamatórias
Pescado	Ômega-3 → Propriedades Anti-Inflamatórias
Soja	Isoflavonas → Atividade Antioxidante
Cogumelos Asiáticos	Propriedades Anti-inflamatórias

Pirâmide Alimentar Anti-Inflamatória

Outras fontes de Proteína	↓ Atividade Anti-inflamatória
Ervas e Especiarias	Propriedades Anti-inflamatórias
Chá	Catequinas → Atividade Antioxidante e Anti-Inflamatória
Suplementos	Vit. C, E, D, A, Selênio, Ômega-3
Vinho Tinto e Chocolate Preto	Polifenóis → Atividade Antioxidante

Ação da Vitamina D no Sistema Imunitário

Principais funções da vitamina D no sistema imunológico:

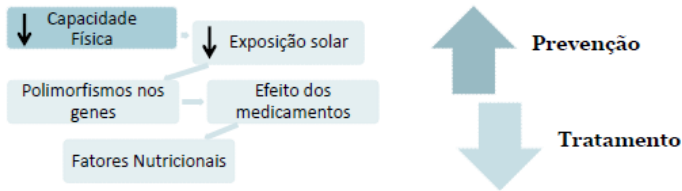
- Regulação da diferenciação e ativação de linfócitos CD4;
- Aumento do número e função das células T reguladoras ;
- Inibição *in vitro* da diferenciação de monócitos em células dendríticas;
- Diminuição da produção das citocinas interferon- γ , IL-2 e TNF- α , a partir de células Th1 e estímulo da função células Th2 *helper*;
- Inibição da produção de IL-17 a partir de células Th17 e estimulação de células T NK *in vivo* e *in vitro*.

Vitamina D nas Doenças Auto-imunes

25

Vitamina D → Aumento da imunidade inata associado a uma regulação multifacetada da imunidade adquirida

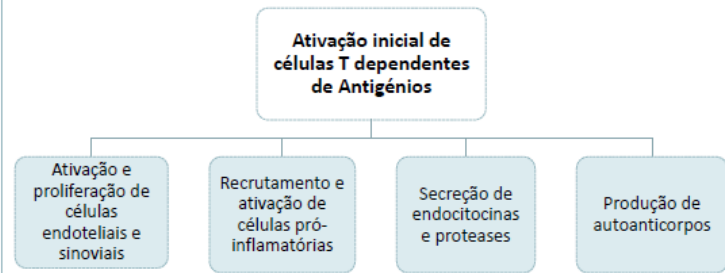
Deficiência → prevalência de algumas doenças autoimunes como DMID, EM, AR, LES e DII



Artrite Reumatóide

26

É uma doença auto-imune, inflamatória crónica. Apresenta como manifestação predominante o envolvimento repetido das estruturas articulares e periarticulares, podendo, contudo, afectar o tecido conjuntivo.



Artrite Reumatóide e Vitamina D

27

Vitamina D

Associada à exacerbação da resposta imunológica Th1



AR

Deficiência de vitamina D em pacientes com AR
Presença de 1,25(OH)2D3 e do RVD em macrófagos, condrócitos e sinoviócitos nas articulações destes pacientes

Papel

Patogénese, Atividade e Tratamento da AR

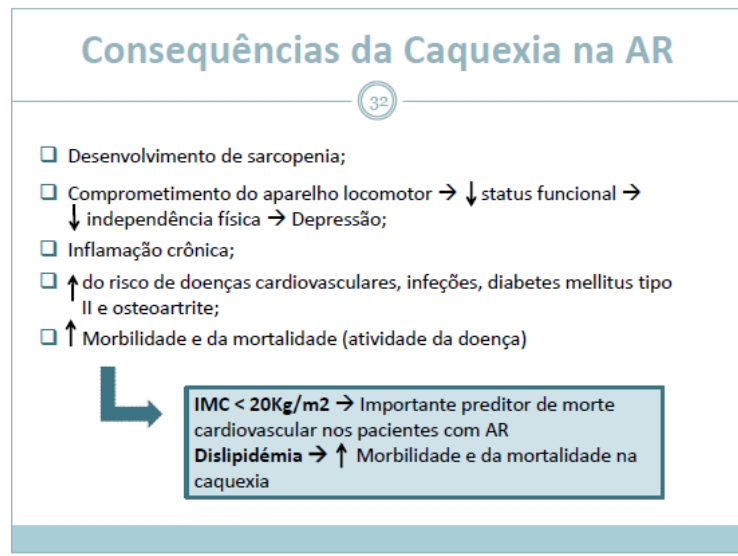
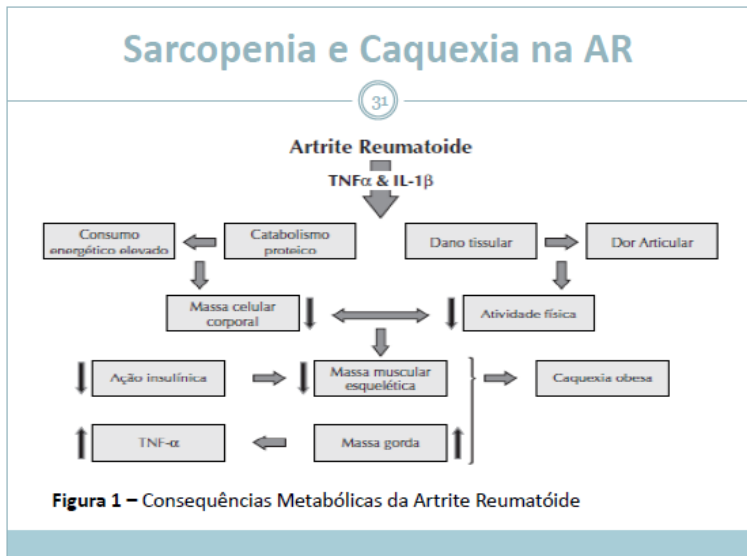
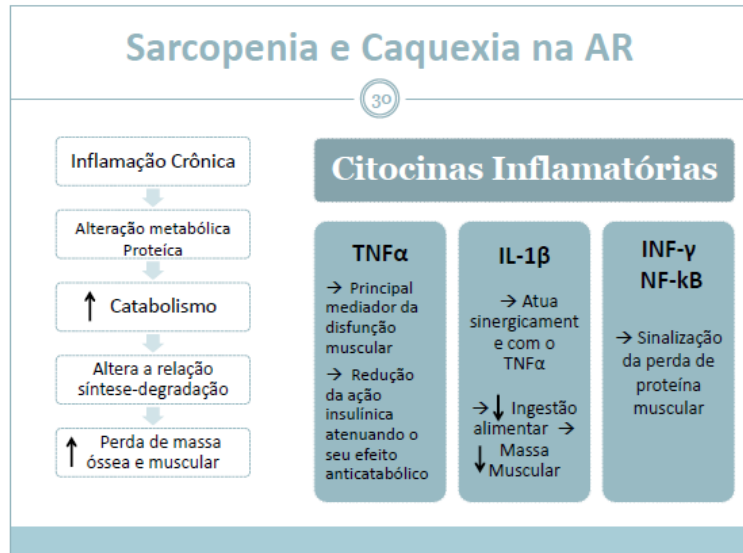
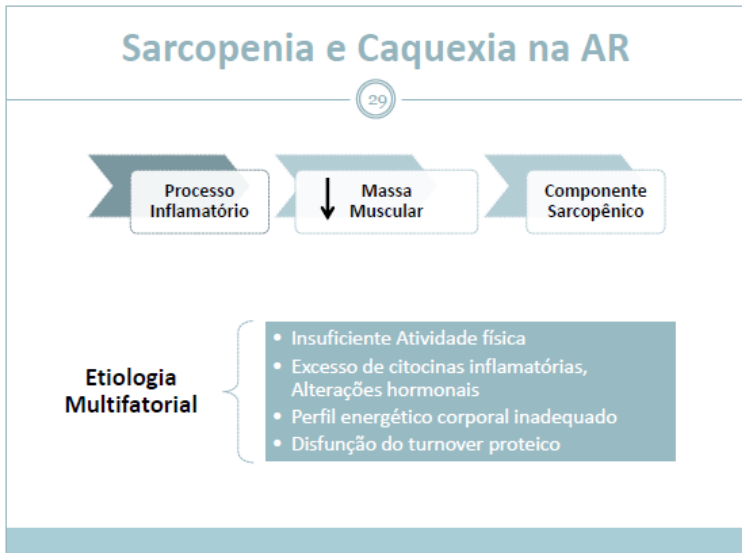


Sarcopenia e Caquexia na AR

28

Sarcopenia Perda progressiva e generalizada da massa muscular esquelética e da função muscular (força e desempenho)

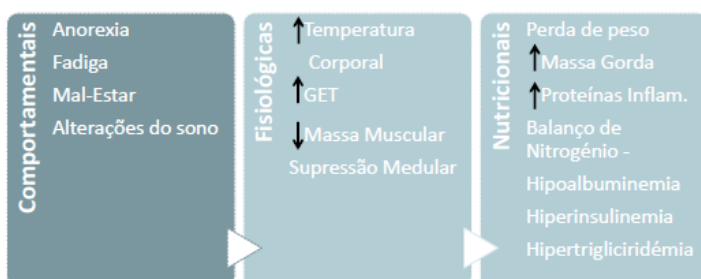
Caquexia Síndrome metabólica multifatorial complexa associada a uma doença de base, na qual ocorre perda de massa muscular (componente sarcopênico) com ou sem perda de massa gorda



Consequências da Caquexia na AR

33

Alterações relacionadas às citocinas inflamatórias



Tratamento Farmacológico na AR

34



Terapia Nutricional na AR

35

A **dieta** e determinados **fatores nutricionais** desempenham um papel crucial → influenciam o metabolismo celular interferindo no processo inflamatório patológico

Objetivos

- Atuar como coadjuvante no tratamento;
- Ajudar na gestão de alguns dos sintomas - dor, inchaço nas articulações, rigidez e incapacidade associada à progressão da doença;
- Manutenção de um peso saudável;
- Fortalecimento dos ossos e das articulações;
- ↓ do estado de inflamação;
- ↓ colesterol LDL e ↑ colesterol HDL → diminuição do risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares

Terapia Nutricional na AR

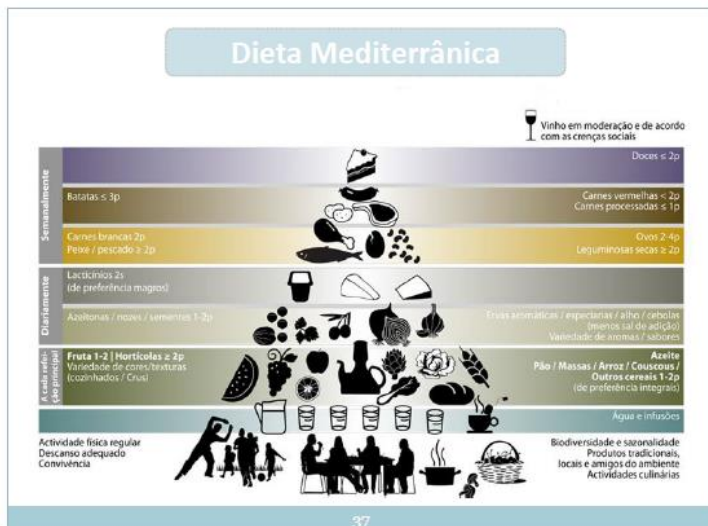
36

Dieta → ↑ TMB → Hipercalórica e Hiperproteica

→ **Normoproteica** **Normolipídica** **Normoglicídica**

Adequado aporte de:

- **Ómega 3, vitamina E** → ↓ Inflamação
- **Vitamina D** – atua como imunossupressor seletivo
- **Antioxidantes (Vitamina A,C, Zinco, Selénio....)** → ↓ Inflamação
- **Cálcio** → ↓ risco de OP
- **Ferro** → prevenir anemia
- **Bromelina e quercetina** → ↓ Inflamação
- **Alimentos específicos** → ↑ dos sintomas → eliminação da dieta



Terapia Nutricional na AR

38

- ☐ **Frutas e Vegetais** → Vitaminas Minerais e Antioxidantes
- ☐ **Peixes Gordos, Sementes de Linhaça e Canola, Oleaginosas** → Ómega 3
- ☐ **Azeite e Óleo de canola** → Ómega 6
- ☐ **Lactínicos** → Cálcio e Vit. D
- ☐ **Cebolas, vegetais de folha verde escura, maçãs** → Quercetinas
- ☐ **Ananás** → Bromelina

Terapia Nutricional na AR

39

Evitar

- Alimentos ricos em gorduras saturadas** → aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares;
- Alimentos ricos em açúcar** → uma vez que agravam o estado de inflamação;
- Alimentos ricos em sal** → pois para além de aumentarem o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e provocam a retenção de líquidos;
- Bebidas alcoólicas** devem ser também limitadas → interferem com o tratamento farmacológico.

Vitaminas e Minerais

40

Deficiências de vitaminas e minerais:

- Ácido fólico
- Vitamina C
- Vitamina D
- Vitamina B₆
- Vitamina B₁₂
- Vitamina E
- Cálcio
- Ferro
- Magnésio
- Zinco
- Selénio

Referências Bibliográficas

41

- ❑ Goldsby R, Kindt T, Osborne B. Kuby Immunology. 6ª edição. Freeman; 2007.
- ❑ Arosa F, Cardoso E, Pacheco F. Fundamentos de Imunologia. 2ª edição. LIDEL; 2012.
- ❑ Abbas A, Lichtman A, Pillai S. Imunologia Celular e molecular. 6ª edição. W.B. Saunders Company; 2012.
- ❑ Stump, S. Nutrição – Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento. 5ª edição. Brasil: Manole; 2007.
- ❑ Sack K. The first year – Rheumatoid Arthritis: An Essential Guide for the Newly Diagnosed.
- ❑ NEDAI – Núcleo de estudos de Doenças Auto-Imunes. Disponível online em: <http://www.nedai.org/default.aspx> Último acesso em: 03-03-2014.
- ❑ The British Dietetic Association. Diet and Rheumatoid Arthritis. Food Fact Sheet. 2012.
- ❑ Vitetta L et al. Dietary recommendations for patients with rheumatoid arthritis: a review. Nutrition and Dietary Supplements. 2012; 4: 1-15.

Referências Bibliográficas

42

- ❑ Arthritis Foundation. The Ultimate Artrite Diet. Disponível on-line em: <http://www.arthritistoday.org/tools-and-resources/slideshows/anti-inflammatory-diet-2.php> Último acesso em 27-02-2014.
- ❑ Cernadas L, Romero B, Costa L. Importance of nutritional treatment in the inflammatory process of rheumatoid arthritis patients: a review. Aula Médica. 2014; 29 (2): 237-45.
- ❑ Singh J et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. 2012; 64 (5): 625-639.
- ❑ Goldberg RJ, Katz J. A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. 2007; 129:210-223

Anexo 35

Logo: INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Ciências da Nutrição
Estágio Profissionalizante II
2013/2014

Logo: Universidade Atlântica

Journal Club

The Impact off Coffee on Health



Orientadora: Dr^a Rita Fernandes
Estagiária: Gilda Brandão

2

Artigo

Ano de Publicação

Maturitas 71 (2013) –21

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Maturitas

journal homepage: www.elsevier.com/locate/maturitas

ELSEVIER

Review

The impact of coffee on health

Autores

A. Cano-Marquina^a, J.J. Tarín^b, A. Cano^{c,d,*}

^a Servicio de Radiología, Hospital Universitario General de Castellón, Avda Benicassim s/n, 12004 Castellón, Spain
^b Department of Functional Biology and Physical Anthropology, Facultad de Ciencias Biológicas, Campus Burjassot, University of Valencia, Valencia, Spain
^c Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Dr Peset, Av Caspar Aguilar 50, 46017 Valencia, Spain
^d Department of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, University of Valencia, Av Blasco Ibañeta 15, 46010 Valencia, Spain

Fonte: Pubmed

3

Enquadramento Teórico

O Café



- Hoje em dia é, sem dúvida, uma das bebidas mais populares em todo o mundo.
- A planta do café, o cafeeiro, pertence à família Rubiaceae, que compreende cerca de 6000 espécies que se distinguem sob o ponto de vista organoléptico pela intensidade do sabor e acidez, e sob o ponto de vista nutricional pelo teor de cafeína e polifenóis.
- Atualmente, os principais produtores de café são os países da América Central e do Sul (Brasil, Colômbia, Costa Rica, México), África (Etiópia), Ásia (Indonésia) e Oceania (Papua Nova Guiné).

4

Enquadramento Teórico

Informação Nutricional



- O café é um fruto com uma composição extremamente complexa.
- Atualmente estão já identificadas cerca de 2000 substâncias nesta bebida, que além de cafeína contém vitaminas e sais minerais como potássio, fósforo, magnésio, cálcio entre outros presentes em menor quantidade.
- A composição nutricional do café varia de acordo com a espécie do grão, o processo de transformação, o grau de torragem e moagem, o método de preparação, e o volume de bebida.

Ingestão de 300 mg de cafeína por dia

Enquadramento Teórico

Composição Nutricional (100 g de porção edível)

	Café infusão natural médio
Energia (kcal)	3
Água (g)	97
Proteína (g)	0.3
Lípidos (g)	0.1
Hidratos de carbono (g)	0.3
Fibra alimentar (g)	0
Coolesterol (mg)	0
Nicina (mg)	0.7
Vit. B5 (mg)	0
Vit. B12 (mg)	0
Potássio (mg)	221
Sódio (mg)	2.0
Fósforo (mg)	11
Ferro (mg)	0



Enquadramento Teórico

➔ A relevância do impacto global do **café** na saúde deriva do seu consumo em todo o mundo



Existe um interesse crescente nas suas **propriedades**

Em alguns casos é recomendado a sua restrição → devido aos seus **potenciais riscos** para a saúde

Progressivamente passou para uma posição menos negativa, devido à suas **propriedades benéficas**



Enquadramento Teórico

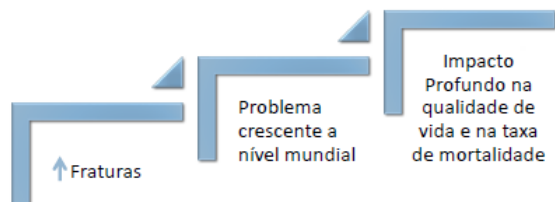


Vantagens

- Fator protetor contra DM II, Cancro fígado, Parkinson
- ↓ Risco de morte

Desvantagens

- ↑ Risco de fraturas



Enquadramento Teórico

Vantagens

- Estimula as secreções gástricas → melhor digestão dos alimentos;
- Efeito diurético → favorece o bom funcionamento renal e melhora também a eliminação de uma maior quantidade de toxinas pelo organismo;
- É tonificante para o organismo → acção vasodilatadora, melhorando e favorecendo a oxigenação dos tecidos e células;
- Estimula o SNS → deixando-nos mais alerta, aumentando o nosso poder de concentração e melhorando a capacidade de realizar trabalhos com maior eficácia.



9

Métodos

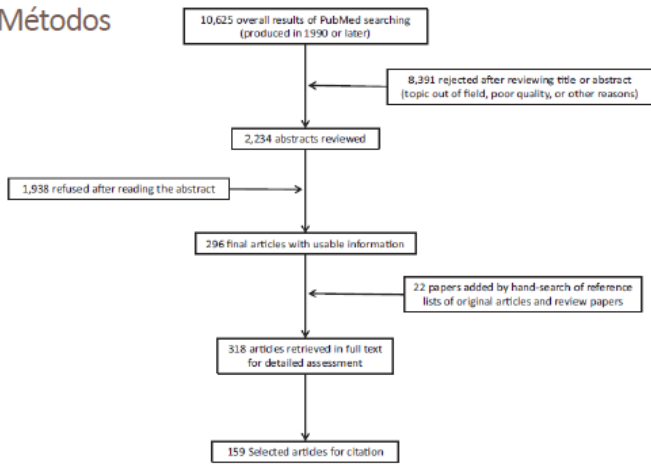
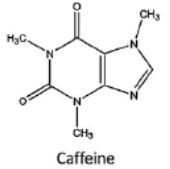


Fig. 1. Flowchart for identifying the selected articles.

10

Compostos Bioativos no Café

Cafeína



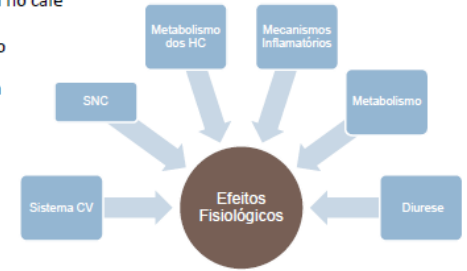
- A cafeína é o componente mais investigado no café;
- É uma metilxantina que possui ação estimulante e broncodilatadora;

Concentração é mais elevada no café

Método de preparação

A cafeína tem uma meia-vida de cerca de 4-6 h

Metabolismo ocorre principalmente no fígado



11

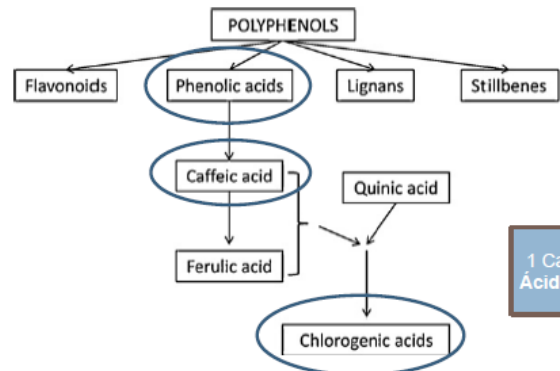
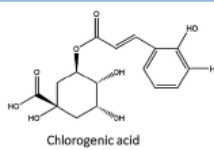
Compostos Bioativos no Café



12

Compostos Bioativos no Café

Ácido Clorogénico

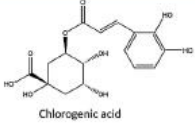


1 Café → 20-675 mg Ácidos Clorogénicos

13

Compostos Bioativos no Café

Metabolismo - Ácido Clorogénico



Chlorogenic acid

Small intestine

Ch-A → Caf-A

→ Caffeic acid sulfate
→ Ferulic acid sulfate

Colon

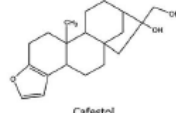
Dihydrocaf-A

Microbiota → Dihydroferulic acid
Dihydrocaffeic acid sulfate
Caffeic acid sulfate
Ferulic acid sulfate

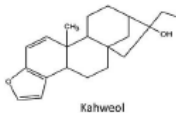
15

Compostos Bioativos no Café

Diterpenos



Cafestol




Kahweol

Table 1
Concentrations of cafestol and kahweol per coffee cup and predicted effects on serum cholesterol for consuming 5 cups daily. Different brewing methods are presented.

	Cafestol (mg/cup)	Kahweol (mg/cup)	Cholesterol (mg/dL) (5 cups/d)	Triglycerides (mg/dL) (5 cups/d)
Scandinavian (n=14)	0.64-9.68	0.8-11.88	7.0	7.16
Turkish/Brewhouse (n=11)	0.4-0.6	0.08-0.56	0.05	0.12
French press (n=5)	1.84-4.4	2.08-6.4	8.12	8.46
Espresso (n=10)	0.16-2.32	0.16-3.12	1.48	1.76
Singapore (filtered sock) (n=14)	0.02-0.23	0.01-0.06	0.39	<0.6

Adapted from Iref. [22].
1 cup= 120mL.



16

Efeitos Biológicos do Café

• O café é composto por uma mistura de substâncias ativas para além da cafeína → a variedade de alvos potenciais, onde pode causar efeitos biológicos significativos é alta.

Sistema CV

Fígado

Sistema Nervoso

Perfil Lipídico

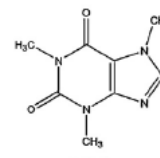
Músculo



17

Efeitos Biológicos do Café

Sistema Cardiovascular



Caffeine

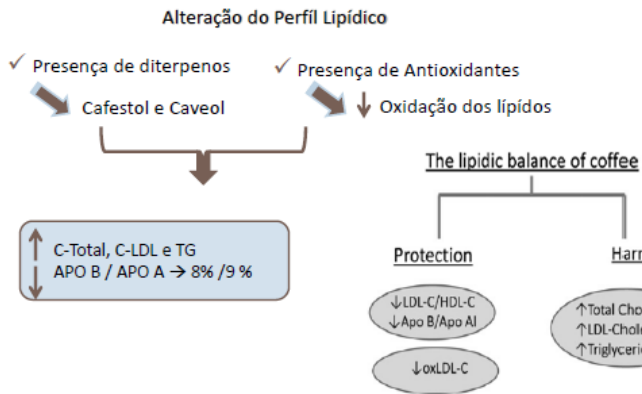
Ações específicas da cafeína

- ↑ Antagonista dos receptores A1 e A2A da adenosina
- ↻ ↑ Atividade neuronal, FC, PA, TC e Vasoconstrição
- ↻ ↑ Resposta para o uso de Ach → ↓ AN, FC, PA, TC e Vasodilatação
- ↑ PA → ↑ renina e catecolaminas

- Efeitos sobre o miocárdio, o tónus vascular, a atividade do SNS e o sistema renina – angiotensina
- Tolerância aos efeitos hipertensores da cafeína → traços genéticos ligados a polimorfismos nos recetores de adenosina e adrenérgicos

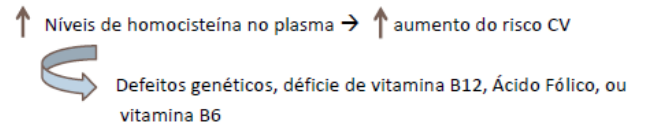
Efeitos Biológicos do Café

Metabolismo Lipídico



Efeitos Biológicos do Café

Homocisteína



Ingestão de café → ↑ Níveis de homocisteína no plasma



↑ 10-20 % homocisteína plasmática → 1 L de café / dia durante 2-4 semanas

Efeitos Biológicos do Café

Metabolismo dos HC

A Cafeína ↑ 15-30 % a resistência à insulina

- 200 mg de Cafeína
 - 7 Dias
- ↑ Significativo da resistência à insulina
- ↑ Não altera os níveis de glicose



• Diabetes Mellitus Tipo II

• 250 mg de Cafeína no Café Descafeinado

↑ Resistência à insulina

↑ Glicose

Efeitos Biológicos do Café

Metabolismo dos HC

• A ingestão de café segue um padrão semelhante ao da cafeína → ↑ resistência à insulina e ↑ Glicose

Descafeinado VS Café

↓ 50 % de Insulina e de Glicose no descafeinado

DM II → ↑ da insulina após ingestão de café

Substâncias presentes no café e distintas da cafeína - polifenóis → podem modular o metabolismo de carboidratos ?



Efeito Protetor contra o stress oxidativo e DM II

Efeitos Biológicos do Café

Metabolismo dos HC

- ☐ O consumo de 8 copos de café por dia
 - ↓ IL-18, 8-isoprostana e ↑ adiponectina
- ☐ O consumo de 5 copos de Café/ Descafeinado/ nenhum dos 2
 - ↑ Adiponectina
- ☐ O consumo de descafeinado
 - ↓ Fetuína-A



O Impacto do Café na Saúde

Doenças Cardiovasculares

Correlação

Sem correlação

- Infarto do Miocárdio*
- AVC**

- Infarto do Miocárdio
- AVC
- Arritmias
- Insuficiência Cardíaca

* Consumidores não habituais/ fatores de risco p/ DCV

** Na presença de doença coronária e em consumidores não habituais

O Impacto do Café na Saúde

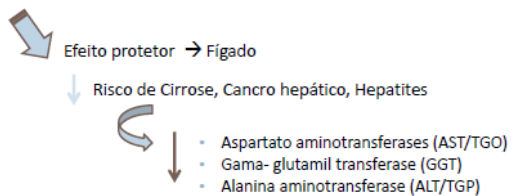
Diabetes

- ☐ O Consumo de café → ↓ Risco de Diabetes Mellitus II



Doenças Hepáticas

- ☐ Consumo habitual de café



O Impacto do Café na Saúde

Doenças Neurológicas

Parkinson

- ☐ Efeito Protetor → ↓ Risco de Parkinson



Alzheimer

- ☐ Proteção contra a deterioração cognitiva
 - ↓ Comprometimento cognitivo
- ☐ Proteção contra as características biológicas da doença
 - ↓ Progressão da demência

Cafeína e Ácido Clorogénico

Cafeína/ Ácido Clorogénico

O Impacto do Café na Saúde

Osteoporose

Café

- ↑ Excreção urinária de Ca
- Em grandes quantidades
- ↓ Densidade Mineral Óssea
- ↑ Risco de Fratura
- ↓ Massa Mineral Óssea
- ↓ Metabolismo Mineral e Ósseo



↑ Osteoporose

Conclusão

O café é uma bebida consumida em todo o mundo, e cujas implicações para a saúde são de grande interesse

A visão global sobre o impacto do café na saúde

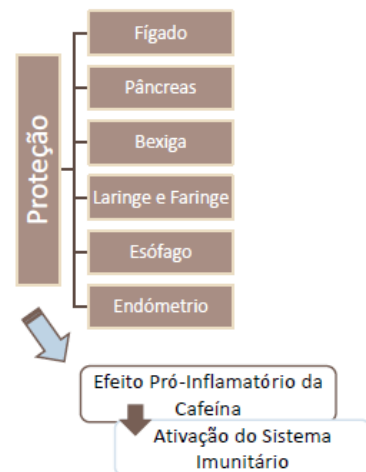
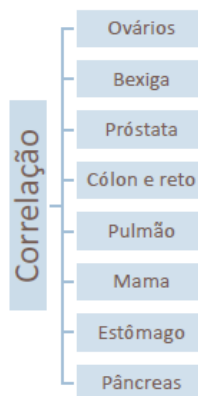
- Inicialmente → Prejudicial
- Atualmente → Perfil benéfico

Os estudos sugerem que o café é benéfico nas doenças hepáticas, diabetes, parkinson

A descrição tradicional do café como um fator de risco para hipertensão, osteoporose ou doenças cardiovasculares parece estar a desaparecer

O Impacto do Café na Saúde

Cancro



Conclusão

A resposta relativa a determinados alvos pode ser modificada de acordo com o perfil genético e fatores de risco associados.

O café pode ser uma estratégia de promoção da saúde, onde o exercício e dieta saudável continuam a desempenhar papéis fundamentais e insubstituíveis



Bibliografia

- A. Cano-Marquinaa, J.J. Tarínb, A. Canoc. The impact of coffee on health. *Maturitas*. 2013; 75 : 7-21.
- EUFIC. Caffeine and health. Disponível online em: <http://www.eufic.org/article/en/page/FTARCHIVE/artid/caffeine-health/http://www.nedai.org/default.aspx> Último acesso em: 06-04-2014.
- Hallström H, Byberg L, Glynn A, et al. Long-term Coffee Consumption in Relation to Fracture Risk and Bone Mineral Density in Women. *American Journal of Epidemiology*. 2013; 178 (6): 898-909.
- FDA. FDA to Investigate Added Caffeine. FDA Consumer Health Information. 2013



Anexo 36



Instituto Português de Reumatologia
 Estágio Profissionalizante I
 Ciências da Nutrição

Instituto Português de Reumatologia
 Estágio Profissionalizante I
 Ciências da Nutrição

Relatório Semanal

Nome da estagiária: Gilda Brandão, nº 201092223

Nome da Coordenadora: Rita Fernandes

Data de Entrega: 08 -12-2013



Atividades Desenvolvidas	
	4 de Dezembro de 2013
Manhã	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do dossier de nutrição para análise da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados, do relatório semanal de nutrição e de outras informações importantes relativas a todos os doentes internados; • Pesagem e medição dos perímetros de alguns dos pacientes que posteriormente iriam ter consulta de nutrição; • Receção das refeições correspondentes ao jantar de 5ª dia 4 de Dezembro e do almoço de 6ª dia 5 de Dezembro e posterior controlo de qualidade verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades (inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem completa, das condições de embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram); • Armazenamento dos produtos recebidos; • Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações; • Observação de uma consulta dada pela Dra Rita; • Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);
	<ul style="list-style-type: none"> • Receção das refeições correspondentes ao jantar de 6ª dia 6 de Dezembro e do almoço e jantar de sábado dia 7 de Novembro e posterior controlo de qualidade verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades (inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem completa, das condições de embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram); • Armazenamento dos produtos recebidos; • Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações; • Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados; • Observação dos processos dos doentes a serem internados e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição do doente; • Pesagem dos doentes que foram internados neste dia e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente; • Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

Instituto Português de Reumatologia

Estágio Profissionalizante I

Ciências da Nutrição

Instituto Português de Reumatologia

Estágio Profissionalizante I

Ciências da Nutrição

	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados; • Pesagem e medição dos perímetros de alguns dos pacientes que posteriormente irão ter consulta de nutrição; • Observação de uma consulta dada pela Dra Alexandra; • Controlo da temperatura após a regeneração das refeições; • Distribuição das refeições; 	<ul style="list-style-type: none"> • Início da realização do relatório de nutrição semanal relativo a todos os doentes que estão internados; • Controlo da temperatura após a regeneração das refeições; • Distribuição das refeições;
Tarde	<ul style="list-style-type: none"> • Pesagem dos doentes internados neste dia e outros que ainda não tinham sido pesados e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente; • Observação dos processos de todos os doentes internados e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição do doente; • Atualização das fichas de nutrição e dos processos de alguns doentes já internados e do preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição do doente; • Receção dos reforços (Verificação das quantidades, das condições das embalagens, da existência de rotulagem e controlo da temperatura dos alimentos refrigerados); 	<ul style="list-style-type: none"> • Finalização do relatório de nutrição semanal relativo a todos os doentes que estão internados; • Realização de uma reunião com a Dra. Alexandra, com a Dra. Rita e com a colega de estágio Carla Marcolino para esclarecimento de algumas dúvidas e para discutir e fazer as alterações necessárias ao relatório de nutrição desta semana relativo aos doentes internados; • Ida ao internamento para completar a informação em falta acerca de alguns doentes internados; • Alteração do relatório de nutrição semanal relativo a todos os doentes que estão internados; • Realização da ementa dos doentes que internados respetiva à semana de 16 a 22 de Dezembro; • Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados, relativa a 6ª feira (6 de Dezembro);

	<ul style="list-style-type: none"> • Armazenamento dos produtos recebidos; • Pesagem e medição dos perímetros dos doentes que posteriormente iam para a consulta de nutrição; • Execução da regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Execução da regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados;
Horas	<p>9:15 às 14:00 15:00 às 18:35 Total → 8 horas e 20 minutos</p>	<p>9:10 às 13:15 14:00 às 18:10 Total → 8 horas e 15 minutos</p>



Semana de 31 de Março a 4 de Abril

Dia 31 de Março

Atividades Desenvolvidas:

Manhã

- Pesagem e medição dos perímetros de doentes que iam ter consulta de nutrição;
- Observação de 3 consultas dadas pela Dr^a Rita;
- Receção das refeições e posterior controlo da qualidade (verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades - inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem completa, das condições da embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram) e armazenamento dos produtos recebidos;
- Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);
- Organização do Frigorífico;
- Controlo da temperatura após a regeneração das refeições;
- Distribuição das refeições;

Tarde

- Observação da apresentação de um trabalho acerca das patologias do sistema digestivo;
- Observação do dossier de nutrição para análise da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados, do relatório semanal de nutrição e de outras informações importantes relativas a todos os doentes internados;
- Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações;
- Pesagem dos doentes que foram internados neste dia e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente;

6 de Abril de 2014

Estagiária: Gilda Brandão
Orientadora: Dr^a Rita Fernandes

- Observação dos processos clínicos dos doentes internados neste dia e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição dos doentes;
- Atualização das fichas de nutrição e dos processos clínicos dos doentes já internados e do preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição dos doentes;
- Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados;
- Regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

Horas – 9:40 → 18:25

Dia 2 de Abril

Atividades Desenvolvidas:

Manhã

- Observação do dossier de nutrição para análise da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados, do relatório semanal de nutrição e de outras informações importantes relativas a todos os doentes internados;
- Pesagem e medição dos perímetros de doentes que iam ter consulta de nutrição;
- Observação de 2 consultas dadas pela Dr^a Alexandra;
- Receção das refeições e posterior controlo da qualidade (verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades - inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem completa, das condições da embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram) e armazenamento dos produtos recebidos;
- Receção dos reforços (Verificação das quantidades, das condições das embalagens, da existência de rotulagem e controlo da temperatura dos alimentos refrigerados);
- Armazenamento dos produtos recebidos;
- Observação de 3 consultas dadas pela Dr^a Rita;
- Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);
- Organização do Frigorífico;
- Controlo da temperatura após a regeneração das refeições;
- Distribuição das refeições;

6 de Abril de 2014

Estagiária: Gilda Brandão
Orientadora: Dr^a Rita Fernandes

Memória Final de Curso - Licenciatura em Ciências da Nutrição

Tarde

- Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações;
- Pesagem dos doentes que foram internados neste dia e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente;
- Observação dos processos clínicos dos doentes internados neste dia e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição de cada doente;
- Atualização das fichas de nutrição e dos processos clínicos dos doentes já internados e do preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição dos doentes;
- Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados;
- Início da realização do relatório de nutrição semanal relativo a todos os doentes que estão internados;
- Regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

Horas: 09:30 → 18:40

Dia 3 de Abril

Atividades Desenvolvidas:

Manhã

- Pesagem e medição dos perímetros de doentes que iam ter consulta de nutrição;
- Observação de 5 consultas dadas pela Drª Alexandra;
- Receção das refeições e posterior controlo da qualidade (verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades - inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem completa, das condições da embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram) e armazenamento dos produtos recebidos;
- Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

6 de Abril de 2014

Estagiária: Gilda Brandão
Orientadora: Drª Rita Fernandes

- Organização do Frigorífico;
- Controlo da temperatura após a regeneração das refeições;
- Distribuição das refeições;

Tarde

- Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações;
- Observação de 2 consultas dadas pela Drª Rita;
- Pesagem dos doentes que foram internados neste dia e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente;
- Observação dos processos clínicos dos doentes internados neste dia e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição de cada doente;
- Atualização das fichas de nutrição e dos processos clínicos dos doentes já internados e do preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição dos doentes;
- Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados;
- Finalização do relatório de nutrição semanal relativo a todos os doentes que estão internados;
- Realização de uma reunião com a equipa de nutrição para discussão do relatório de nutrição desta semana relativo aos doentes internados;
- Regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

Horas: 09:20 → 18:25

Dia 4 de Março

Atividades Desenvolvidas:

Manhã

- Visita ao internamento e entrega do relatório relativo aos doentes internados;
- Receção das refeições e posterior controlo da qualidade (verificando se os produtos se encontram dentro das conformidades - inspeção das características organolépticas, verificação das temperaturas dos produtos refrigerados, da existência de rotulagem

6 de Abril de 2014

Estagiária: Gilda Brandão
Orientadora: Drª Rita Fernandes

completa, das condições da embalagem e da contagem do número de refeições que chegaram) e armazenamento dos produtos recebidos;

- Regeneração das refeições a servir à hora de almoço aos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);
- Organização do frigorífico;
- Observação de 3 consultas dadas pela Drª Rita;
- Controlo da temperatura após a regeneração das refeições;
- Distribuição das refeições;

Tarde

- Realização de uma consulta a uma doente do internamento;
- Observação do quadro de internamento e verificação das respetivas alterações;
- Pesagem dos doentes que foram internados neste dia e realização de algumas questões relevantes para o departamento de nutrição e para a dieta específica e individualizada de cada doente;
- Observação dos processos clínicos dos doentes internados neste dia e preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição de cada doente;
- Atualização das fichas de nutrição e dos processos clínicos dos doentes já internados e do preenchimento dos dados relativos à nutrição e também da recolha de informação relevante para a ficha de nutrição dos doentes;
- Atualização da folha com a informação respetiva às alterações da dieta dos doentes internados;
- Elaboração da ementa relativa à semana de 14 de Abril a 20 de Abril;
- Organização do Frigorífico;
- Regeneração das refeições a serem servidas ao jantar dos doentes internados (sopas regeneradas no fogão e os pratos principais num forno convetor em inox durante 60 minutos a uma temperatura de 120º C);

Horas: 9:10 → 18:15

6 de Abril de 2014

Estagiária: Gilda Brandão
Orientadora: Drª Rita Fernandes