

FACULDADE UNIVERSO

NUTRIÇÃO

Autores:

ARTHUR AMBRÓSIO SOARES

LUCIANA MENDES DOS SANTOS

TAIANE CRISTINA PEDROZA GOMES

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES PARA O IDOSO

NUTRIÇÃO DO ADOLESCENTE, ADULTO E IDOSO

Relatos de caso clínico

BELO HORIZONTE

2023

ARTHUR AMBRÓSIO SOARES
LUCIANA MENDES DOS SANTOS
TAIANE CRISTINA PEDROZA GOMES

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES PARA O IDOSO

NUTRIÇÃO DO ADOLESCENTE, ADULTO E IDOSO

Trabalho apresentado no curso
bacharelado em Nutrição da Faculdade
Universo.

Orientadora: Helen Cristina Carvalho

Co-orientadoras: Prof^a. Rayane Jeniffer Rodrigues Marques e Prof^a. Meire Zulmira
Braga

BELO HORIZONTE

2023

Sumário

1	INTRODUÇÃO	1
2	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	3
3	ANAMNESE NUTRICIONAL	5
4	EXAME FÍSICO	11
	Figura 1	12
	Figura 2	13
	Figura 3	14
	Figura 4	14
	Figura 5	15
	Figura 6	15
	Figura 7	16
	Figura 8	16
	Figura 9	17
	Figura 10	17
	Figura 11	18
	Figura 12	18
	Figura 13	19
5	HISTÓRIA DIETÉTICA	20
6	FREQUÊNCIA ALIMENTAR	21
	Quadro 1	21
7	RECORDATÓRIO 24HS	23
7.1	MICRONUTRIENTES DO RECORDATÓRIO 24 HORAS	24
8	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	26
9	IMC	27
10	EQUAÇÃO DE HARRIS-BENEDICT	28
11	CLASSIFICAÇÃO DO IMC	29
12	AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA	30
	Figura 14	31
	Figura 15	32
13	MEDICAMENTOS	37
14	INTERAÇÕES FÁRMACO-NUTRIENTES	38

15	CARACTERÍSTICAS DA DIETA.....	40
16	CONDUTA NUTRICIONAL	41
17	PLANEJAMENTO ALIMENTAR	43
17.1	CARBOIDRATOS	43
17.2	PROTEÍNAS.....	43
17.3	LIPÍDEOS.....	43
17.4	HIDRATAÇÃO	43
17.5	FIBRAS	44
17.5.1	GET.....	44
17.5.2	VET:.....	44
17.5.3	Distribuição macronutrientes.....	45
17.5.4	Hidratação:.....	45
	Quadro 2.....	45
18	MICRONUTRIENTES DO PLANO ALIMENTAR	48
19	RELAÇÃO DOS MICRONUTRIENTES.....	49
20	OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANO ALIMENTAR	50
21	CONCLUSÃO.....	51
22	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

1 INTRODUÇÃO

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência -

senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

Visto tudo isso, o seguinte trabalho foi realizado com o paciente Argentino xxx Xxxx, com o intuito de promover a ele uma saúde melhor para que possa continuar exercendo suas atividades diárias e para ajudar a evitar/retardar possíveis comorbidades futuras, decorrentes do avanço da idade, elaborando um manual de orientações nutricionais, assim como um planejamento nutricional.

2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Para o conceito de “estado nutricional”, adotamos o proposto por Vasconcelos (2008), por incorporar a dimensão biológica (manifestação biológica sobre o corpo da relação entre consumo e as necessidades nutricionais) e social (manifestação biológica das relações que se operam sobre o corpo no interior da sociedade). Dessa forma, o autor conceitua estado nutricional como a síntese orgânica das relações entre o homem, a natureza e o alimento, as quais se estabelecem no interior de uma sociedade. Portanto, para a avaliação do estado nutricional de um indivíduo ou grupo populacional, é necessária a utilização de métodos de coleta e procedimentos diagnósticos que possibilitem determinar o estado nutricional, assim como as causas prováveis que deram origem ao(s) problema(s) nutricional(is), para que medidas de intervenção sejam planejadas, executadas e monitoradas nos âmbitos individual ou coletivo.

Em referência aos conceitos apresentados, a avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar distúrbios e riscos nutricionais, e também a gravidade desses, para então traçar condutas que possibilitem a recuperação ou manutenção adequada do estado de saúde. O monitoramento do paciente, através da avaliação nutricional, também é muito importante para acompanhar as respostas do indivíduo às intervenções nutricionais. Outros usos da avaliação nutricional de grande relevância: na vigilância alimentar e nutricional nos diferentes ciclos da vida; no diagnóstico da magnitude e distribuição geográfica dos problemas nutricionais; na tomada de decisão para intervenção nutricional no âmbito das políticas e dos programas públicos de combate aos problemas nutricionais mais relevantes considerados como sendo de saúde pública e no monitoramento dos efeitos da intervenção nutricional nos âmbitos individual e coletivo.

O desequilíbrio entre consumo e necessidades nutricionais, em decorrência do consumo insuficiente para atender as necessidades nutricionais, pode ter como consequência doenças carenciais, a exemplo da desnutrição energético protéica, anemia ferropriva, hipovitaminose A, bócio, cárie dental, dentre outras carências nutricionais. No caso do excesso de consumo, tem-se a obesidade, excesso de algumas vitaminas e minerais, as dislipidemias e algumas doenças crônicas não

transmissíveis, como a hipertensão, o diabetes não insulino dependente e alguns tipos de câncer. Pelo exposto, a definição dos métodos a serem utilizados na avaliação do estado nutricional tem relação com a identificação das manifestações orgânicas dos problemas nutricionais ao nível do corpo, denominados de métodos diretos, e com a identificação das causas desses problemas, denominados de indiretos. Os métodos diretos são classificados, ainda de acordo com o tipo de abordagem, em objetivos (abordagem quantitativa) e subjetivos (abordagem qualitativa). Os métodos objetivos compreendem os exames antropométricos (peso, altura, dobra cutânea etc); exames laboratoriais (hemoglobina, colesterol etc.); exame clínico nutricional (sinais e sintomas clínicos nutricionais) e métodos sofisticados como a densitometria, bioimpedância etc. Quanto aos subjetivos, tem-se a semiologia nutricional, a avaliação subjetiva global e a avaliação muscular subjetiva.

Os métodos indiretos buscam identificar os fatores associados ao processo de determinação do estado nutricional, ou seja, aqueles que explicam a ocorrência do problema nutricional, além de identificarem indivíduos ou grupos em risco nutricional. São os demográficos (sexo, idade, faixa etária, morbidade, mortalidade etc); socioeconômicos (salário, ocupação, escolaridade, acesso ao serviço de saúde etc.); culturais (tabus alimentares, características locais específicas); estilo de vida (atividade física, hábito de fumar e consumir bebida alcoólica, etc.) e de inquérito de consumo alimentar (recordatório alimentar de 24 horas, frequência alimentar, pesada direta etc.). A associação de todos esses métodos é imprescindível para melhorar a acurácia e a precisão do diagnóstico.

3 ANAMNESE NUTRICIONAL

A palavra anamnese vem do grego *anmnesis* e significa recordar. Na prática clínica, significa a rememoração dos eventos relacionados à saúde e a identificação dos sintomas e sinais atuais, com o intuito principal de possibilitar entender, com a maior precisão possível, a história dos motivos que traz o paciente à consulta. Dessa forma, a anamnese ou história clínica é de grande relevância para se reconhecer e entender as três dimensões do diagnóstico: o paciente, a moléstia e as circunstâncias associadas. Além disso, a anamnese é indispensável para o alcance de uma relação entre paciente e profissional adequada. A importância deste tipo de relacionamento é evidente, já que dele dependerá, em sua maior parte, o grau de confiança que o paciente irá depositar nesse profissional, a qualidade das informações que serão transmitidas ou mesmo a colaboração que o paciente oferecerá em relação à adesão da conduta terapêutica. Na nutrição, o sucesso da conduta é, em maior parte, dependente de mudanças nos hábitos alimentares, estes que, na maioria das vezes, representam um desafio, sendo imprescindível uma relação harmônica do binômio paciente-nutricionista.

O paciente deve então ser interrogado sobre fatores que interferem direta ou indiretamente no estado nutricional: perda ou ganho ponderal recente; sinais de doenças gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia; uso de medicamentos que interferem na absorção e na utilização dos nutrientes; presença de fatores limitantes na ingestão adequada, como anorexia, lesões bucais, dificuldades de mastigação; presença de doenças crônicas ou intervenções cirúrgicas e etilismo e tabagismo, além de fatores psíquicos que possam interferir na ingestão alimentar.

Visto sua definição, foi realizado, junto ao paciente, uma anamnese que os seguintes dados a serem preenchidos: dados pessoais, história socioeconômica, história clínica e revisão de sistemas, assim como histórico alimentar, recordatório 24 h, questionário de frequência alimentar, e medidas antropométricas.

Segue abaixo o questionário feito ao paciente:

Data: 23/05/2023

Dados Pessoais:

Nome: -----

Sexo: Masculino

Idade: 65

Data de Nascimento: XX/XX/1958

Grau de Escolaridade: -----

Naturalidade: Brasileiro

Endereço: -----

Telefone de contato: -----

História Sócio-econômica:

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () outros

Profissão: -----

Jornada de trabalho:

Renda familiar: -----

Quantas pessoas inclusive você, vivem da renda mensal de seu grupo familiar:

Tabagista: () sim (x) não

Tempo de uso:

Bebidas alcoólicas: (x) sim () não

Frequência: Raramente

Drogas: () sim (x) não

Tipo:

História Familiar:

Há algum tipo de doença na família? (x) sim () não

Qual? Qual o parentesco? Diabetes. Irmã.

Doenças cardiovasculares: () sim (x) não

Diabetes mellitus: () sim (x) não

Hipertensão arterial: () sim (x) não

Câncer: () sim (x) não

Outros: () sim (x) não

História Clínica:

Q.P: Pedra nos rins

H.D.A: Em janeiro de 2022 foi diagnosticado após sentir dores duas pedras nos rins 4.3mm e uma de 7.3mm. Foi internado e após foi feito tratamento com medicação. Uma das pedras foi expelida.

Em maio a dor voltou, foi feito ultrassom e constaram-se 3 pedras (duas de 4mm e uma de 3mm no rim direito e uma de 4mm e uma de 10mm).

Está fazendo tratamento com antibiótico() e dilatador (tansulosina). Está aguardando cirurgia para remoção.

A pedra no rim é uma desordem causada por uma estrutura cristalina que se forma nas vias do trato urinário. O cálculo renal é uma massa dura formada por cristais que se separam da urina e se unem para formar as pedras.

A pedra é resultado de uma má ligação de dois componentes. Quando o cálcio é ingerido, fixa-se com o oxalato alimentar, formando outra molécula, eliminada pela urina. Se não ocorre a ingestão do cálcio, o oxalato (causador de 80% dos casos de cálculo) é eliminado na urina.

Chocair observa que o indivíduo mais propenso ao cálculo renal é aquele que já apresenta predisposição genética ou que ingere pouco líquido, urinando menos de um litro por dia. Por isso, é importante a ingestão de líquido suficiente para urinar dois litros por dia.

As pedras localizadas nos rins, não acompanhadas de obstrução do fluxo de urina ou de infecção, não provocam dor, mas podem danificar o rim afetado. “A dor gerada pela passagem de um cálculo pode ser o sinal de alerta para a prevenção de danos mais graves gerados pela presença de outros cálculos ‘estacionados’ nos rins.

O que causa a dor é a migração do cálculo, a pedra em si, do rim até a bexiga pelo canal ureter, que une esses dois órgãos.” Mas o especialista alerta que a ausência de dor não significa que o problema esteja resolvido, mesmo porque, em alguns casos de cálculo renal, esse pode danificar os rins a ponto de o paciente ter que se submeter a procedimentos como diálise e até mesmo o transplante

Alguns alimentos agem como substâncias protetoras, que inibem a cristalização da urina, como o citrato, presente em **frutas cítricas**, além de chá, café e vinho

A prevenção pode ser feita com a diminuição de alimentos que tenham oxalato, como espinafre, ruibarbo, chocolate amargo, batata doce, beterraba e grape fruit.

Uma maneira de compensar o risco da ingestão excessiva desses alimentos é a combinação com alimentos que tenham cálcio para haver a fixação dos dois e eliminação da molécula na urina

H.P.P: Hérnia de disco descoberta por volta dos 30 anos. Fez tratamento com remédio (acredita ser diclofenaco e nimesulida) e fisioterapia ao longo dos anos. Último tratamento em 2011. Quando se esforça muito e sente dor toma torsilax ou remédios parecidos para dores.

Os discos intervertebrais desgastam-se com o tempo e o uso repetitivo, o que facilita a formação de hérnias de disco, ou seja, parte deles sai da posição normal e comprime as raízes nervosas que emergem da coluna. O problema é mais frequente nas regiões lombar e cervical, por serem áreas mais expostas ao movimento e que suportam mais carga.

Predisposição genética é a causa de maior importância para a formação de hérnias discais, seguida do envelhecimento, da pouca atividade física e do tabagismo. Carregar ou levantar muito peso também pode comprometer a integridade do sistema muscular que dá sustentação à coluna vertebral e favorecer o aparecimento de hérnias discais.

Desenvolver hábitos saudáveis de vida, tais como: prática regular de atividade física, realização de exercícios de alongamento e de exercícios para fortalecer a musculatura abdominal e paravertebral, e postura corporal correta são medidas importantes para prevenir as doenças da coluna.

Alterações: pele, mucosa, cabelo, olhos? () sim (x) não

Não possui sinais de alterações relacionadas à pele, mucosa, cabelos ou olhos.

Abdômen:

Peristalse Intestinal: () sim (x) não

Flatulência: () sim (x) não

Hérnia: () sim (x) não

Ascite: () sim (x) não

Informações sobre o intestino revelam não passar por movimentos anormais peristálticos, sem desconfortos relacionados a gases e sem sinais de hérnias. Sem sinais de inchaços na região abdominal.

Extremidades:

Edema: () sim (x) não

Sem sinais de retenção de líquidos, inflamações ou obstruções.

Sintomas Gastrointestinais:

() Náuseas () Vômitos () Diarréia (x) Nenhum

Revisão de Sistemas:

Boca:

Dentição própria: (x) sim () não

Estado de conservação: Bem conservados. Um dente quebrado há poucos meses.

Aftas e ulcerações: () sim (x) não

Histórico também indica boa saúde bucal ao longo da vida.

Esôfago:

Disfagia: () sim (x) não () sólidos () líquidos

Odinofagia: () sim (x) não () sólidos () líquidos

Pirose: () sim (x) não

Não tem dificuldades para engolir nem qualquer desconforto. Não tem quaisquer sensações de azia.

Estômago:

Dispepsia: () sim (x) não

Aerofagia: () sim (x) não

Epigastria: () sim (x) não

Pirose: () sim (x) não

Não possui desconfortos no abdômen superior(indigestão), não indica sinais de ingestão excessiva de ar em quaisquer momentos.

Intestinos:

Freqüência de evacuações: Diária

Número de evacuações por dia: 2

Consistência das fezes: Normal

Odor: Normal

Coloração: Normal

Dor ou desconforto na evacuação? () sim (x) não

Funcionamento intestinal: (x) normal () diarréico () constipado

Apresenta regularidade intestinal saudável e o histórico indica o mesmo.

Só passa por quadros de diarréia quando tem dores ou adoece.

OBS: Sem necessidade de alterações de fibras de acordo com o funcionamento regular do intestino.

Rins:

Freqüência de micção:

Volume 24 horas: (x) normal () oligúria () anúria () hematória () poliúria
() poliúria () nictúria

Coloração normal: (x) sim () não

Odor: (x) característico () suigeneris

Apesar da regularidade no histórico de micção será recomendado melhor atenção a hidratação e a saúde relacionada ao trato urinário.

4 EXAME FÍSICO

A realização do exame físico, tanto geral como específico, é importante, pois irá complementar a história clínica, alimentar e nutricional e proporcionar elementos capazes de apoiar hipóteses sobre o diagnóstico nutricional. O exame físico geral pode avaliar uma série de dados do paciente, incluindo os antropométricos e sinais clínicos. O exame físico engloba observações dos diversos tecidos de proliferação rápida, os quais refletem precocemente problemas nutricionais, quando comparados a outros tecidos, sistemas corporais (cardiovascular, respiratório, neurológico e gastrointestinal) dos tecidos adiposo e muscular e da condição hídrica do paciente, buscando sempre investigar a presença de alterações específicas. Inicialmente, deve-se registrar a impressão sobre o estado geral do paciente por meio da observação e relato deste. Ânimo, depressão, fraqueza, tipo físico, estado de consciência, discurso e movimentos corporais devem ser investigados. O exame deve ser realizado de forma sistemática e progressiva, a partir da cabeça até a região plantar. Inicia-se pelo cabelo, seguido dos olhos, narinas, face, boca (lábios, dentes, língua), pescoço (tireóide), tórax (abdome), membros superiores (unhas, região palmar) e inferiores (quadríceps, joelho, tornozelo, região plantar), pele e sistemas (cardiovascular, neurológico, respiratório e gastrointestinal), de acordo com quadro 2.

Cada parte do corpo deve ser examinada de forma cuidadosa, para que, associada ao relato dos sintomas e de outras informações, seja possível a definição ou suspeita diagnóstica para subsidiar a solicitação dos exames laboratoriais.

Figura 1

Região/ situação exa- minada	Característica(s) a ser(em) avaliada(s)	Características em condições normais
Cabelo	Coloração, brilho, quantidade, espessura, hidratação, ocorrência de alopecia.	Brilhantes, firmes e difíceis de arrancar, aparência normal e espessa, crescimento normal, macios ao tato e coloração adequada.
Face	Estado geral, condição físico. Presença de edema ou depleção (sinal de chave – exposição do arco zigomático). Apresentação de: palidez, atrofia unilateral ou bitemporal. Fácies agudo: exausto, cansado, não consegue manter os olhos abertos por muito tempo; Fácies crônico: aparência deprimida, triste, pouco diálogo.	Bom Estado Geral, sem sinais de depleção ou edema.
Olhos	Aspecto, cor das mucosas e membranas, sinais de excesso de nutrientes – xantelasma, arco córneo lipídico, sinais de deficiência de nutrientes: desnutrição – olhos escavados, escuros e flacidez ao redor, hipovitaminoses – xerofalmia, nictalopia, etc.	Brilhantes, membranas róseas e úmidas, sem manchas e boa adaptação visual no escuro.
Lábios	Coloração da mucosa, presença de lesões decorrentes de hipovitaminoses.	Lábios macios e sem inflamações.
Língua	Coloração, integridade papilar, edema, espessamento.	Língua vermelha, sem edema, com superfície normal e paladar preservado.
Gengivas	Edema, porosidade e sangramento	Ausência de sangramentos e edema.
Peças dentárias	Presença de cáries, ausência de peças dentárias, uso de prótese (bem adaptada ou não), alterações em função de excesso ou escassez de nutrientes.	Arcada dentária íntegra, sem ausência de peças dentárias ou uso de prótese bem adaptada – não ocasionar comprometimento da mastigação.

Fonte: O autor (2023)

Figura 2

Região/ situação exa- minada	Característica(s) a ser(em) avaliada(s)	Características em condições normais
Pele	Cor, pigmentação, integridade, turgor, presença de edema, brilho e temperatura, manifestações decorrentes de deficiência ou excesso de nutrientes.	Cor uniforme, lisa, aparência saudável, turgor preservados ou compatíveis com a idade (no caso de idosos).
Unhas	Forma, ângulo, coloração, contorno, rigidez e presença de micoses.	Uniformes, arredondadas, lisas e firmes.
Abdôme	Quanto à rigidez: flácido ou tenso; quanto ao volume: distendido, plano, globoso ou escavado; quanto à presença de gases: poucos gases (normal), maciez (quando há tumor) ou timpânico.	Ausência das alterações referidas.
Tecido subcutâneo	Excesso de tecido adiposo, ou déficit de tecido subcutâneo – flacidez; presença de edema*.	Ausência das alterações referidas.
Tecido Muscular esquelético	Retração ou atrofia	Ausência das alterações referidas.
Sistema nervoso	Perdas do controle na contração ou parestesias	Ausência das alterações referidas.
Condição hídrica	Desidratação ou edema*	Ausência das alterações referidas.

Quadro 2 - Região do corpo a ser examinada e características específicas a serem avaliadas

*O edema de causa nutricional deve ser: frio, mole, indolor, geralmente não forma cacifo e é bilateral

Fonte: Adaptado de Bevilacqua (1997); Martins (2008).

Fonte: O autor (2023)

Figura 3

Tabela 1 - Manifestações clínicas nutricionais de acordo as diferentes regiões corporais e alguns nutrientes.

NUTRIENTE	SUSPEITA	REGIÃO CORPÓREA/ CONDIÇÃO	MANIFESTAÇÕES/ SINAIS CLÍNICOS	FATORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA
Proteína	Baixa reserva de Tecido Muscular/Proteínas	Cabelos	- Sinal de bandeira (despigmentação transversa) -Arrancável com facilidade e sem dor	Desequilíbrio na ingestão e gasto Anorexia
		Face	- Depressão do temporal, masseter, - Exposição do arco zigomático (sinal de chave), - Despigmentação difusa (protéica-calórica) - Face redonda, edemaciada (lua cheia)	Bulimia Inapetência AIDS Síndromes de má absorção
		Olhos	Escurecimento ao redor dos olhos acompanhado de depressão, flacidez e olhos fundos (visualização dos contornos ósseos que envolvem a órbita)	
		Pele	- Cicatrização deficiente de feridas, úlceras de decúbito - Aparência de celofane -Edema corporal	
		Peseçoço	Parótida aumentada	
		Tórax/ Dorso	- Retração intercostal e subcostais (visualização das costelas), - Atrofia das musculaturas paravertebrais (visualização das vértebras), - Atrofia infra e supraclavicular (visualização da clavícula); - Visualização da fúrcula esternal	
		Abdômen	- Perda muscular da cintura pélvica, - Abdome escavado com umbigo em forma de chapéu	
		Fígado	Hepatomegalia	
		Membros superiores e/ou inferiores	- Atrofia do músculo adutor do polegar (musculatura de punçamento), - Perda muscular dos interósseos palmares, - Atrofia do Quadríceps, - Atrofia do músculo gastrocnêmio	
	Sistema Nervoso	- Confusão mental - Hiperirritabilidade - Apatia		
Excesso	Músculos	- Hipertrofia muscular de membros inferiores e/ou superiores (condicional ao estímulo pelo exercício).		

Fonte: O autor (2023)

Figura 4

		Rins	- Disfunção Renal (dependendo da quantidade ingerida e do período de exposição)		
Lipídeos	Baixa reserva de tecido adiposo	Face	Perda da bola gordurosa de bichart	Desequilíbrio na ingestão e gasto	
		Abdômen	- Abdome escavado com umbigo em forma de chapéu	Anorexia	
	Excesso de tecido adiposo	Olhos	- Xantelasma (gordura na pálpebra), - Arco córneo lipídico	Bulimia Inapetência AIDS Síndromes de má absorção	
		Pele	Xantoma - Depósito de colesterol na pele, tendões ou ossos (manchas ou nódulos amarelos)		
		Abdômen	Abdome globoso; panículo adiposo em forma de avental;		
Membros superiores e/ou inferiores	Presença excessiva de tecido adiposo no bíceps e tericeps				
Vitamina A	Deficiência	Cabelo	Cabelos ressecados e quebradiços	Ingestão reduzida de fontes por tempo prolongado	
		Olhos	- Nictalopia- cegueira noturna, - Xerose conjuntiva (estágio avançado) - Manchas de bitot bem demarcadas, secas e acinzentadas esponjosas (estágio grave), - Xerofalmla ou ceratomallica (secura da córnea, opacidade ou até necrose - em casos graves e irreversível), - Cegueira (casos mais graves)	Má nutrição protéico-energética Má absorção das gorduras Infecções parasitárias Doenças diarréicas Síndrome do intestino curto Doença de Crohn	
			Pele	Hiperqueratose folicular	Obstrução dos ductos biliares
			Rins	Nefrite (casos mais graves)	Deficiência de zinco e vitamina E
			Fetal	Malformação fetal (casos mais graves)	Distúrbios hepáticos
	Excesso	Cabelos	Alopecia	Insuficiência pancreática	
		Cavidade Oral	Fissuras na boca/lábios	Intolerância a glúten não tratada	
		Pele	- Hiperqueratose (coloração amarelada, - Acúmulo de glândulas sudoríparas nas regiões palmar, - Prurido e secura	Necessidades aumentadas (queimaduras, infecção)	
		TGI	Náuseas e vômitos (intoxicação aguda)		
		Sistema Nervoso	Vertigens		
Metabolismo de outros nutrientes	Interfere no aproveitamento da vitamina E, vitamina K				
Vitamina D	Deficiência	Tecido Muscular	Fraqueza muscular proximal	Ingestão inadequada , com pouca exposição solar	
		Pâncreas	Sistema endócrino:	Má absorção das gorduras	

Fonte: O autor (2023)

Figura 5

			-Secreção prejudicada de insulina, mas normal de glucagon (déficit de vitamina D associado às condições normais de Ca)	Distúrbios renais, hepáticos e intestinais (como enterites regionais – Doença de Crohn e má absorção intestinal) Dieta com alto teor de fibras (eliminação da vitamina D) Excesso de Fe, Cu e Mg (prejudicam a absorção da vitamina D) Doenças que afetam a secreção do paratormônio (como o hiperparatireoidismo) Medicamentos (colestipol, colestiramina, anticonvulsivantes, isoniazida, corticosteróides em longo prazo)	
		Infância	- Mineralização inadequada de dentes e dentina - Convulsões e tétano calcêmico (deficiência nos primeiros 6 meses de vida)		
		Ossos	- Dor - Deformidade esquelética - Osteomalácia (no adulto), - Raquitismo (na criança), - Osteoporose e risco aumentado para fraturas.		
		Metabolismo enzimático/Hormonal	- Fosfatase alcalina aumentada - Hormônio de paratireóide aumentado		
		Metabolismo de outros nutrientes	- Hipocalcemia - Hipofosfatemia		
		Excesso	Rins, coração, pulmão e outros tecidos		- Calcificação metastásica e Lesão e cálculo renal, - Calcificação do coração, pulmão e outros tecidos moles
			TGI		Anorexia, vômitos e Náuseas
			Sistema Nervoso		Desorientação
			Metabolismo de outros nutrientes		- Hipercalcitúria e hipercalcemia
Vitamina E	Deficiência	Olhos	Oftalmoplegia (paralisa do nervo ocular)	Dieta hipolipídica (em especial com baixo teor de TCM) Síndrome de má absorção das gorduras; Síndrome do intestino curto Dieta rica em ácidos graxos polinsaturados; Distúrbios hepáticos, Pâncreas crônica/ Insuficiência pancreática Pode ser visto em pacientes e ventilação mecânica com alto teor de oxigênio	
		Tecido Muscular esquelético	Distrofia muscular		
		Condição Hematológica	- Anemia Hemolítica (crianças prematuras) - Aumento da susceptibilidade dos eritrócitos à hemólise peroxidativa		
		Metabolismo de outros nutrientes	Creatinúria		
	Excesso	Sistema Nervoso	- Neuropatias periféricas - Hiporreflexia/ arreflexia		
		Metabolismo de outros nutrientes	Usualmente não é tóxica. Pode causar: Antagonismo à vitamina K (exacerbar os efeitos anticoagulantes)		
		Tecido Muscular esquelético	Fraqueza muscular e fadiga		
Vitamina K	Deficiência	Olhos	Listas hemorrágicas na conjuntiva	Má absorção das gorduras	

Fonte: O autor (2023)

Figura 6

		Pele	- Petéquias (por depressão e anormalidades do sistema conectivo) - Equimoses - Fácil formação de hematoma	Obstrução biliar Flora intestinal alterada Doenças gastrointestinais Doença Hepática Terapia anti-coagulantes Ingestão excessiva de vitamina A e E (por tempo prolongado)
		Unhas	Listas hemorrágicas sob as unhas	
Vitamina C	Excesso	Condição Hematológica	- Anormalidades na coagulação sanguínea (tempo prolongado de coagulação) - Hemorragias graves (em crianças recém-nascidas)	
			Baixo risco de toxicidade Altas doses bloqueiam os efeitos de drogas anticoagulantes, como coumarinas, mas não a heparina	
	Deficiência	Cavidade oral: Gengivas, Língua	Gengivas esponjosas e sangrando (característica do escorbuto)	Ingestão alimentar inadequada Fumo Gravidez Lactação Hipertireoidismo Medicamentos (estrogênio/contraceptivos orais, barbituratos, tetraciclina, salicilatos) Perdas aumentadas
		Pele	- Petéquias (por depressão e anormalidades do sistema conectivo) e equimoses, - Hemorragias perifoliculares, diminuição na cicatrização de feridas, hiperqueratose e sangramento nas cavidades corporais – característico no escorbuto)	
		Unhas	Unhas com hemorragia ao redor dos folículos pilosos	
Excesso	Sistema Nervoso	- Diminuição na produção de neurotransmissores gerando: fraqueza e irritabilidade – característico no escorbuto		
	TGI	Diarréia osmótica		
Vitamina B₁ (Tiamina)	Deficiência	Metabolismo de outros nutrientes	Hipercalúria	
		Exames	Pode dar falso-negativo para teste de sangue oculto	
		Olhos	Oftalmoplegia (paralisa do nervo ocular)	Alcoolismo Ausência na solução nutritiva parenteral Síndrome de realimentação Doença hepática severa Síndrome de má absorção
		Sistema Nervoso	- Beribéri seco: alteração bilateral das funções do reflexo sensorial/motor das extremidades inferiores (queimação dos pés, reflexo do tornozelo ausente), panturrilha mole/dificuldade para levantar-se da posição agachada - Beribéri úmido: taquicardia, vasodilatação, sudorese, acidose láctica, edema, insuficiência cardíaca de alto débito - Beribéri cerebral (Encefalopatia de Wernicke – korsakoff): nistagno, visão dupla, ataxia, confusão, confabulação, afonia - em deficiência aguda	

Fonte: O autor (2023)

Figura 7

	Excesso	Nenhum efeito conhecido. Podem ocorrer reações de hipersensibilidade, principalmente após administrações parenterais repetidas		
Vitamina B ₂ (Riboflavina)	Deficiência	Olhos	- Conjuntivite com vascularização da córnea e opacidade do cristalino (olhos secos e irritados) - Fotofobia - inflamação corneal	Ingestão insuficiente Má absorção Doença hepática Obstrução biliar Alcoolismo Hipotireoidismo Diabetes mellitus Medicamentos (antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, imipramina, amitripirilina, probenecida)
		Lábios Cavidade oral: Gengivas, Língua	- Queilose ou queilite angular (lesões no canto da boca), - Glossite (descamação dolorosa da língua, deixando-a vermelha, seca e atrófica) - Estomatite angular	
		Pele	- Dermatite seborréica/vermelha/escamativa (principalmente na região nasolabial) - Anormalidades na pele ao redor da vulva e anus - Palidez	
		Condição Hematológica	Anemia normocítica e normocrômica (raro) - em deficiência severa	
	Excesso	Nenhum efeito tóxico conhecido		
Vitamina B ₃ (Niacina)	Deficiência	Urina	Cor alaranjada	Abuso de álcool Tumor carcinóide maligno Má absorção Doença de Hartnup Deficiência de triptofano Medicamentos (isoniazida em longo prazo)
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	- Glossite escarlate e estomatite (inicialmente as extremidades/margens da língua são escarlate, sensíveis - Queimação na boca seguida de edema de língua, ulcerações embaixo da língua ou nos lábios inferiores)	
		Pele	Dermatite bilateral simétrica nas áreas expostas ao sol - associada à diarreia e demência - Pelagra (associado à deficiência de Triptofano)	
		TGI	Náuseas/vômito tardios, superfícies mucosas inflamadas, diarreia	
	Sistema Nervoso	Prejuízo da memória, confusão e delírio/demência		
	Excesso	Depende da dose e forma. O ácido nicotínico (não a niacinamida) causa rubor/vasodilatação, coceira, irritação gastrointestinal, arritmias, hepatotoxicidade, diminuição de LDL e VLDL, resistência à insulina		
Vitamina B ₅ (Ácido Pantotênico)	Deficiência	Membros superiores e/ou inferiores TGI	- Queimação nos pés - Parestesias das mãos/pés - Desconforto abdominal	(Deficiência raramente verificada sozinha) Desnutrição prolongada grave Necessidades aumentadas no alcoolismo, diabetes mellitus, doença inflamatória intestinal
	Excesso	Usualmente não tóxica, mas a diarreia e cólicas gastrointestinais têm sido relatadas. A forma dexpanthenol pode prolongar o tempo de sangramento		

Fonte: O autor (2023)

Figura 8

Vitamina B ₆ (Piridoxina)	Deficiência	Lábios Cavidade oral: Gengivas, Língua	- Queilose ou queilite angular (lesões no canto da boca), - Glossite (descamação dolorosa da língua, deixando-a vermelha, seca e atrófica) - Estomatite	Uremia Alcoolismo Cirrose Hipoparatiroidismo Insuficiência cardíaca congesta Metabolismo alterado do triptofano Medicamentos (isoniazida, etionamida, hidralzina e penicilamina)
		Trato Gastro Intestinal	Síndrome disabsortiva - Estomatite (geralmente ocorre associado à deficiência das demais vitaminas hidrossolúveis)	
		Condição Hematológica	- Anemia sideroblástica (raros casos), - Anemia normocítica e normocrômica (geralmente ocorre associado à deficiência das demais vitaminas hidrossolúveis)	
		Sistema Nervoso	- Depressão e confusão mental (geralmente ocorre associado à deficiência das demais vitaminas hidrossolúveis) - Irritabilidade - Neuropatia periférica	
	Pele	Dermatite seborréica (dobras nasolabiais, bochechas, pescoço, perineo)		
	Excesso	Olhos Sistema Nervoso	Relatos de fotossensibilidade Neurotoxicidade - aparecimento de neuropatia sensitiva periférica	
Vitamina B ₁₂ (Ácido Fólico)	Deficiência	Face	Palidez	Ingestão alimentar inadequada Alcoolismo crônico Má absorção Perdas aumentadas (diálise por longo período) Medicamentos (anticonvulsivantes e contraceptivos orais)
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	Língua inchada/sensível	
		Células Hematológicas	Anemia Hipocrômica	
		Região Palmar e Plantar	Descoramento	
		Unhas	Quebradiças, rugosas ou coiloniquíias	
		Membros superiores e/ou inferiores	- Astenia/fraqueza - Algia em membros inferiores	
		Condição Hematológica	Anemia macrocítica megaloblástica (em deficiência aguda)	
TGI	- Sintomas gastrointestinais similares à deficiência de vitamina B ₁₂ , porém mais graves e abrangentes - Diarreia			
Sistema Nervoso	- Risco aumentado para defeitos no tubo neural em fetos (em deficiência durante a gestação)			

Fonte: O autor (2023)

Figura 9

	Excesso	Não é tóxico, porém em altas doses (acima de 5mg) pode mascarar a anemia perniciosa.		
Vitamina B₁₂ (Cobalamina)	Deficiência	Face	Palidez	Inabilidade para liberar a proteína ligadora da vitamina B ₁₂ dos alimentos (hipocloridria, gastrite atrófica) Má absorção devido à quantidade inadequada de fator intrínseco (anemia perniciosa, gastrectomia, bypass gástrico) Ressecção ou doença do íleo terminal Dieta vegetariana estrita por longo tempo AIDS Medicamentos (anticongulsivantes, neomicina, colchicina e omeprazol)
		Olhos	Perda de visão central	
		Cavidade oral Gengivas, Língua	Língua avermelhada, inchada, com sensação de queimação	
		Células Hematológicas	-Anemia Hipocrômica - Anemia macrocítica megaloblástica (semelhante à deficiência de folato)	
		Região Palmal e Plantar	Descoloramento	
		Unhas	- Quebradiças, rugosas ou colônquias - Tecido vascular da unha marrom	
		Pele	-Pode haver mudanças na pigmentação (pintas amareladas) - Rugas	
		Membros superiores e/ou inferiores	- Astenia, - Algia em membros inferiores - Parestesias em mãos e pés, - Instabilidade da marcha, - Diminuição dos reflexos tendinosos profundos,	
		Muscular	- Fraqueza muscular, - Ataxia	
		Condição Hematológica	Anemia megaloblástica (em deficiência prolongada)	
Sistema Nervoso	- Delírium, - Depressão, - Perda de Memória			
Excesso	Relativamente não tóxica. Reação alérgica é rara.			
Vitamina H (Biotina)	Deficiência	Cabelo	Alopécia	Deficiência rara Consumo excessivo/prolongado de clara de ovo crua Abuso de álcool Medicamentos (fenitoína, carbamazepina ou primidona em longo prazo)
		Face	Distribuição incomum da gordura facial	
		Cavidade oral Gengivas, Língua	Mucosa oral e lingual estão protuberantes/dolorosas/avermelhadas	
		Pele	- Dermate foliátria, erupção escamosa/avermelhada (frequentemente ao redor dos olhos, nariz, boca e orifícios perineais)	
		Sistema Nervoso	-Depressão -Letargia	
Excesso	Excesso excretado facilmente na urina			

Fonte: O autor (2023)

Figura 10

Ferro	Deficiência	Face	Palidez	Perdas sanguíneas Fluxo menstrual intenso e prolongado Hemodilúscie Gravidez Uso de eritropoetina sem suplementação de ferro Ingestão alimentar inadequada Má absorção Medicamentos (aspirina/drogas anti-inflamatório não-esteroidais)
		Mucosas conjuntiva e bucal	Palidez (hipocromia)	
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	- Estomatite angular, ocasionalmente com glossite	
		Pele	Atrofia	
		Células Hematológicas	Anemia Hipocrômica microcítica	
		Região Palmal e Plantar	Descoloramento	
		Unhas	Quebradiças, rugosas ou colônquias	
		Membros superiores e/ou inferiores	- Astenia, - Algia em membros inferiores	
		Transtorno alimentar	PICA	
		TGI	- Obstipação ou diarreia, náusea e/ou dor epigástrica com suplementos orais	
Exames	A sobrecarga de ferro pode interferir com teste de fezes para sangue oculto			
Zinco	Deficiência	Cabelo	Alopécia	Má absorção Aumento das perdas renais Queimaduras Doenças inflamatórias crônicas, como artrite reumatóide, anemia falciforme Medicamentos (penicilamina - D, diuréticos, valproato)
		Olhos	Cegueira noturna	
		Pele	Dermatite - associada à diarreia e demência - Pelagra (associado ao alcoolismo)	
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	Alterações do paladar	
		TGI	Diarreia	
		Células Hematológicas	- Prejuízo na função imune - Deficiência na cicatrização das feridas	
		Exames	Diminuição da fosfatase alcalina	
Excesso	Aguda	Náuseas/vômitos, dor epigástrica, diarreia		
	Crônica	Deficiência de cobre, redução da HDL e aumento da LDL, alteração da função imune, possível interferência com a absorção de ferro		
Cobre	Deficiência	Cabelo	Perda da pigmentação do cabelo	NPT (Nutrição Parenteral Total) sem cobre Aumento das perdas Má absorção Consumo excessivo de zinco ou ferro
		Face	Palidez	
		Células Hematológicas	- Leucopenia - Neutropenia - Baixa contagem de reticulócitos - Anemia (hipocrômica, microcítica, normocítica ou macrocítica)	
		Ossos	Osteoporose	

Fonte: O autor (2023)

Figura 11

	Excesso	Aproximadamente 80% do cobre é perdido via bile. Em risco de toxicidade em condições colestáticas (ex.: disfunção hepática severa ou obstrução do trato biliar) ou Doença de Wilson		
		TGI	- Náusea - Vômitos - Diarréia - Dor epigástrica	
		Células Hematológicas	Anemia hemolítica	
		Fígado	Necrose hepática	
Selênio	Deficiência	Tecido Muscular esquelético	- Fraqueza muscular - Mialgia (dor muscular)	NPT sem selênio. Má absorção Diarréia Fistulas entéricas
		Cabelos	- Mudanças (perda/quebradiços) - Dermatite no couro cabeludo	
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	Hálito e odor de alho	
	Excesso	Unhas	Mudanças (quebradiços, linhas amarelado-esbranquiçadas ou vermicelhas, perda)	
		Pele	Dermatite	
		TGI	- Náusea - Vômito	
		Sistema Nervoso	- Neuropatia periférica - Irritabilidade	
Cromo	Deficiência	Metabolismo da glicose	- Intolerância à glicose - resistência à insulina	NPT sem cromo (embora seja um contaminante da NPT, deficiência improvável) Aumento das perdas urinárias
		Metabolismo dos lipídeos	Aumento de LDL e triglicéridos	
		Sistema Nervoso	- Neuropatia periférica	
	Excesso	Oralmente: baixo risco de toxicidade com cromo trivalente. O cromo hexavalente é mais tóxico		
Manganês	Deficiência	Cabelos	Alteração da pigmentação e retardo no crescimento	Extremamente raro
		Pele	Dermatite	
		Metabolismo dos lipídeos	Hipocolesterolemia	
	Excesso	Sintomas neurológicos similares à doença de Parkinson		
Molibdênio	Deficiência	Poucos relatos		Extremamente improvável devido à

Fonte: O autor (2023)

Figura 12

	Excesso	Exames	Hiperazemia	abundância da dieta Deficiência genética de cofator de molibdênio (rara)
		Metabolismo de outros nutrientes	- Aumento da excreção do cobre (pode agravar a deficiência já existente) - Aumento da incidência de gota	
Iodo	Deficiência	Pescoço	Bócio Tiroideano	Dieta inadequada em áreas endêmicas ou fornecimento de alimentos não suplementados com iodo Requerimentos aumentados em ambientes gelados Excesso Consumo excessivo de alimentos que tendem a causar o bócio (mandioca, repolho, nabo) Medicamentos (anti-tireóide)
		Juventude	Desenvolvimento físico e mental prejudicado	
	Excesso	Sem relatos		
Fluor	Deficiência	Nenhum conhecimento, apesar de a fortificação seja benéfica na redução das cáries dentárias.		
		Excesso	Dentes	Durante o desenvolvimento dentário causa fluorese (manchas esbranquiçadas sobre a coroa do esmalte dentário, o que torna-se amarelo/marrom)
		Excesso	Ossos	Hipermineralização do esqueleto (excesso crônico)
Cálcio	Deficiência	- Deformidade esquelética - Osteomalácia (no adulto), - Raquitismo (na criança), - Osteoporose e risco aumentado para fraturas (má absorção de Ca associada à deficiência de vitamina D)		Ingestão inadequada Deficiência de vitamina D Mulheres amenorréicas (baixa condição de estrogênio – absorção diminuída e excreção aumentada) Mulheres na menopausa Mulheres grávidas ou lactentes Intolerância à lactose Vegetarianos (alto teor de oxalato da dieta)
		Excesso	A toxicidade na maioria dos casos se dá em condições de suplementação	
		Excesso	Rins	
	Excesso	Síndromes	Hipercalemia	

Fonte: O autor (2023)

Figura 13

Água	Hipohidratação	Olbos	- Perda de brilho nos olhos, - Perda de umidade conjuntival.	Ingestão insuficiente Desequilíbrio na excreção Diarréias
		Mucosas: conjuntivas, labial e sublingual	Perda de umidade	
		Cavidade oral: Gengivas, Língua	- Salivação diminuída	
		Condição Hidrica	Pele descamada com xrose ou com turgor ou elasticidades ↓	
	Hiperhidratação	Condição Hidrica	- Face edemaciada (face de lua cheia); - Edema de gengiva; Ascite/edema de parede - Edema em tecido subcutâneo (frio, mole e indolor, com cacifo ou não e de forma bilateral); (Todos esses sintomas podem também está relacionados e/ou associados ao desequilíbrio osmolar)	

Fonte: (COZZOLINO, 2007; DUARTE, 2007; KAMIMURA; SAMPAIO; CUPPARI, 2009; LAMEU, 2005; PENTEADO, 2003; VANNUCCI, 2007).

Fonte: O autor (2023)

Não possui hipossalivação, disfagia, odinofagia, saburra lingual, língua pilosa, glossite papilar, queilite angular, língua geográfica nem edentulismo.

Sem presença de sinais de desidratação, edemas, anemia, icterícia, atrofia de músculos, descoloração de mucosas

Sem alterações físicas como bola de bichat ou atrofia bitemporal ou fáceis-cansaço.

Sem oco axilar.

Sem retração intercostal.

Tronco sem alterações fisiológicas.

Sem atrofia muscular geral.

Unhas podem indicar sinal de baixo zinco em algum momento da vida (há mais de 20 anos, segundo histórico). Unhas "novas" se apresentam saudáveis.

Perdeu 5kg com internação por dores relacionadas aos canais urinários e pedras nos rins. Recuperou rapidamente após a melhora do quadro.

O ocorrido narrado foi há aproximadamente dois meses do dia desta avaliação nutricional.

5 HISTÓRIA DIETÉTICA

O histórico dietético traz informações importantes sobre os hábitos alimentares do paciente e a ingestão de nutrientes. Ela auxilia na identificação de deficiências, excessos e equilíbrios alimentares que podem afetar a saúde e o estado nutricional do indivíduo.

Consiste em uma ampla entrevista que objetiva descrever a ingestão dos alimentos do ponto de vista qualitativo e quantitativo, coletando informações referentes aos hábitos alimentares atuais e passados, tratamento dietético anterior; modificações nas condições de vida e na ingestão alimentar, além de preferências, intolerâncias e aversões alimentares. Além destes aspectos, são também contemplados fatores relacionados ao estilo de vida e ao uso de medicamentos e/ou suplementos. A entrevista pode incluir o recordatório de 24 horas, o registro alimentar (se possível) e/ou o questionário de frequência alimentar. É muito utilizada em atendimentos de primeira consulta.

Dieta atual: VO Enteral Parenteral

Quantas e quais refeições está fazendo por dia? 6, sendo elas: Café da manhã, fruta, almoço, fruta, café da tarde e jantar

Consistência: Qualquer consistência, alimentação normal.

Alergias e/ou aversões alimentares: sim não

Modificação na ingestão alimentar em relação ao normal: sim não

Apetite nas últimas semanas: bom razoável insatisfatório

Modificação no paladar: sim não

Foi registrado um inquérito básico de frequência alimentar, o recordatório 24h e, também, os tipos de aversões alimentares do paciente, que, apesar de narrar não ingerir habitualmente alguns alimentos como leite e derivados (por optar o consumo de café), existem meios alternativos de consumo (seguindo o exemplo do leite, ele gosta de uma bebida que chama de “queimadinha” que é feita com leite e pouco açúcar), o que não caracteriza aversão total de quaisquer alimentos.

6 FREQUÊNCIA ALIMENTAR

A frequência alimentar se refere ao número de vezes que o paciente come cada alimento durante o dia. Pode variar de pessoa para pessoa e depende dos hábitos e preferências individuais. O questionário de frequência alimentar auxilia a compreender os padrões de alimentação do paciente isolando cada tipo de alimento e período de frequência de ingestão destes.

O paciente Argentino atualmente está com a seguinte frequência alimentar:

Quadro 1

Produtos e Alimentos	Nº de vezes/dia	Nº de vezes/semana	Raramente
Leite e derivados		2	
Carne vermelha		2	
Carne branca		3	
Ovos		2	
Leguminosas	2		
Cereais	2		
Frutas	2		
Hortaliças	2		
Embutidos		1	
Enlatados			x
Defumados		1	
Salgados			x
Açúcares e doces	x		
Infusões			x
Refrigerantes			x
Bebidas alcoólicas			x
Adoçantes			x
Frituras		2	
Condimentos	2		

Fonte: O autor (2023)

Obs: Churrasco de vez em quando e uma latinha de cerveja

Bebe 2L de água por dia em média. Transpira muito por trabalhar bastante nos afazeres diários (cuida de plantas na chácara em que reside, capina, é bastante ativo).

Come uma variedade muito boa de alimentos, o que torna sua rotina alimentar comumente equilibrada.

A preparação é caseira, quem cozinha é a esposa.

Tem acesso fácil a alimentos in natura no quintal de casa, incluindo frutas, que costuma ingerir in natura mesmo, proporcionando boa ingestão de fibras.

Bebe bastante água, além de sucos naturais (geralmente diluídos em água e adoçados com açúcar).

Consome poucos alimentos processados, o único mais consumido dentro deste padrão sendo a linguiça.

Pode ser adequada alguma moderação e até algum racionamento relacionados a frequência de ingestão de alguns alimentos mais “pesados”, como abacate, verduras de folha, pequis, entre outros.

Todos da residência seguem boa alimentação junto a ele e estão dispostos a se adaptarem caso se faça necessário.

7 RECORDATÓRIO 24HS

O recordatório de 24 horas é um método em que a pessoa relata todos os alimentos e bebidas que consumiu ao longo de um dia. Serve para que o nutricionista tenha uma visão geral da dieta do indivíduo nesse período específico e possa avaliar a qualidade da alimentação, identificar possíveis deficiências nutricionais e padrões alimentares. Com base nessas informações, o nutricionista pode oferecer orientações e criar um plano alimentar personalizado. No entanto, é importante lembrar que o recordatório de 24 horas representa apenas um dia e não reflete necessariamente os hábitos alimentares a longo prazo, por isso podem ser necessárias repetições em diferentes dias.

A seguir, o recordatório 24h do paciente, acompanhados da quantia de calorias indicada em cada alimento listado:

Café da manhã

3/4 de xícara de café adoçado com açúcar 64,8kcal

1 fatia de pão caseiro (70g) 210kcal 36,82 CHO 5,04PTN 5,96 Gordura ttl

Lanche da manhã:

1 banana caturra média 64kcal

Almoço:

75g de arroz 190kcal

70g de feijão com caldo 354,67kcal

Mostarda (1 colher grande) 50g 12,5kcal

Angu (1/2 colher grande) 111,9kcal **19.50 CHO 2.18PTN 2.67LIP**

Frango ensopado com caldo (1 coxa) 118kcal

Pedaço de rapadura (25g) 92kcal 23gCHO

Lanche da tarde:

1/2 abacate (sem açúcar) 378,4kcal

Lanche da tarde:

3/4 de xícara de café 64,8kcal

1 fatia de bolo (80g) 205,60kcal

Jantar:

75g de arroz 190kcal

85g de feijão com caldo 354,67kcal

Mostarda (1 colher grande) 50g 12,5kcal

Angu (1/2 colher grande) 111,9kcal 19.50CHO 2.18PTN 2.67LIP

Frango ensopado com caldo (1 coxa, 45g) 118kcal

1/2 batata-doce média (125g +/-) 107,50kcal

1 bola de sorvete caseiro 144,9kcal

2906,14 kcal na dieta atual + 176,8 de margem de erro do óleo de cozinha dos preparos:

Total de kcal de acordo com o recordatório 24h: 3082,94

OBS: A alimentação segue sempre de acordo com o recordatório 24h, variando as frutas e a verdura para outras verduras, legumes diversos e frutas diversas, o que indica que o paciente já possui uma alimentação saudável e apenas serão necessários alguns ajustes. O paciente também ingere no mínimo 2L de água diariamente.

7.1 MICRONUTRIENTES DO RECORDATÓRIO 24 HORAS

Todos os micronutrientes foram calculados de acordo com as normas da DRI

Manganês – 2,347 mg

Fósforo – 717,488 mg

Ferro – 9,436 mg

Sódio – 829,147 mg

Potássio – 2639,338 mg

Cobre – 0,894 mg

Zinco – 8,042 mg

Retinol – 45,693 µg

RE – 119,5 µg

RAE – 59,5 µg

Tiamina – 0,588 mg

Riboflavina – 0,262 mg

Piridoxina – 0,3255 mg

Niacina – 11,7265 mg
Vitamina C – 89,705 mg
Colesterol – 219,3 mg
Fibras – 33,809 g
Cinza – 6,92 g
Cálcio – 347,194 mg
Magnésio – 203,6 mg

8 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação antropométrica é utilizada para avaliar a composição corporal e estado nutricional. Elas fornecem informações importantes para identificar possíveis desequilíbrios nutricionais e monitoramento de mudanças, juntamente de avaliações de outros aspectos da saúde do paciente.

Para realizar a avaliação antropométrica é necessário que as medidas corporais sejam associadas entre si e a parâmetros como sexo e idade, formando índices e indicadores que serão comparados e analisados de acordo com os padrões de referência e pontos de corte recomendados. Um dos problemas encontrados na avaliação nutricional antropométrica é a escassez de padrões de referência, especificamente para a população brasileira, sendo comumente utilizados estudos populacionais americanos e europeus

Medidas Aferidas

Peso atual aferido: 80kg

Aferido naturalmente

Peso usual: 75kg a 80kg

Aferido naturalmente

Perda de peso total nos últimos 6 meses: 5kg, mas recuperou

Alteração de peso nas últimas duas semanas: (x) aumento () sem alteração
() diminuição

Altura: 1,72 m

Aferida naturalmente

Circunferência do Braço: 36 cm

Circunferência da Cintura: 97 cm

Circunferência do Quadril: 100 cm

Circunferência da Panturrilha: 38 cm

9 IMC

O IMC é um indicador de avaliação da massa corporal total do indivíduo em relação à altura. É um indicador simples, rápido e fácil de ser aplicado, sendo muito utilizado em pesquisas epidemiológicas e na prática clínica. Tem uma alta correlação com a gordura corporal, ou seja, quanto maior o IMC, maior a probabilidade do indivíduo de ser obeso. Porém, nem todo IMC elevado indica excesso de gordura corporal, visto que este índice não avalia separadamente os compartimentos corporais. O uso do IMC é limitado na avaliação de indivíduos atletas, por exemplo, que podem apresentar excesso de peso, em virtude da massa muscular hipertrofiada. Além disso, o IMC tem boa correlação com dados de morbimortalidade. Os estudos realizados revelam que valores de IMC abaixo da normalidade predispõem o indivíduo a doenças associadas à desnutrição, como as pulmonares e infecciosas, enquanto que valores elevados relacionam-se com aquelas associadas à obesidade, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's).

Quanto às limitações, este índice não avalia separadamente os compartimentos corporais ou a distribuição de gordura corporal. Tem correlação com a estatura, apesar de baixa, não sendo aconselhada sua utilização para avaliação de indivíduos muito baixos ou muito altos, bem como para aqueles com desproporcionalidade corporal (troncos grandes, pernas curtas). Dessa forma, para um diagnóstico e conduta nutricional adequados, é necessário que o IMC seja associado a outros indicadores.

O IMC do paciente será calculado de acordo com seu peso e sua altura:

$$80/(1,72)^2$$

$$80/2,9584$$

$$\mathbf{IMC = 27,04}$$

10 EQUAÇÃO DE HARRIS-BENEDICT

Fórmula utilizada para medir o metabolismo basal, quantidade de energia que o corpo precisa para manter as funções vitais em repouso (respiração, circulação sanguínea, regulação de temperatura).

A do paciente:

$$TMB = 66,5 + (13,75 \cdot 80) + (5,003 \cdot 172) - (6,755 \cdot 65)$$

$$66,5 + 1100 + 860,516 - 439,075$$

$$1587,94 \text{ kcal}$$

$$\mathbf{GET = TMB \cdot FA}$$

$$1587,94 \cdot 1,8$$

$$2858,3 \text{ kcal}$$

$$GET: 2858,3 \text{ (variação de 5\% para mais ou menos: } 142,9 \text{ kcal)}$$

11 CLASSIFICAÇÃO DO IMC

Paciente eutrófico com base em seu IMC de 27,04, onde os parâmetros para medição de um indivíduo idoso eutrófico se encontra entre 23 e 28, calculado em cima de sua altura(1,72m) e seu peso atual(80kg).

Considerável uma pequena adaptação futura com a intenção de abaixar um pouco o peso para se aproximar do peso médio do IMC ideal: $(23+28)/2 = 25,5$ Alguns dos estudos apresentados em sala apresentaram também o IMC idealizado entre 22 e 27, neste caso o paciente estaria em sobrepeso perto da linha limite dos 27 e o IMC ideal seria de: $(22+27)/2 = 24,5$

Não será indicada a perda de peso no momento atual, pois o paciente está aguardando processo cirúrgico e acabou de passar por instabilidade do peso atual.

É idealizado o acompanhamento.

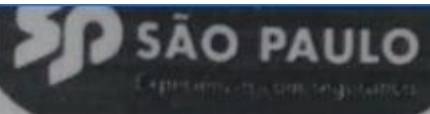
12 AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

Os indicadores bioquímicos fornecem medidas objetivas das alterações do estado nutricional, tendo como vantagens principais: a confirmação das deficiências nutricionais; a identificação precoce de problemas nutricionais antes que qualquer sinal e/ou sintoma clínico nutricional de deficiência e/ou excesso de nutrientes seja percebido pelo indivíduo ou nutricionista, e o monitoramento do indivíduo em tratamento. No entanto, tais indicadores possuem limitações por sofrerem influência de várias doenças; pela sua baixa especificidade para os problemas nutricionais; pela interação droga/nutriente e pela ingestão recente, entre outras razões. Assim, recomenda-se não utilizar, isoladamente, os indicadores bioquímicos para estabelecer o diagnóstico nutricional. A avaliação bioquímica do estado nutricional é geralmente realizada por meio de indicadores hematológicos, protéicos viscerais; de indicadores protéicos somáticos; do colesterol sérico e do balanço nitrogenado. Além destes, estão disponíveis as proteínas da fase aguda, os testes de avaliação de competência imunológica e a avaliação laboratorial de micronutrientes.

Considerando o quadro clínico atual, os exames abaixo anexados não são muito relevantes devido ao quadro de saúde apresentado pelo paciente nos dias que antecederam ao exame, pois o paciente estava se alimentando mal devido a dores relacionadas ao problema das pedras nos rins e o quadro teve melhora após alguns dias de retornar à alimentação e hidratação habituais.


Abaixo dos anexos estão anotações sobre os exames.

Figura 14



SÃO PAULO
Laboratórios

☎ 011 2126-0100
laboratoriosaopaulobh.com.br



Nome (Name): [REDACTED]
 Data Nasc (Date of birth): [REDACTED] (dd/mm/yyyy) - Sexo (Gender): **M**
 Médico (Doctor): **Dr(ª) OSCAR [REDACTED]**
 Convênio (Health insurance): **SUS [REDACTED]**
 Destino (Destiny): [REDACTED]
 Unidade (Place): **HOSPITAL [REDACTED]**

Registro (Record): [REDACTED]
 Nº da OS (Service Order): [REDACTED]
 CRM (Medical record): [REDACTED]
 Matrícula (Registration): [REDACTED]
 Emissão (Date of issue): **12/05/2023**

HEMOGRAMA

ERITROGRAMA
 MATERIAL: SANGUE EM EDTA
 MÉTODO: CITOMETRIA DE FLUXO FLUORESCENTE
 DATA COLETA: 12/05/2023 12:11

VALORES ENCONTRADOS

Hemácias em 10 ⁶ /µl	4,55
Hemoglobina g/dL	13,2
Hematócrito %	40,2
V.C.M. (fL)	88,4
H.C.M. (pg)	29,0
C.H.C.M.(%)	32,8
R.D.W. (%)	15,7

VALORES DE REFERÊNCIA:
(REFERENTE À FAIXA ETÁRIA)

4,5 A 5,5
13,0 A 17,0
40,0 A 50,0
83,0 A 101,0
27,0 A 32,0
31,5 A 34,5
11,6 A 14,0

LEUCOGRAMA
 MATERIAL: SANGUE EM EDTA
 MÉTODO: CITOMETRIA DE FLUXO FLUORESCENTE
 DATA COLETA: 12/05/2023 12:11

VALORES ENCONTRADOS

Leucócitos por µl	4590
%	
Blastos	0,0
Promielócitos	0,0
Mielócitos	0,0
Metamielócitos	0,0
Bastões	0,0
Segmentados	67,8
Eosinófilos	2,0
Linfócitos	23,2
Linf.Reativos	0,0
Monócitos	6,7
Basófilos	0,3
#	
	3112,0
	91,8
	1064,9
	0,0
	307,5
	13,8

VALORES DE REFERÊNCIA
(REFERENTE À FAIXA ETÁRIA)

4000,0 A 10000,0
#
0 - 0
0 - 0
0 - 0
0 - 0
0 - 0
2000,0 A 7000,0
20,0 A 500,0
1000,0 A 3000,0
0 - 0
200,0 A 1000,0
20,0 A 100,0

CONTAGEM DE PLAQUETAS
 MATERIAL: SANGUE EM EDTA
 MÉTODO: AUTOMATIZADO
 DATA COLETA: 12/05/2023 12:11

RESULTADO: **117.000/µl**
 MPV(fL): **8,9**

VALOR DE REFERÊNCIA:
 150 A 400
 7,0 A 9,0 fL

Fonte: O autor (2023)

Figura 15

Nome (Name): [REDACTED] Sexo (Gender): **M** Registro (Record): [REDACTED]
 Data Nasc (Date of birth): [REDACTED] Nº da OS (Service Order): [REDACTED]
 Médico (Doctor): **Dr(a) OSCAR [REDACTED]** CRM (Medical record): [REDACTED]
 Convênio (Health insurance): **SUS [REDACTED]** Matrícula (Registration): [REDACTED]
 Destino (Destiny): [REDACTED] Emissão (Date of Issue): **12/05/2023**
 Unidade (Place): **HOSPITAL [REDACTED]**

COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES
 MATERIAL: SORO
 MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
 DATA COLETA: 12/05/2023 12:11
CONDIÇÃO METABÓLICA DO PACIENTE: COM JEJUM DE 12 HORAS

RESULTADO: COLESTEROL TOTAL	:	101 mg/dL	RESULTADOS ANTERIORES 21/12/2021	174
COLESTEROL HDL	:	30 mg/dL		35
COLESTEROL NAO-HDL	:	71 mg/dL		139
COLESTEROL VLDL	:	16 mg/dL		26
COLESTEROL LDL	:	55 mg/dL		113
TRIGLICÉRIDES	:	76 mg/dL		144

OS VALORES DE REFERÊNCIA DOS RESULTADOS ANTERIORES PODEM SER DIFERENTES DO ATUAL

VALORES DE REFERÊNCIA:	2 A 19 ANOS (mg/dL)	2 A 19 ANOS (mg/dL)	ADULTOS (mg/dL)	ADULTOS (mg/dL)	CATEGORIA REFERENCIAL
LEPÍDEOS	COM JEJUM	SEM JEJUM	COM JEJUM	SEM JEJUM	DESEJÁVEL
COLESTEROL TOTAL	MENOR QUE 170	MENOR QUE 170	MENOR QUE 190	MENOR QUE 190	DESEJÁVEL
HDL	MAIOR QUE 45	MAIOR QUE 45	MAIOR QUE 40	MAIOR QUE 40	DESEJÁVEL
TRIGLICÉRIDES	MENOR QUE 90	MENOR QUE 100	MENOR QUE 150	MENOR QUE 175	DESEJÁVEL
LDL	MENOR QUE 110	MENOR QUE 110	MENOR QUE 130	MENOR QUE 130	BAIXO
	-	-	MENOR QUE 100	MENOR QUE 100	INTERMEDIÁRIO
	-	-	MENOR QUE 70	MENOR QUE 70	ALTO
	-	-	MENOR QUE 50	MENOR QUE 50	MUITO ALTO
NÃO-HDL	NÃO HÁ VALORES DE REFERÊNCIA DEFINIDOS		MENOR QUE 160	MENOR QUE 160	BAIXO
			MENOR QUE 130	MENOR QUE 130	INTERMEDIÁRIO
			MENOR QUE 100	MENOR QUE 100	ALTO
			MENOR QUE 80	MENOR QUE 80	MUITO ALTO

NOTA:
 - VALORES DE COLESTEROL TOTAL MAIOR OU IGUAL A 310 mg/dL (PARA ADULTOS) OU COLESTEROL TOTAL MAIOR OU IGUAL A 230 mg/dL (ENTRE 2 E 19 ANOS) PODEM SER INDICATIVOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR, SE EXCLUÍDAS AS DISLIPIDEMIAS SECUNDÁRIAS
 - SEGUNDO O NOVO CONSENSO BRASILEIRO, NÃO HA MAIS VALORES DE REFERÊNCIA PARA A FRAÇÃO VLDL DO COLESTEROL.
 - OS VALORES DE REFERÊNCIA PARA O COLESTEROL LDL E O COLESTEROL NÃO-HDL FORAM SUBSTITUÍDOS PELOS VALORES DE META TERAPÊUTICA, ESTRATIFICADOS DE ACORDO COM A CATEGORIA DE RISCO CLÍNICO CALCULADO (RISCO CARDIOVASCULAR).
 - O MÉDICO ASSISTENTE É O RESPONSÁVEL PELA DEFINIÇÃO DA CATEGORIA DE RISCO CLÍNICO PARA O PACIENTE.
 - TRIGLICÉRIDES ACIMA DE 440 mg/dL PARA PACIENTES SEM JEJUM, RECOMENDA-SE A CRITÉRIO CLÍNICO, A REPETIÇÃO DO EXAME COM JEJUM DE 12 HORAS.
 - A INTERPRETAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS DEVERÁ LEVAR EM CONSIDERAÇÃO O MOTIVO DA INDICAÇÃO DO EXAME, O ESTADO METABÓLICO DO PACIENTE E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA ESTABELECIMENTO DAS METAS TERAPÊUTICAS.
 - FONTE: CONSENSO BRASILEIRO PARA A NORMATIZAÇÃO DA DETERMINAÇÃO LABORATORIAL DO PERFIL LIPÍDICO.

Conferido: LEANDRA FRANCIELE - CRBM MG 18641 - Data Liberação: 12/05/2023 11:44 (DD/MM/YYYY)
 Laudo certificado digitalmente por: Dr. José Euclides Franco Ribeiro CRM/MG-5050
 Hash: #98b75eae04c687271f4c944a357584e180658311d5eb829021ee87941a

Estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos e alimentação podem influenciar os resultados de exames laboratoriais.
 Em caso de incompatibilidade clínica, a critério de seu médico, deverão ser feitos testes confirmatórios.
 Belo Horizonte, 12/05/2023 (DD/MM/YYYY). RT: Dr. José Euclides Franco Ribeiro CRMMG 5050

Fonte: O autor (2023)

Hemácias em $10^6/\mu\text{l}$

Valor encontrado: 4,55

Valores de Referência: 4,5 a 5,5

Interpretação: Se encontra dentro do valor de referência, porém quase abaixo.

Uma baixa contagem de glóbulos vermelhos causa anemia, fadiga e palidez; o inverso também pode ocorrer, ou seja, um número elevado de hemácias indicando que o indivíduo está acometido por poliglobulia, que pode ser fisiológica em pessoas que habitam em locais altos, que apresentam rarefação crônica de O₂ e patológica, mais presente em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica que apresentam baixa saturação de O₂ e quando há aumento do rim

Hemoglobina g/dl

Valor encontrado: 13,2

Valores de referência: 13,0 a 17,0

Interpretação: Se encontra dentro do valor de referência, porém quase abaixo.

A hemoglobina, ou Hb, é uma proteína que faz parte dos glóbulos vermelhos do sangue e que tem como principal função transportar oxigênio para todos os tecidos do corpo.

A concentração de hemoglobina na hemácia pode ser medida por meio do exame de sangue convencional, o hemograma, ou por meio de um aparelho de medição rápida, semelhante ao aparelho da diabetes. Assim, de acordo com a quantidade de hemoglobina presente na hemácia e com o resultado dos outros exames hematológicos, é possível saber o estado geral de saúde da pessoa.

De forma geral, a hemoglobina alta pode ser consequência da desidratação, uso de tabaco ou enfisema pulmonar, enquanto que a diminuição da quantidade de hemoglobina costuma estar relacionada com anemia, talassemia ou ser consequência de hemorragia, por exemplo.

A diminuição da quantidade de hemoglobina pode acontecer em caso de anemia, cirrose, linfoma, leucemia, hipotireoidismo, insuficiência renal, talassemia, porfiria e hemorragia, por exemplo. Além disso, a hemoglobina baixa também pode

acontecer devido à deficiência de ferro e vitaminas, além do uso de medicamentos para tratar câncer e AIDS, por exemplo.

O número baixo de hemoglobina no sangue pode causar sintomas como cansaço frequente, falta de ar e palidez, devendo ser identificada a causa e iniciado o tratamento de acordo com orientação médica.

Hematócrito %

Valor encontrado: 40,2

Valores de referência: 40,0 a 50,0

Interpretação: Quando o hematócrito está baixo, pode haver diminuição de hemácias ou de hemoglobina no sangue, o que sugere um quadro clínico de anemia, perda excessiva de sangue, doença renal, deficiência de ferro e de proteínas ou sepse

No caso do paciente, pode ser um reflexo do problema renal que possui

Basófilos

Valor encontrado: 13,8

Valores de referência: 20,0 a 100,0

Interpretação: Uma baixa contagem de basófilos está presente em quadros de baixa imunidade, hipertireoidismo, infecções agudas, sepse e uso de alguns medicamentos.

O valor encontrado apresenta uma baixa em relação ao de referência, podendo ser causada pela pedra nos rins e/ou o uso do medicamento cetoprofeno, que é um anti-inflamatório, que pode levar a uma diminuição dos basófilos no sangue, sendo geralmente associado à migração dos basófilos para o local da inflamação.

Contagem de Plaquetas

Valor encontrado: 117.000/ul

Valores de Referência: 150.000 a 400.000

Interpretação: A plaquetopenia pode ter várias causas desde a ingestão de medicamentos que podem resultar a diminuição das plaquetas, infecções, falta de

ferro e vitamina B12, além de doenças que afetam a medula óssea, podendo ser uma anemia

Paciente não aparenta estar apresentando nenhum sintoma relacionado a baixa de plaquetas

Colesterol HDL

Valor encontrado: 30 mg/dL

Valor de Referência: Maior que 40

Interpretação: Quando os valores do HDL estão menores que 40 mg/dL, é preciso ficar alerta à possibilidade do aparecimento de doenças perigosas, principalmente as cardiovasculares. Isso porque o acúmulo de gordura nos vasos interrompe a passagem do sangue, o que pode desencadear complicações como:

Acidente vascular cerebral (AVC); Infarto; Trombose venosa profunda; Doenças arteriais.

Colesterol Não-HDL

Valor encontrado: 71mg/dL

Interpretação: O valor encontrado apresenta um risco clínico muito alto, por estar abaixo de 80 mg/dL

O colesterol total é a soma de todas as frações de colesterol, chamadas HDL, LDL, VLDL e IDL. O colesterol não-HDL é o colesterol total menos o HDL. Por isso, um exame de sangue pode vir descrito apenas como colesterol HDL e não-HDL.

O termo HDL é a abreviação em inglês de lipoproteína de alta densidade, considerado o bom colesterol.

O não-HDL inclui as demais lipoproteínas, LDL (lipoproteína de baixa densidade), VLDL (lipoproteína de muito baixa densidade) e IDL (lipoproteína de densidade intermediária), consideradas frações de colesterol ruim.

O colesterol não-HDL alto significa que o seu colesterol ruim está aumentado. O que representa um maior risco para doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do coração e o derrame cerebral.

Colesterol LDL

Valor encontrado: 55 mg/dL

Interpretação: O valor apresenta um risco clínico alto, por possuir um valor abaixo de 70mg/dL

OBS: É importante ressaltar que os exames foram feitos em um período em que o paciente estava internado com complicações relacionadas às pedras nos rins.

Estava com diarreia, se alimentando mal devido às dores(privando-se da alimentação), com sinais de desidratação leve.

Tomou eletrolíticos em casa.

Normalizou a alimentação após a melhora.

Medicamentos

É de extrema importância ter conhecimento dos medicamentos utilizados, pois eles podem possuir relações não somente com alguns nutrientes (fármaco-nutriente), mas também com outros medicamentos (fármaco-fármaco), além de alterar processos fisiológicos dentro do próprio corpo, principalmente na pessoa idosa, que passa por processos de alterações hormonais e fisiológicas.

Outras substâncias que também interferem no mecanismo de fármacos são:

Drogas, como o álcool, tabaco, maconha, cocaína, entre outras;

Solventes;

Poluentes.

13 **MEDICAMENTOS**

Medicamentos utilizados (tipo, nº de vezes, dosagem/dia, tempo de uso):

Alopurinol 100 MG, 1 comprimido à noite diariamente (aproximadamente 6 meses)

Cloridrato de tansulosina 0,4 MG, 1 comprimido de manhã (20 dias)

Cetoprofeno 50 MG, 1 comprimido de 12 /12 horas (20 dias)

Buscopan composto 1 comprimido de 6/6 horas (20 dias)

Tratamento relacionado a: pedras nos rins.

14 INTERAÇÕES FÁRMACO-NUTRIENTES

Interações Fármaco-Nutrientes

Alopurinol 100 mg:

Alopurinol é indicado para o controle de cálculos renais de 2,8-diidroxiadenina (2,8-DHA), relacionados com atividade deficiente de adenina fosforibosil transferase.

Alopurinol é indicado para o controle de cálculos renais mistos de oxalato de cálcio recorrentes, na presença de hiperuricosúria, quando tiverem falhado medidas de hidratação, dietéticas e semelhantes.

É recomendado evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em purinas, como vísceras, mariscos e bebidas alcoólicas, pois podem aumentar os níveis de ácido úrico no organismo. Uma dieta equilibrada e hidratação adequada são importantes para auxiliar no controle da hiperuricemia.

Cloridrato de tansulosina 0,4 mg:

Cloridrato de Tansulosina é indicado para o tratamento dos sintomas do trato urinário inferior associados à hiperplasia prostática benigna (HPB).

A tansulosina é absorvida no intestino e sua biodisponibilidade é quase total. A ingestão recente de alimentos reduz a absorção de tansulosina.

Pode-se obter absorção uniforme se o paciente ingerir Cloridrato de Tansulosina habitualmente após o desjejum.

Recomenda-se evitar o consumo de álcool, pois pode potencializar os efeitos hipotensores da tansulosina, aumentando o risco de tonturas e queda da pressão arterial.

Cetoprofeno 50 mg:

O cetoprofeno pode causar irritação gástrica e aumentar o risco de úlceras e sangramentos no trato gastrointestinal. Recomenda-se evitar o consumo de alimentos irritantes para o estômago, como alimentos muito condimentados, fritos e gordurosos. Além disso, recomenda-se evitar o uso concomitante de álcool, pois aumenta o risco de lesões gástricas.

Buscopan Composto:

O Buscopan Composto contém escopolamina e butilbrometo de hioscina, que podem causar efeitos colaterais como boca seca, constipação intestinal e visão turva. É importante manter uma boa hidratação e consumo adequado de fibras para auxiliar no funcionamento intestinal.

15 CARACTERÍSTICAS DA DIETA

Características da dieta

VET: () hipo (x) normo () hiper

Proteínas: () hipo (x) normo () hiper

Carboidratos: () hipo (x) normo () hiper

Lipídeos: () hipo (x) normo () hiper

Vitaminas: () hipo (x) normo () hiper

Minerais: () hipo (x) normo () hiper

Água: () hipo (x) normo () hiper

Fibras: () hipo (x) normo () hiper

Consistência: (x) normal () branda () pastosa () líquida () líquida restrita
() outros

Fracionamento: (x) normal () aumentado () diminuído

Temperatura: (x) corporal (x) quente () fria () gelada

A dieta indicada segue os padrões alimentares atuais do paciente, não será necessário diminuir nem aumentar a quantidade calórica. Terá níveis normais de proteína, carboidratos, lipídios, vitaminas e minerais.

Não será necessário aumentar nem diminuir o nível de fibras.

O fracionamento seguirá o padrão alimentar do paciente, que já faz 6 refeições diariamente.

O nível de consumo de água se manterá, visto que o paciente já ingere bastante água, mas será indicado o acompanhamento do consumo para avaliação na próxima consulta.

Os alimentos poderão seguir a temperatura desejada pelo paciente.

16 CONDOTA NUTRICIONAL

Objetivos:

-Promover a saúde renal e prevenir a formação de novas pedras nos rins.- Manter um peso adequado e prevenir a perda de peso indesejada.-Fornecer uma alimentação balanceada e nutritiva.-Manter a saúde e boa hidratação.

Orientações Nutricionais de acordo com saúde atual do paciente e interações fármaco-nutrientes:

-É indicada a distribuição da ingestão alimentar ao longo do dia em pelo menos 6 refeições, sendo três delas as principais: Café da manhã, almoço e jantar. E outras três refeições igualmente saudáveis, estas sendo os lanches, preferencialmente acompanhados de frutas.-Manter a ingestão de alimentos de todos os grupos alimentares para garantir variedade e adequação nutricional.-Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em purinas, como frutos do mar, vísceras, bebidas alcoólicas, devido à presença de ácido úrico e risco de cálculos renais.

-Estimular o consumo adequado de água para manter uma boa hidratação, mantendo o que já consome e tornando rotina a “contagem” da quantidade de copos de água ingeridos.-Evitar alimentos ricos em gorduras saturadas, frituras e alimentos processados.

-Manter o consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, legumes, verduras e futuramente adicionar cereais integrais.

-Monitorar a ingestão hídrica para atingir a meta mínima de 2,4 litros por dia.

-Continuar variando as frutas, verduras e legumes nas alimentações e a ingestão de frutas nos lanches.

-É recomendado o acompanhamento médico regular para monitorar a função renal e ajustar a medicação, se necessário, até o procedimento cirúrgico ocorrer.

-Manter o acompanhamento nutricional para monitoramento e manutenção da dieta e boa nutrição e níveis de hidratação.

OBS: Em casos de episódios em que achar mais difícil se alimentar não deixar de buscar auxílio com seu nutricionista para adequação da dieta de acordo com o quadro de saúde.

Recomendação de sempre buscar auxílio médico em episódios de dores, febres, vômitos, diarreia.

17 PLANEJAMENTO ALIMENTAR

As necessidades energéticas para o idoso estão em torno de 37 a 41 kcal/kg/dia. No entanto, deve-se avaliar a qualidade dos alimentos, com preferência para alimentos frescos e naturais. A taxa calórica da dieta pode apresentar variações de 30 e 50 kcal/kg/dia, pode-se utilizar a equação de Harris-Benedict para calcular a taxa de metabolismo basal (TMB), e acrescentar o fator atividade.

17.1 CARBOIDRATOS

O carboidrato deve perfazer um total de 45% a 65% do total calórico da dieta.

17.2 PROTEÍNAS

Com o envelhecimento a necessidade de proteína permanece a mesma que para o adulto, apesar da redução da massa muscular esquelética.

A quantidade de energia proveniente da proteína deve estar em torno de 10% a 15% do total energético da dieta.

(Outra referência considera que para idosos recomenda-se que a proporção de energia derivada de proteínas seja em torno de 12% a 14%.)

17.3 LIPÍDEOS-

Considera-se o restante dos 100% das necessidades nutricionais, ou seja, CHO+ PTN + LIP=100%.

17.4 HIDRATAÇÃO

A necessidade de consumo de água em idosos é mais difícil de se mensurar, geralmente as recomendações podem variar entre 1.500ml a 2.000ml por dia, ou ainda 30 ml por quilo de peso por dia, ou ainda pelo menos 8 copos de água por dia.

Para o paciente iremos considerar 30ml/kg/dia, chegando aos 2400ml/dia ou 12 copos de 200ml.

17.5 FIBRAS

O consumo de fibras deve ser em torno de 20 g a 35 g/dia.

Peso teórico mínimo: $23 \cdot (1,72^2) = 68,04\text{kg}$

Peso teórico médio: $25,5 \cdot (1,72^2) = 75,43\text{kg}$

Peso teórico máximo: $28 \cdot (1,72^2) = 82,83\text{kg}$

17.5.1 GET

$= 1.587,94 \cdot 1,8 = 2.858,3\text{kcal}$ (Variação de 5% para mais ou menos, 142,9kcal)

7 Refeições:

Desjejum – 20%

Lanche ou colação – 4%

Almoço – 35%

Lanche – 4%

Café da tarde – 4%

Jantar – 30%

Ceia – 3%

17.5.2 VET:

CHO 50 a 60%

PRT 12 a 15%

LIP Restante

17.5.3 Distribuição macronutrientes

:
CHO – 56% - 1600,65 kcal – 400,16g
LIP – 29% - 828,9 kcal – 92,1g
PTN – 15% - 428,75 kcal – 107,19g

Observação sobre as proteínas: 60% de origem animal (257,25 kcal – 64,31g) e 40% de origem vegetal (171,5 kcal – 42,88g)

17.5.4 Hidratação:

Ingerir ao menos 2,4L de água diariamente(12 copos de 200ml), preferencialmente atingindo os 3L(15 copos de 200ml).(Nota por questionamento do paciente, que diz beber muita água: Não é contra-indicado ingerir mais água que isso, desde que seja o que seu organismo esteja pedindo e não atrapalhe sua rotina.)

Quadro 2

REFEIÇÃO	HORÁRIO	ALIMENTOS	MEDIDA CASEIRA	QUANTIDADE	CARBOIDRATOS	PROTEÍNA	LIPÍDEOS
Desjejum	06:30	- Café adoçado com açúcar	- 3/4 xícara	- 12,6g/180ml (64,8kcal)	- 16,2g	- 1,8g	- 0,18g
		- Pão Caseiro (sovado) puro	- 3 fatias	- 100g (311kcal)	- 61,5g	- 8,4g	- 2,8g
		- Queijo Minas Frescal	- 2 Fatia	- 70g (184,8kcal)	- 2,24g	- 12,18g	- 14,14g
Lanche ou colação	09:00	- Banana prata crua	- 1 unidade	- 45g (44,1kcal)	- 11,7g	- 0,58g	- 0,05g
Almoço	12:00	- Arroz tipo 1 cozido	- 6 colheres de sopa	- 165g (211,2kcal)	- 46,37g	- 4,13g	- 0,33g
		- Feijão		- 110g	- 14,96g	- 5,28g	- 0,55g

		carioca cozido - Macarrão c/ Molho Bolonhesa - Carne (músculo bovino s/ gordura) - Verdura (Almeirão refogado) - Salada (cenoura e beterraba cruas com azeite de oliva) Sobremesa: - Rapadura - Amendoim cru	-5 colheres de sopa -2 garfadas -1 pedaço - 4 colheres de sopa - Cenoura 1 colher e meia, beterraba 1 colher - 1 pedaço - 1 porção	(83,6kcal) -80g (96kcal) -70g (135,8kcal) -144g (93,6kcal) - cenoura 15g (5,1kcal), - beterraba 10g (4,9kcal) - 2ml de azeite (17,68kcal) - 25g (88kcal) - 15g (81,6kcal)	- 18g - 0g - 8,2g - 1,16g - 1,11g - - 22,7g - 3,05	- 3,92g - 21,84g - 2,45g - 0,2g - 0,19g - - 0,25g - 4,08	- 0,72g - 4,69g - 6,91g - 0,03g - 0,01g - 2g - 0,025g - 6,59g
Lanche	14:30	- Abacate	- 1 Fatia grande	- 130g (124,8kcal)	- 7,8g	- 1,56g	- 10,92g
Lanche	16:30	- Bolo de milho - Café adoçado com açúcar e leite de vaca em pó desnatado	- 1 Fatia - 3/4 xícara - 2 colheres	- 50g (155,5kcal) - 12,6g/180ml (64,8kcal) - 50g (181kcal)	- 22,55g - 16,2g - 26,5g	- 2,4g - 1,8g - 17,35g	- 6,2g - 0,18g - 0,45gS

Jantar	19:00	- Arroz	- 5 colheres	- 135g (172,8kcal)	- 37,94g	- 3,38g	- 0,27g
		- Feijão	de sopa - 5	-110g (83,6kcal)	- 14,96g	-5,28g	- 0,55g
		- Carne (peito de frango cozido sem pele)	colheres de sopa -1 pedaço	- 70g(114,1kcal)	- 0g	- 22,05g	- 2,24g
		- Couve refogada			- 12,53g	- 2,45g	- 9,5g
		- Batata Baroa Cozida	- 2	-144g (129,6kcal)	- 15,12g	- 0,72g	- 0,16g
		- Farofa de mandioca temperada	colheres de sopa - 3	- 80g (64kcal) - 20g (81,2kcal)	- 16,06g	- 0,42g	- 1,82g
		- Sobremesa: Castanha-do- Brasil Crua	colheres de sopa - 1 1/2 colher de sopa - 1 porção		- 4,53g	- 4,35g	- 19,05g
				- 30g (192,9kcal)			
Ceia	21:00	- Mandioca cozida	-	- 65g (81,25kcal)	- 19,56g	- 0,39g	- 0,2g

Fonte: O autor (2023)

18 MICRONUTRIENTES DO PLANO ALIMENTAR

Micronutrientes do Plano Alimentar

Todos os micronutrientes foram calculados de acordo com as normas da DRI

Manganês – 4,4995 mg

Fósforo – 2161,66 mg

Ferro – 16,254mg

Sódio – 991,64 mg

Potássio – 4704,6mg

Cobre – 1,8912 mg

Zinco – 17,141mg

Retinol – 292,1µg

RE – 767,66µg

RAE – 384,53µg

Tiamina – 0,7442 mg

Riboflavina – 1,0639 mg

Piridoxina – 0,6848 mg

Niacina – 17,1702 mg

Vitamina C – 155,896mg

Colesterol – 221 mg

Fibras – 57,514g

Cinza – 19,598g

Cálcio – 1719,5mg

Magnésio – 486,52mg

19 **RELAÇÃO DOS MICRONUTRIENTES**

Houve uma melhora em todos os marcadores dos micronutrientes se compararmos o recordatório 24 horas e o planejamento alimentar

A ingestão correta de micronutrientes é de extrema importância para a boa funcionalidade das funções do corpo, principalmente em uma idade avançada, onde essas mesmas funções tendem a ser diminuídas

20 OBSERVAÇÕES SOBRE O PLANO ALIMENTAR

O planejamento alimentar foi adequadamente calculado para alcançar os níveis de macro e micronutrientes e será reavaliado na próxima consulta. A vitamina A não está adequadamente alta, mas a variação sugerida das frutas que o paciente mencionou comer ao longo da semana cobrem o valor necessário.

Foram consideradas as predileções de alimentação do paciente, incluindo os modos de preparo utilizados pela esposa deste e considerados os alimentos provenientes do local em que mora.

Foi indicado acompanhamento do nível de hidratação utilizando copo de 200ml para considerações totais diárias, no papel estamos focando em 2,4L como valor mínimo e na conversa com o paciente será indicado o consumo de 3L+ para melhores resultados quanto ao quadro de pedras nos rins.

Faremos nova avaliação com mais informações cedidas pelo paciente referente ao farto acesso a leguminosas, e hortaliças, a verduras, legumes, raízes, frutas e demais alimentos naturais que cultiva em seu lar para propôr cardápios variados e melhor equilibrados comparados a alimentação que tem o hábito de seguir.

Como tem hábito de comer muita fibra será feito acompanhamento progressivo sem “choque de realidade” no momento atual com intuito de manter a confiança com o respeito quanto a forma em que se alimenta e adaptação real aos novos planos sem mudanças que o paciente considera drásticas (como não poder comer verdura de folha no almoço e no jantar).

Foi mantido o respeito aos pedidos do paciente para adequação da dieta e o retorno junto ao plano será dado com paciência e explicações conclusivas sobre as alterações atuais e possíveis alterações futuras, incluindo o período cirúrgico (relacionado a um ou dois dos cálculos no rim esquerdo).

21 CONCLUSÃO

Com este trabalho, podemos perceber o quão complexa e minuciosa é uma avaliação nutricional com pessoas idosas, seja pelas alterações fisiológicas e hormonais que ocorrem com o avanço da idade, ou por questões socioeconômicas e comorbidades sofridas.

Mesmo para um idoso considerável saudável, como é o caso do paciente avaliado neste trabalho, ao analisarmos todos os marcadores, fica claro que existem medidas cabíveis para a melhora no quadro nutricional e da saúde geral, frisando a importância do acompanhamento por profissionais, tanto nutricionistas como outros da área da saúde, para todas as pessoas idosas, especialmente agora com o avanço do envelhecimento da população.

22 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>

COSTA, Maria José de Carvalho; LIMA, Raquel Patrícia Ataíde. Interpretação de Exames Bioquímicos para o Nutricionista. 3º ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 2020

NASCIMENTO, Amanda José Pereira do; et al. Introdução à Nutrição: Conceitos Básicos. 1º ed. São Paulo, Martinari, 2016

PIO, Augusto. Pedras Nos Rins. Doença Acomete Qualquer Pessoa, Sem Distinção de Idade, Raça ou Sexo. Jornal Estado De Minas. Caderno Bem Viver, 2008. Disponível em: <https://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/pedras_nos_rins.pdf>

SAMPAIO, Lílian Ramos e col. Avaliação Nutricional. Avaliação Nutricional: conceitos e importância para a formação do nutricionista. Salvador, EDUFBA, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16873/1/avaliacao-nutricional.pdf>>

VARELLA, Dráuzio. Hérnia de Disco. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/hernia-de-disco/>>