

NUTRIÇÃO E DEFICIÊNCIA(S)



Autores

Maria Antónia Campos

Nutricionista (ISS-IP)

Centro de Reabilitação da APPC

Rita Sousa

Nutricionista estagiária do Centro de Reabilitação da APPC e da Direção-Geral da Saúde

Design

IADE - Instituto de Arte, Design e Empresa

Editores

Cláudio Correia

Pedro Graça

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa

Portugal

Tel.: 21 843 05 00

E-mail: geral@dgs.pt

Lisboa, 2014

ISBN

978-972-675-220-2

Agradecimentos

Um agradecimento especial ao Instituto Nacional para a Reabilitação IP. pelo estímulo neste objetivo comum de garantir a igualdade de oportunidades, o combate à discriminação e a valorização das pessoas com deficiência.

ÍNDICE

1. Introdução.....	Pág.4
2. Conceitos de alimentação saudável e sua aplicação à população portadora de deficiência.....	Pág.5
3. Princípios de uma alimentação saudável.....	Pág.6
4. Alimentação na(s) deficiência(s) e dificuldades alimentares.....	Pág.8
4.1 Baixo peso	
4.2 Excesso ponderal/obesidade	
4.4 Obstipação	
4.4 Dificuldades alimentares	
5. Interações medicamentos/alimentos.....	Pág.13
5.1 Medicamentos para o tratamento de défice de atenção e hiperatividade	
5.2 Diuréticos	
5.3 Corticoesteróides	
5.4 Antidepressivos	
5.5 Antibióticos	
5.6 Medicamentos anti-refluxo gastroesofágico	
5.7 Antiespasmódicos	
5.8 Medicamentos anti-inflamatórios	
5.9 Anticonvulsionantes	
6. Nutrição, deficiência e ambiente.....	Pág.17
7. Dispositivos de compensação na alimentação (talheres, copos, pratos).....	Pág.19
8. Conclusão.....	Pág.22
9. Referências bibliográficas.....	Pág.23

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial, aproximadamente 650 milhões de pessoas, possui algum tipo de deficiência ou incapacidade⁽¹⁾.

Segundo o “*The Disability Discrimination Act*”⁽²⁾ da OMS, podemos definir cinco grandes categorias de deficiências:

- Física: afeta a mobilidade ou destreza de uma pessoa;
- Intelectual: afeta as capacidades de uma pessoa na aprendizagem;
- Psiquiátrica: afeta os processos de pensamento de uma pessoa;
- Sensorial: afeta a capacidade de uma pessoa para ver ou ouvir;
- Neurológica: resulta na perda de algumas funções corporais ou mentais⁽²⁾.

Em Portugal, os dados disponibilizados foram obtidos através de dois levantamentos fundamentais, nomeadamente, o Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (INIDD), de 1994 e o Recenseamento Geral da População (Censos), de 2001. Existe uma disparidade de informação entre estas duas fontes sendo que, tecnicamente, resolveu-se considerar a do INIDD, por ser aquela cujo valor é o mais aproximado do valor apurado noutros países da União Europeia e ainda dos valores, a nível internacional, que se estimam para a população com deficiência. Assim, podemos referir que em Portugal há 905 488 pessoas com deficiência numa população residente de 9,8 milhões de indivíduos⁽³⁻⁵⁾.

Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade). O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, aprovado através do Despacho nº 404/2012, de 3 de janeiro de 2012, tem como missão melhorar o estado nutricional da população, melhorando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criando as condições necessárias para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias. As populações portadoras de deficiência devem merecer uma atenção especial neste contexto, pelo seu número e pelas dificuldades que encontram diariamente para conseguir fazer uma alimentação saudável. Espera-se que este manual possa contribuir para um maior esclarecimento sobre este importante tema.

2. CONCEITOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUA APLICAÇÃO À POPULAÇÃO PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

A alimentação desempenha **funções** essenciais em todos os seres vivos. No ser humano contribui para um estado ótimo de saúde, fornecendo a energia necessária para as tarefas do dia-a-dia. Desta forma, uma alimentação adequada, completa e equilibrada contribui para a prevenção de determinadas doenças como alguns tipos de cancro, obesidade, diabetes ou doenças cardiovasculares. Por outro lado, contribui também para um adequado crescimento das crianças e adolescentes. Em resumo, é preponderante para o estado emocional, mental, físico e social de cada indivíduo.

As **recomendações para a ingestão de energia** para um indivíduo saudável variam, no geral, entre 1800 a 2200 quilocalorias (Kcal), dependendo da intensidade de exercício físico praticado, idade e sexo.

Os alimentos são constituídos por diferentes nutrientes. Os macronutrientes são os hidratos de carbono (presentes em grande proporção em alimentos tais como pão, arroz, massas alimentícias e batata), as proteínas (cujas principais fontes são carne, peixe e ovo) e os lípidos/gordura (manteiga, azeite, produtos de charcutaria, produtos de pastelaria e confeitaria), cujo consumo deverá ser mais cuidado. Existem ainda as fibras alimentares, que estão principalmente presentes em alimentos de origem vegetal e não são digeridas e absorvidas no trato intestinal. Contribuem, no entanto, para um trânsito intestinal regular e saudável. Já o papel dos micronutrientes (vitaminas e minerais) prende-se com a regulação de todas as reações metabólicas que ocorrem no organismo: são, por isso, fundamentais para a manutenção da saúde⁽⁶⁾.

Cerca de 70% do nosso organismo é constituído por água, que aí desempenha importantes funções. Estas passam pelo transporte de nutrientes para as células, o transporte e excreção de substâncias tóxicas ao organismo, a regulação da temperatura corporal e facultar um meio para que ocorram todas as reações metabólicas do organismo. Aquando de uma ingestão insuficiente, as consequências poderão passar por lábios e olhos secos, sede, cor e odor de urina forte, fraqueza muscular, dificuldade de raciocínio e confusão mental; em condições extremas, coma e morte⁽⁶⁾.

3. PRINCÍPIOS DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O dia deverá começar com um pequeno-almoço completo, variado e equilibrado: esta é a refeição mais importante do dia, que permite a recuperação do longo jejum da noite e fornece energia para todas as atividades diárias. Deverá incluir leite, cereais integrais e fruta fresca.

A alimentação diária deverá ser fracionada em varias refeições, com intervalos regulares de não mais do que três horas e meia.

O consumo de sal deverá ser reduzido para menos de 5g por dia. Evite adicionar muito sal aos seus cozinhados, levar o saleiro para a mesa durante as refeições e ingerir alimentos pré-confeccionados ou muito salgados (por exemplo, produtos de salsicharia e charcutaria). Prefira as ervas aromáticas e especiarias para temperar.

Também o consumo de açúcar deverá ser limitado. Evite consumir produtos de confeitaria e pastelaria e outros produtos ricos em açúcar (gelados, rebuçados, sobremesas açucaradas, refrigerantes, gomas, bolachas). Não adicione açúcar ao leite, café ou chá.

Aumente o consumo de legumes e hortaliças. Inclua sopa de legumes e hortaliças no início das suas refeições principais e faça destes alimentos um acompanhamento imprescindível do prato principal.

Inclua no seu dia a ingestão de 2 a 3 peças de fruta, inteiras, em sumos ou saladas; estas podem fazer parte da refeição principal ou parte do lanche.

A quantidade de carne nas refeições principais deverá ser ingerida moderadamente, privilegiando as brancas, peixe ou ovos; desta forma, irá reduzir o consumo de gordura saturada, proveniente, essencialmente, de produtos de origem animal.

Adote o azeite em detrimento de outras gorduras quer para temperar quer para cozinhar. Evite também a utilização de gorduras que foram sobreaquecidas ou de óleos queimados; as altas temperaturas conduzem à degradação da gordura, dando origem a reações que formam substâncias cancerígenas.

Opte pelos métodos de confeção saudáveis. São eles os cozidos a vapor, grelhados, assados e estufados sem refogado; evite as frituras e assados com gordura. Evite, ainda, o consumo das partes carbonizadas dos alimentos grelhados.

Beba água em abundância, infusões ou chás sem adição de açúcar e sumos de fruta são também uma boa opção. Deverá ingerir pelo menos 1,5 l de água por dia.

A ingestão de bebidas alcoólicas deverá ser moderada e só consumida por indivíduos saudáveis: nos homens, a recomendação é de 2 copos por dia e, para as mulheres, 1 copo por dia (200 ml/copo)⁽⁶⁾.

As recomendações habituais são dadas para todas as pessoas como parte de um aconselhamento nutricional. No entanto, estas recomendações são baseadas nas necessidades da população em geral e poderão não ser adequadas para alguns subgrupos de pessoas com deficiência. Os critérios de exclusão de estudos nutricionais usados para formular recomendações, normalmente incluem as deficiências físicas e distúrbios genéticos e metabólicos. Portanto, as recomendações são adequadas para a população em geral, mas nem sempre atendem às necessidades de cada indivíduo em particular ou de subgrupos populacionais. Os investigadores estão a começar a identificar subconjuntos das populações para determinar o impacto de recomendações específicas versus recomendações para a população em geral⁽⁷⁾.

Como podemos verificar, a alimentação desempenha um papel decisivo na saúde e qualidade de vida, pois pode ajudar a minorar o impacto de fatores de risco de várias doenças crónicas. Esta associação é de extrema relevância na(s) deficiência(s), pois uma alimentação saudável, adaptada a cada caso em particular, pode melhorar substancialmente a saúde e, consequentemente, a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.

Assim, todos os conceitos sobre alimentação saudável aplicam-se a esta população. Mas se muitas vezes, para a população em geral, é difícil ter uma alimentação equilibrada, para os portadores de qualquer tipo de deficiência os desafios são ainda maiores.

A deficiência tem um impacto negativo na adoção de uma alimentação saudável, pelo que é imprescindível ter em conta as particularidades que tornam as pessoas com deficiência(s) mais vulneráveis no que concerne a ter este tipo de alimentação.

Os problemas alimentares mais comuns que surgem nas pessoas com deficiência são: baixo peso, excesso ponderal/obesidade, obstipação, problemas de deglutição/disfagia, interações medicamento/alimento. A seriedade dessas condições dependem de vários fatores individuais (idade, nível de disfunção motora, gravidade da deficiência, saúde em geral), ambientais, literacia e condições socioeconómicas.

Tendo em conta os problemas a nível nutricional mais importantes que afetam esta população iremos dar orientações sobre alimentação para cada situação em particular.

4. ALIMENTAÇÃO NAS(S) DEFICIÊNCIA(S) E DIFICULDADES ALIMENTARES

4.1 Baixo peso

O baixo peso pode ser um fator de risco para certos tipos de deficiência (como por exemplo: síndrome de Rett, paralisia cerebral ou deficiências de desenvolvimento). Pode, ainda, ser um fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em pessoas com problemas de mobilidade e/ou acamadas⁽⁸⁾.

A baixa ingestão energética é a causa primária para o baixo peso em indivíduos com défices cognitivos. Tal resulta de diversos fatores, entre eles: a incapacidade para comunicar a sensação de fome e saciedade e as preferências alimentares, o que leva os cuidadores a não terem a real perceção das necessidades dos indivíduos. A baixa ingestão energética pode, por outro lado, conduzir a deficiências em certos nutrientes. A má coordenação motora e/ou má postura presente em certos tipos de deficiência, tanto ao nível dos membros superiores como ao nível da deglutição, leva a uma diminuição da ingestão alimentar com consequente perda de nutrientes. O refluxo gastroesofágico, bastante recorrente, e o atraso do esvaziamento gástrico contribuem também para a diminuição da absorção de nutrientes. Por outro lado, a dor pode levar a uma diminuição do apetite e há também certas patologias que desencadeiam seletividade alimentar com diminuição da ingestão energética. Os gastos energéticos poderão estar aumentados em algumas situações. São exemplo os indivíduos com deficiência física que recorrem a meios auxiliares de locomoção ou que têm aumento dos gastos energéticos, resultante da lesão neurológica (exemplo: paralisia cerebral na forma clínica atetóide ou distónica). Algumas crianças com deficiências poderão ter necessidades nutricionais aumentadas (por exemplo: infeções frequentes e presença de úlceras de pressão em crianças acamadas ou com muito baixa mobilidade podem levar a que estas tenham necessidades nutricionais acrescidas de forma a manter a sua saúde)⁽⁹⁻¹¹⁾.

Atualmente, não existem fórmulas validadas para calcular as necessidades energéticas para crianças com deficiência neurológica, o que dificulta bastante a intervenção dos profissionais de saúde⁽¹²⁾.

Recomendações:

- A alimentação deverá ser o mais diversificada possível, de aspeto agradável, criativa e saborosa;
- Deverão ser realizadas várias refeições ao dia, manter as porções, não saltar refeições;
- As preferências alimentares do indivíduo deverão ser respeitadas, não descurando os princípios da alimentação saudável;
- Deverão ser fornecidos alimentos com elevado teor de vitaminas e nutrientes, por exemplo, com elevado teor de proteínas com alto valor biológico (leite, ovos, carne peixe, etc.);
- A densidade calórica deverá ser aumentada (quando necessário, recorrer a suplementos nutricionais, prescritos por um nutricionista).

4.2 Excesso ponderal/obesidade

O excesso de peso geralmente ocorre quando uma pessoa ingere uma quantidade de energia superior aquela que necessita.

Pessoas com disfunções motoras que limitam permanentemente a sua atividade física precisam de um menor aporte calórico para suprimento das suas necessidades energéticas⁽¹³⁾.

A prevalência do excesso ponderal é evidente na síndrome de Down, síndrome de Prader-Willi, espinha bífida, deficiência visual e autismo^(9, 14).

O ganho de peso pode estar relacionado com diversos fatores: atividade física limitada, gastos energéticos diminuídos, baixa estatura devido a crescimento atípico, baixa tonicidade muscular, problemas em comunicar a sensação de saciedade e situações de compensação.

O excesso de peso ou obesidade poderá traduzir-se numa deficiência secundária para indivíduos com dificuldades motoras, prejudicando a coordenação e o desenvolvimento muscular ou, até mesmo, contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas tais como a diabetes, hipertensão arterial e a doença coronária. Tal poderá provocar dificuldades acrescidas nas atividades do quotidiano do indivíduo, assim como dos seus cuidadores. Por outro lado, pode acarretar um impacto negativo a nível social^(8, 10).

Outra situação, mais frequente em crianças e adolescentes, é a compensação alimentar por parte dos cuidadores ou familiares. Sentimentos de pena ou necessidade de criar sensações de prazer e bem-estar são frequentemente utilizados como justificação para

sobre-alimentar a pessoa com deficiência, ou mesmo introduzir “alimentos-conforto” na vida diária; estes alimentos têm geralmente um elevado teor de açúcar ou gordura. Já nos adultos, sentimentos de frustração ou baixa autoestima poderão igualmente levar a excessos alimentares⁽¹⁰⁾.

Recomendações:

- A alimentação deverá ser adaptada de acordo com as reais necessidades energéticas do indivíduo;
- A ingestão alimentar deverá ser controlada de forma a evitar o ganho de peso: optar por porções menores e seguir os princípios de uma alimentação saudável, tal como descrito no início deste capítulo;
- A prática de exercício físico deverá ser promovida e adaptada à capacidade física do indivíduo, não apenas para aumentar os gastos energéticos e desenvolver competências motoras, como também pelos efeitos comprovados do exercício na melhoria da autoestima;
- Evitar utilizar os alimentos como recompensa; no caso de a sua utilização ser imprescindível optar por alimentos de baixo teor calórico.

4.3 Obstipação

A obstipação surge quando os movimentos peristálticos estão diminuídos em relação ao habitual, havendo uma maior dificuldade no seu funcionamento ou uma alteração na frequência habitual da defecação. Alguns sintomas passam por dor e distensão abdominal, diminuição da ingestão alimentar e irritabilidade. Esta condição é bastante comum na deficiência física e na deficiência intelectual.

A obstipação pode ser causada por uma malformação anatómica ou neurológica do intestino ou por uma tonicidade anormal muscular – por exemplo hipertonia na paralisia cerebral do tipo espástico ou hipotonia na síndrome de Down, que pode prejudicar o funcionamento intestinal.

Outros fatores são a baixa atividade física e obesidade, ausência de rotinas ou inaptidão postural para defecar, toma de certos medicamentos, excessiva perda de fluidos, insuficiente ingestão de água (pela dificuldade em deglutir, recusa ou incapacidade para comunicar a sensação de sede), baixo consumo de fibras e a malnutrição.

O tratamento da obstipação é de extrema importância, tanto pelas suas implicações físicas como psicológicas que têm um impacto negativo na qualidade de vida^(9, 10, 14).

Recomendações

- Ingerir todas as manhãs em jejum, líquidos (chá, água) a uma temperatura tépida;
- A dieta deve ser equilibrada, com alto teor de fibras, rica em hortofrutícolas e cereais. O sumo de ameixa poderá ser uma boa ajuda;
- Deverão ser evitados alimentos ricos em celulosas duras, já que este tipo de fibras pode causar microferimentos a nível da mucosa intestinal desencadeando espasticidade;
- A ingestão de líquidos deverá ser elevada para hidratação das fezes;
- Deverão ser feitas tentativas no sentido de ajustar a rotina para defecar; estipular um horário, numa altura calma do dia, sem qualquer tipo de pressa, *stress* ou constrangimento. Também o posicionamento deverá ser corrigido, sendo, por vezes, necessário adaptar a casa de banho, através de equipamentos como a cadeira sanitária e barras laterais;
- Quando possível, a atividade física deverá ser aumentada, tendo em conta as capacidades do indivíduo. Massajar a zona abdominal com regularidade pode também trazer efeitos positivos.

4.4 Dificuldades alimentares

O que são dificuldades alimentares? São problemas na alimentação que afetam negativamente a capacidade de ingerir alimentos ou líquidos de forma adequada, o que traz repercussões no estado nutricional e hídrico do indivíduo.

De entre os fatores que contribuem para as dificuldades alimentares em pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, pode-se destacar distúrbios neuromusculares, problemas de comportamento, ou ambos.

Os problemas alimentares podem ser oro-motores, de posicionamento, na alimentação autónoma ou comportamentais.

As dificuldades alimentares ligadas a problemas oro-motores estão relacionadas com o comprometimento dos músculos envolvidos na mastigação e deglutição (anormalidades na tonicidade muscular e atrasos no desenvolvimento motor; defeitos oro-faciais que interferem com a alimentação, como fenda palatina; atraso no desenvolvimento motor oral ou padrões motores orais anormais; respostas de hipersensibilidade ao toque e/ou à temperatura dentro e ao redor da boca; problemas dentários como cáries dentárias graves ou mau alinhamento da dentição).

Dificuldades em sentar, no controlo da cabeça e pouca estabilidade no tronco constituem os problemas de posicionamento mais comuns.

Por outro lado, a incapacidade de alguns indivíduos se alimentarem sozinhos, por dificuldades de manuseamento dos utensílios ou segurar o copo, fazem também parte das complicações encontradas na alimentação da pessoa com deficiência. Problemas no comportamento, por exemplo, recusa em comer, choro, distração durante a refeição e seletividade dos alimentos, diminuem também a ingestão alimentar.

Alguns problemas médicos, como o refluxo gastroesofágico, contribuem também para a diminuída ingestão alimentar^(9, 10, 14).

Recomendações

- Muitas vezes, é difícil diferenciar entre problemas físicos, comportamentais e interacionais; por essa razão, é importante que o indivíduo com deficiência seja devidamente avaliado e acompanhado por uma equipa multidisciplinar de saúde constituída pelo médico, terapeuta da fala, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeiro;
- É importante adaptar as texturas dos alimentos às capacidades de deglutição da pessoa com deficiência. Desta forma, o indivíduo pode alimentar-se de forma segura, sem risco de aspiração. Existem vários tipos de textura: a normal, fracionada/triturada, mole, pastosa/cremosa e líquida;
- Quando oferecer alimentos passados, de textura cremosa, opte por separar os componentes do prato para aumentar a aceitabilidade. Por exemplo, separe o puré de hortícolas, do puré de carne/peixe e do puré de arroz/massa/batata;
- O posicionamento durante a alimentação deverá ser melhorado;

- Existem vários utensílios adaptados que podem melhorar a capacidade de alimentação autónoma. Poderá consultar alguns exemplos nas próximas páginas deste manual;
- Se a hidratação por via oral não for possível, poderá recorrer à utilização de água gelificada ou fórmulas espessantes comerciais; estas últimas permitem que os líquidos adquiram uma consistência de néctar, geleia/mel ou marmelada.



Figura 1. Alimentos de textura adaptada



Figura 2. Diferentes consistências de líquidos espessados

Quando a alimentação por via oral constitui um risco grave para a saúde do indivíduo e é insuficiente para manter uma alimentação adequada às suas necessidades, é frequente a utilização de sonda para alimentação: as mais comuns são as nasogástricas ou gastrostomias endoscópicas percutâneas (PEG). Para estas situações existem fórmulas que substituem a alimentação artesanal; no entanto, os custos que este tipo de alimentação acarreta são muito elevados pelo que, geralmente, se mantém a alimentação artesanal com uma textura líquida.

5. INTERAÇÃO MEDICAMENTO/ALIMENTO:

Muitas pessoas portadoras de deficiência têm que tomar medicação devido a inúmeros problemas de saúde e há diversos medicamentos que podem afetar o estado nutricional de diferentes maneiras:

- Alterando a absorção, metabolismo, e/ou excreção de nutrientes específicos;
- Provocando distúrbios gastrointestinais e/ou anorexia, levando a um decréscimo no aporte de nutrientes;
- Aumentando o apetite, o que pode resultar em obesidade;

- Interagindo com nutrientes antes da sua ingestão (quando misturados com os alimentos antes da sua administração).

Crianças e adultos com necessidades especiais têm muitas vezes que tomar medicamentos como: anticonvulsivos, tranquilizantes, antiespasmódicos ou estimulantes. Outros medicamentos muito comuns incluem analgésicos, antibióticos e laxantes.

Podemos constatar que há medicamentos que prejudicam a biodisponibilidade dos nutrientes. Por outro lado, há alimentos que interferem com a eficácia dos medicamentos a nível orgânico. Os medicamentos podem alterar o metabolismo e modificar o apetite tornando difícil ter uma alimentação saudável⁽¹⁴⁾.

5.1 Medicamentos para o tratamento de défice de atenção e hiperatividade

O transtorno de défice de atenção e a hiperatividade (DAH) são normalmente tratados com medicamentos estimulantes tais como o metilfenidato (Ritalina®), dextroanfetamina (Dexedrina®) e anfetamina (Adderall®). Estudos demonstraram que o uso destes medicamentos está associado a uma diminuição do apetite em crianças, o que resulta, frequentemente, num atraso no crescimento e menor aumento de peso. Outros estudos mostraram, no entanto, que os efeitos destes medicamentos no apetite e crescimento são temporários e relacionados com a dosagem: um a dois anos após o tratamento há um aumento da tolerância e já não há efeitos negativos no apetite e crescimento. Um estudo de 1996 encontrou pequenas, mas significativas, diferenças na altura entre crianças com DAH e grupos controlo. Estas diferenças eram evidentes em crianças, mas não em adolescentes, e não estavam relacionadas com o uso de medicamentos psicotrópicos⁽¹⁴⁾.

5.2 Diuréticos

Os diuréticos são frequentemente prescritos para pessoas com problemas cardíacos e doenças pulmonares. Muitos diuréticos, como a furosemida, aumentam a excreção de potássio, cálcio, sódio, zinco e magnésio; outros, tal como a espirolactona, poupam o potássio, mas aumentam a excreção de cálcio e magnésio. A alimentação de pessoas que têm que tomar diuréticos deve fornecer um aporte adequado dos minerais que são excretados. Os diuréticos podem também contribuir para a anorexia e distúrbios gastrointestinais⁽¹⁴⁾.

5.3 Corticosteróides

Os corticosteróides são usados como terapia de substituição nos estados de deficiência de adrenalina cortical e para efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores no tratamento de diversas doenças como a asma. Os efeitos secundários destes medicamentos incluem uma diminuição da densidade mineral óssea e uma diminuição da absorção de cálcio e fósforo; atraso no crescimento; aumento do apetite, que pode levar a aumento de peso; retenção de sódio e de água o que pode, eventualmente, provocar hipertensão; catabolismo muscular; aumento da glicose com consequente resistência à insulina e aumento da lipólise. Atualmente, os corticosteróides inalados são mais usados do que os de uso sistémico. Os seus efeitos secundários são mínimos quando comparados com os corticosteróides orais, mas podem ter efeitos secundários semelhantes se usados por longos períodos de tempo⁽¹⁴⁾.

5.4 Antidepressivos

Os antidepressivos tricíclicos são usados no tratamento de depressões mentais, como adjuvantes no tratamento temporário da enurese noturna em crianças com idades superiores a seis anos, e como tratamento para o défice de atenção em alguns jovens adultos e crianças com mais de seis anos.

Os efeitos secundários relacionados com a nutrição incluem um aumento do apetite e ganho de peso, boca seca, náuseas e vômitos, dispepsia, obstipação e diarreia⁽¹⁴⁾.

5.5 Antibióticos

Antibióticos são usados para o tratamento de infeções. Algumas vezes são usados por longos períodos de tempo como medida profilática. Os efeitos secundários podem interferir com uma adequada ingestão de nutrientes, incluindo feridas na boca e língua, diarreia, náuseas e vômitos. Quando usados por longos períodos de tempo, podem levar a uma alteração da flora intestinal, com diminuição da produção da vitamina K. É indicado monitorizar os efeitos nutricionais⁽¹⁴⁾.

5.6 Medicamentos anti-refluxo gastroesofágico

Estes medicamentos são usados para tratar a azia provocada pelo refluxo gastroesofágico, tendo como objetivo aumentar a motilidade gastrointestinal. Esta aceleração do esvaziamento gástrico pode afetar a taxa de absorção de outros medicamentos. Muitos efeitos nutricionais secundários podem ocorrer, incluindo obstipação, diarreia, náuseas, vômitos e dor e desconforto abdominal⁽¹⁴⁾.

5.7 Antiespasmódicos

Estes medicamentos estão indicados no tratamento da instabilidade vesical, como por exemplo no mielomeningocelo. Alguns dos efeitos adversos relacionados com a nutrição incluem náuseas, boca seca, obstipação, dor abdominal, anorexia, disgeusia, e dificuldades na deglutição⁽¹⁴⁾.

5.8 Medicamentos anti-inflamatórios

Estes medicamentos (por exemplo: sulfassalazina para a colite ulcerosa e doença de Crohn) podem provocar efeitos secundários relacionados com a nutrição incluindo anorexia, náuseas, vômitos, alterações no paladar, diarreia, desconforto gástrico e abdominal⁽¹⁴⁾.

5.9 Anticonvulsionantes

Pessoas com distúrbios neurológicos têm frequentemente convulsões que são tratadas com anticonvulsionantes. O uso prolongado destes medicamentos pode levar a que se corra riscos de ter deficiências de vitamina D, ácido fólico e, possivelmente, outras vitaminas, incluindo vitaminas B6 e B12. Um controlo analítico de rotina para detetar deficiências vitamínicas é importante para os cuidados de saúde destes pacientes. Alguns anticonvulsionantes podem causar efeitos secundários tais como náuseas, vômitos, diarreia e letargia. Outros efeitos secundários incluem perda ou ganho de peso⁽¹⁴⁾.

6. NUTRIÇÃO, DEFICIÊNCIA E AMBIENTE

Nas pessoas portadoras de deficiências há toda uma série de fatores extrínsecos ao próprio indivíduo que acabam por ter repercussões importantes a nível nutricional, quer na qualidade da alimentação quer na quantidade de alimentos ingeridos e são inúmeras as razões para que uma pessoa com deficiência possa ter riscos acrescidos em ter uma dieta saudável, sendo de destacar os seguintes:

- Capacidades físicas podem limitar o acesso às compras, à confeção dos alimentos, autonomia na alimentação;
- Por vezes, a alimentação saudável e refeições equilibradas são menos importantes comparativamente aos inúmeros desafios da vida diária;
- Dificuldades económicas podem diminuir as escolhas e opções alimentares (reformas baixas);
- Depressão e problemas emocionais podem dificultar a motivação para comer saudavelmente;
- Viver em instituições ou ter dificuldades em comunicar podem limitar as oportunidades em estar envolvido na planificação das refeições e ter acesso a melhores escolhas alimentares;
- Dificuldades em adquirir e confeccionar alimentos. Por exemplo: os deficientes físicos têm muita dificuldade a chegar a produtos alimentares nas grandes superfícies (prateleiras colocadas a um nível muito alto) e os deficientes visuais têm muita dificuldade em identificar produtos alimentares por estes não conterem informações em *Braille*;
- Dificuldades/limitações para os portadores de deficiência, nomeadamente em obter os alimentos, dependência de terceiros para efetuarem a sua alimentação e o que isso implica no seu estado nutricional e, ainda, a importância de utensílios adaptados para a realização das refeições;
- Isolamento social;
- Barreiras arquitetónicas;
- Os problemas diários para lidar com a deficiência (discriminação, barreiras sociais, arquitetónicas, dificuldades acrescidas para trabalhar, estudar, conviver), levam muitas vezes a que os portadores de deficiência tenham depressões, que os transportam para um isolamento social, com consequências negativas a nível nutricional;

- A combinação da deficiência com o aumento ponderal pode criar um ciclo vicioso, levando a encargos adicionais de saúde e restringindo ainda mais o funcionamento e independência. Para além disso, pessoas portadoras de deficiências podem ter riscos acrescidos de aumento ponderal comparativamente com os seus pares sem deficiência, devido à baixa atividade física. As barreiras para efetuar atividade física incluem as da população em geral (tempo, motivação), mas, adicionalmente, as limitações físicas dos portadores de deficiência, reduzem as oportunidades para a atividade física e prática de desporto, bem como as barreiras arquitetónicas, e existem cada vez menos programas de promoção de saúde que promovam as opções apropriadas para a prática de exercício⁽¹⁵⁾;
- A falta de conhecimentos dos cuidadores sobre como lidar com condições de saúde e com problemas específicos na deficiência podem ter reflexos negativos. Por exemplo, se os cuidadores desconhecerem qual a posição mais correta para alimentar uma criança com paralisia cerebral, podem surgir espasmos musculares nesta, o que leva a complicações no processo alimentar, aumentando o risco de dar uma insuficiente quantidade de alimentos;
- Noutras crianças com deficiência, a desnutrição pode não estar diretamente relacionada com a sua situação física. Por exemplo:
 - A discriminação e estigma podem levar a que sejam dados menos alimentos a uma criança com deficiência, comparativamente com os seus pares;
 - A combinação de questões físicas e certas atitudes podem também estar envolvidas. Por exemplo, uma criança com paralisia cerebral pode precisar de mais tempo para ser alimentada mas os seus cuidadores podem estar menos disponíveis ou não ter capacidade para dedicar o seu tempo para tal atividade;
- Finalmente, o acesso a alimentos com qualidade e quantidade suficientes, representam muitas vezes um desafio para os adultos com deficiências devido às dificuldades económicas e distribuição desigual de recursos dentro da própria família⁽¹⁶⁾;
- Os cuidados desiguais nos serviços de saúde e sociais incluem o facto de crianças e adultos portadores de deficiência não terem a mesma facilidade de acesso a estes serviços como o resto da população; os profissionais de saúde e de serviço social muitas vezes desconhecem as reais necessidades e não sabem comunicar com os portadores de deficiências. As campanhas de saúde falham ao não considerarem as necessidades específicas das pessoas com deficiência;
- É imprescindível que cuidadores de pessoas portadoras de deficiências, principalmente em instituições (lares, hospitais, centros de dia, centros de atividades ocupacionais), tenham

formação em várias áreas, nomeadamente na alimentação, para poderem lidar corretamente com esta população e suas especificidades;

- Saber posicionar corretamente as pessoas para lhes dar a alimentação. Ter sempre em conta que os acamados não podem fazer as refeições em decúbito dorsal (levantar a cabeceira da cama até um ângulo de 45°);
- Quando existir dificuldade em mastigar e/ou deglutir os alimentos, a alimentação deverá ter uma textura adequada, de forma a que a sua administração seja segura;
- Utilizar talheres e copos adaptados para portadores de deficiência com pouca mobilidade nos membros superiores;
- Dar a alimentação com calma, em ambiente acolhedor, sem apressar a pessoa;
- Ter em atenção as preferências alimentares dos pacientes e ter o cuidado em apresentar refeições apelativas;
- Saber comunicar e perceber as necessidades dos pacientes, pois estes poderão ter dificuldade em comunicar as suas necessidades alimentares;
- As instituições devem ter sempre como prioridade o bem-estar dos seus utentes. Para tal, terão que ter a preocupação de ter pessoal com formação e em número adequado, para não haver o risco de negligenciar o acompanhamento dos utentes.

7. DISPOSITIVOS DE COMPENSAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO (TALHERES, COPOS, PRATOS)

Os dispositivos de compensação na alimentação são meios indispensáveis para permitir uma maior autonomia de pessoas com deficiência e/ou atividade limitadas, para se alimentarem. Em muitas situações, bastam pequenas adaptações para que estas consigam alimentar-se sozinhas. Além de permitirem uma maior autonomia, levam a que a pessoa se sinta menos limitada e dependente de terceiros.



Figura 3. Talheres adaptados



Figura 4. Copos adaptados



Figura 5. Talheres e pratos adaptados



Figura 6. Pratos adaptados

8. CONCLUSÃO

A nutrição e a(s) deficiência(s) estão intimamente relacionadas: ambas deverão ser prioridades globais de desenvolvimento; para ambas, a eliminação da desnutrição e assegurar a saúde e o bem-estar dos portadores de deficiências só podem ser conseguidas tomando-se medidas eficazes no combate da pobreza e da discriminação e garantindo a igualdade e os direitos humanos dos indivíduos em risco.

Não é possível para uma pessoa portadora de deficiência ter uma boa qualidade de vida, se o seu estado nutricional não for favorável.

É imprescindível que a sociedade se preocupe e desenvolva mecanismos que protejam os seus membros mais vulneráveis, como é o caso dos portadores de deficiência.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Report on Disability. 2010.
2. United Kingdom Government. The Disability Discrimination Act. 1995
3. 1º Plano de Acção para Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades. 1 ed. Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação SNpaReIdPcD. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social; 2006.
4. INE. 2001. [citado em: 10-08-2014]. Censos - Resultados definitivos.
5. INR. [citado em: 14-8-2014]. Informação Estatística.
6. Vanessa Candeias, Emília Nunes, Cecília Morais, Manuela Cabra, Pedro Ribeiro da Silva. Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2005.
7. Michelle Bohan Brown. Individualized Health Management: Nutritional Issues and Disability. National Center on Health, Physical Activity and Disability 2012. Disponível em: <http://www.nchpad.org/996/5250/Individualized~Health~Management~Nutritional~Issues~and~Disability>.
8. Van Riper CL, Wallace LS. Position of the American Dietetic Association: Providing nutrition services for people with developmental disabilities and special health care needs. J Am Diet Assoc. 2010; 110(2):296-307.
9. Handbook for Children with Special Food and Nutrition Needs. National Food Service Management Institute - University of Mississippi; 2006.
10. Nancy S Wellman, Sheah Rarback. Nutrition for Children with Special Health Care Needs: A Handbook for Parents, Teachers, Caregivers, and Food Service Providers. 2 ed: Florida International University; 2001.
11. Nora Groce, Eleanor Challenger, Marko Kerac, Leonard Cheshire. Stronger Together: Nutrition - Disability Links and Synergies [briefing note]. University College of London. United Kingdom.
12. Marchand V, Motil KJ. Nutrition support for neurologically impaired children: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2006; 43(1):123-35.
13. Maria Antónia Campos. Relação entre a gravidade motora, as competências alimentares e o estado nutricional num grupo de crianças portuguesas portadoras de paralisia cerebral. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2005.
14. Yuchi Yang, Betty Lucas, Sharon Feucht, editores. Nutrition Interventions for Children with Special Health Care Needs. 3 ed.: The Washington State Department of Health; 2010.

-
15. Froehlich-Grobe K, Lollar D. Obesity and disability: time to act. American journal of preventive medicine. 2011; 41(5):541-5.
 16. Unicef. Nutrition and disabilities - nutrition background note. UNICEF. Disponível em: http://www.unicef.org/disabilities/index_69132.html.





DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

