

Guia prático de alimentação, hidratação e suplementação na pessoa idosa após alta hospitalar



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE NUTRIÇÃO

Este conteúdo
tem o apoio da:
NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



FICHA TÉCNICA

Título: Guia Prático de Alimentação, Hidratação e Suplementação na Pessoa Idosa após alta hospitalar

Coordenação editorial: Helena Real

Corpo redatorial: Liliana Ferreira, Sofia Sequeira

Revisão Técnica: Sandra Lourenço, Sónia Xará

Propriedade: Associação Portuguesa de Nutrição

Design: Inspirart

Este conteúdo tem o apoio na produção gráfica: Danone Nutricia Unipessoal, lda
Outubro, 2025

Contextualização

Vivemos atualmente numa sociedade cada vez mais envelhecida. Em Portugal, dados dos Censos 2021 revelam que 23,4% da população tem mais de 65 anos e apontam para um rápido aumento deste valor, acompanhando os cenários mundial e europeu. Em 2024, em Portugal, dados indicam-nos a existência de, aproximadamente, 192 pessoas idosas por cada 100 jovens, colocando-nos em 2º lugar no ranking dos países europeus mais envelhecidos.

A par desta mudança demográfica, verificam-se também **números preocupantes relacionados com o estado nutricional da pessoa idosa**, com alta prevalência de condições como a **malnutrição, a sarcopenia e a fragilidade** (consultar glossário).

É importante ressaltar que a malnutrição é um conceito que engloba os quadros de **desnutrição, obesidade e deficiências nutricionais várias**. A obesidade é um quadro comum na pessoa idosa e a evidência científica mostra-nos também uma crescente atenção e diagnóstico de **obesidade sarcopénica** nesta faixa etária (consultar glossário).

Os últimos dados nacionais sobre estas condições indicam-nos que, nas pessoas idosas portuguesas,;

- 38,9% têm obesidade;
- Aproximadamente 15,0% estão em risco de desnutrição, aumentando este valor para 38,7% quando se encontram institucionalizadas;
- 11,6% apresentam sarcopenia, das quais 4,4% apresentam sarcopenia severa;
- Apenas 24,2% não apresentam fragilidade.



Condições como a malnutrição (tanto a desnutrição como a obesidade), **a sarcopenia e a fragilidade** são frequentemente identificadas como síndromes geriátricas, por serem condições com várias causas, interligadas entre si e muito frequentes na pessoa idosa.

A desnutrição na pessoa idosa pode ser causada, essencialmente, por quatro situações:



Redução da ingestão alimentar (a situação mais comum na pessoa idosa);



Dificuldade de absorção de nutrientes;



Aumento das necessidades nutricionais;



Aumento da excreção de nutrientes.

A **desnutrição associada à ingestão alimentar insuficiente**, na pessoa idosa, surge quando é ingerida menos energia (calorias) do que o necessário para manter o corpo em correto funcionamento, gerando, muitas vezes, perda de massa muscular e aparecimento de quadros de sarcopenia e fragilidade. Situações como os internamentos hospitalares, principalmente quando prolongados e recorrentes, tendem a agravar estes quadros, dada a menor mobilidade nestes períodos, frequente desinteresse pela alimentação e consequente perda de peso.



Para além das causas identificadas, importa referir que o estado nutricional da pessoa idosa é muitíssimo afetado pelas várias alterações que acontecem no nosso organismo ao longo do processo de envelhecimento, tais como:

Sistema Digestivo



- Alterações/ perda do paladar, olfato e visão
- Perda de dentição e uso de próteses, por vezes mal ajustadas
- Inflamação ou infeções na boca
- Menos produção de saliva, causando boca seca
- Dificuldades de mastigação e deglutição (disfagia)
- Diminuição da sensação de sede
- Digestão mais lenta e menos produção de ácido no estômago
- Dificuldades de absorção de nutrientes

Sistema Renal



- Funcionamento mais lento dos rins

Composição Corporal



- Diminuição da massa muscular (e da força e funcionalidade)
- Perda de massa óssea e de água corporal
- Aumento da massa gorda
- Situações de artrite e limitações nos movimentos dos braços e mãos, que dificultam a autonomia nas refeições, podendo ser necessário o apoio de terceira pessoa



Outros

- Alterações na produção de hormonas
- Alterações nos sinais de controlo da fome e da saciedade
- Polimedicação - a toma simultânea de muitos medicamentos pode impactar a absorção de nutrientes no intestino
- Maior número de doenças crónicas (ex. Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, doenças renais e cardiovasculares, etc.)
- Maior número de doenças neurológicas (ex. Acidente Vascular Cerebral (AVC), demência, doença de Alzheimer, doença de Parkinson), que geram esquecimento das refeições, declínio cognitivo, falta de coordenação, etc.

Além disso, **fatores ambientais e socioeconómicos** podem também influenciar o estado nutricional da pessoa idosa, tais como:

- Falta de condições em casa para cozinhar;
- Dificuldade em realizar compras de alimentos;
- Falta de apoio familiar e/ou institucional;
- Baixo rendimento financeiro;
- Baixa literacia;
- Crenças, mitos e tradições culturais e/ou religiosas;
- Isolamento social.

As várias alterações e fatores identificados ocorrem frequentemente em conjunto, o que pode resultar em alterações significativas do estado nutricional da pessoa idosa.

**É preciso estar atento aos sinais de alerta,
identificar e intervir o mais rápido possível
nestas situações!**





Quais os sinais de alerta para situações de desnutrição na pessoa idosa?

- Diminuição do apetite (causada pela anorexia do envelhecimento - consultar glossário);
- Perda de peso involuntária;
- Diminuição da ingestão alimentar;
- Cansaço em repouso ou em pequenos esforços;
- Dificuldades de mastigação e de deglutição (disfagia), pelo que é importante estar atento a sinais como voz molhada, tosse, engasgamentos, recusa de refeições, isolamento social à hora da refeição, perda de peso, etc.;
- Sintomas que podem comprometer o estado nutricional, como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, alterações do paladar, etc.;
- Perda da capacidade funcional, visível numa maior lentidão ao levantar, sentar ou caminhar, bem como em dificuldades na realização de atividades básicas como ir à casa de banho ou alimentar-se.

Existem ainda algumas **zonas do corpo da pessoa idosa** a que devemos estar mais atentos, pois são zonas onde é mais evidente a diminuição das reservas de gordura e massa muscular, nomeadamente:

- Olhos e zonas circundantes, se estiverem muito encovados;
- Costelas, quando muito salientes;
- Testa e zonas laterais, que podem também ficar encovadas;
- Omoplatas (no cimo das costas), esterno (parte central do peito) e clavículas (na frente do corpo, junto aos ombros), quando muito salientes;
- Pele fina e frágil na prega entre o polegar e o dedo indicador da mão;
- Braço e perna mais estreitos e finos (diminuição dos seus perímetros).



Roupas, relógios e joias mais largas, próteses dentárias largas ou desajustadas e mudanças no tamanho da fralda podem também revelar alterações no estado nutricional da pessoa idosa.

Condições como a malnutrição, a sarcopenia e a fragilidade trazem **consequências graves para a saúde da pessoa idosa**, nomeadamente:

- Incapacidade física e cognitiva;
- Aumento das complicações por situações agudas ou doenças crônicas;
- Aumento da frequência e duração dos internamentos hospitalares;
- Menor qualidade de vida;
- Aumento das despesas com a saúde;
- Maior mortalidade.

Caso se verifiquem alguns ou vários destes sinais de alerta, é da maior importância referenciar a pessoa idosa para os cuidados de saúde disponíveis, de modo a intervir rapidamente e prevenir que se instale um estado de malnutrição grave.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



Para intervir no estado nutricional da pessoa idosa, é preciso ter em conta que as necessidades energéticas e nutricionais são diferentes das do adulto.

Energia

A pessoa idosa pode precisar de consumir a mesma ou mais energia (calorias) do que um adulto, apesar de se mexer menos ou passar mais tempo sentada. Tal acontece pela presença de doenças/condições que consomem muita energia, como é o caso de feridas, febre, inflamações, infeções, cancro, doenças que causem movimentos involuntários, etc.

Proteína

É ainda importante destacar que as necessidades de proteína da pessoa idosa são, habitualmente, superiores às do adulto (podem chegar a ser duas vezes superiores, numa pessoa idosa desnutrida e com várias doenças crónicas). Tal pode acontecer por diminuição da absorção de proteína (o organismo já não consegue aproveitar tão bem a proteína ingerida) ou por aumento das necessidades em situações de feridas e/ou úlceras por pressão, infeções, desnutrição grave, etc.

Micronutrientes (vitaminas e minerais)

Quanto às necessidades em micronutrientes (vitaminas e minerais), as recomendações para a pessoa idosa não são diferentes das do adulto. Contudo, na pessoa idosa, a reduzida ingestão alimentar, as alterações no sistema digestivo e a toma simultânea de vários medicamentos diminuem a absorção e a disponibilidade de vitaminas e minerais, podendo ser necessária a sua suplementação. A pessoa idosa pode estar em risco de deficiência de algumas vitaminas e minerais importantes, tais como a vitamina B12, a vitamina D, o cálcio, o ferro e o zinco.

Para uma intervenção efetiva no estado nutricional da pessoa idosa, **é importante destacar que não são recomendadas dietas restritivas** e que possam reduzir a ingestão alimentar. Estas dietas podem causar e agravar situações de desnutrição na pessoa idosa, uma vez que limitam a escolha alimentar e o prazer com a alimentação. A evidência científica é clara: as dietas demasiado restritivas (por exemplo, dietas simultaneamente muito restritas em sal, açúcar e lípidos (gordura)) estão associadas a um maior risco de malnutrição, perda de massa muscular e diminuição da capacidade funcional e mobilidade.



Alimentação

A alimentação é determinante para a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa e fundamental na prevenção e no tratamento de várias condições comuns nesta faixa etária como a malnutrição, a sarcopenia, a fragilidade e a osteoporose. Estas condições, complexas e multifatoriais, afetam a funcionalidade e a autonomia da pessoa idosa, levando a uma diminuição da capacidade de realizar atividades de vida diárias relacionadas com a alimentação, higiene pessoal, vestuário, mobilidade e transferências, entre outras. Os internamentos hospitalares, muitas vezes prolongados e recorrentes, aumentam o risco destas condições. Um plano de cuidados nutricionais personalizado, durante o internamento e após a alta hospitalar, é essencial.

Quais os objetivos da intervenção nutricional na pessoa idosa?

Na pessoa idosa, a alimentação e a nutrição são determinantes para a preservação da massa muscular, da capacidade funcional e da resposta imunitária e, consequentemente, para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida. Assim, a intervenção nutricional na pessoa idosa tem como objetivos:



Promover um aporte nutricional e hídrico adequado



Minimizar a perda de massa muscular e manter a capacidade funcional



Reduzir o risco de infecção



Promover a cicatrização de feridas e reparação de tecidos.



A alimentação é influenciada por muitos fatores sociais, ambientais e culturais, existindo **medidas que permitem melhorar a ingestão alimentar na pessoa idosa**, nomeadamente:

- **Não impor restrições alimentares que possam comprometer a ingestão**, uma vez que não existe evidência robusta que o justifique para a maioria das doenças e estas restrições podem levar a défices nutricionais e, consequentemente, ao risco de malnutrição;
- **Apoiar na hora das refeições e promover um ambiente acolhedor e agradável;**
- **Partilhar as refeições com outras pessoas**, nomeadamente familiares, amigos e/ou cuidadores, para estimular a ingestão alimentar;
- **Fornecer refeições ricas em energia (calorias) e/ou aumentar o número de refeições ao longo do dia;**
- **Oferecer snacks e/ ou *finger foods*** (porções pequenas de alimentos, preferencialmente consumidas com as mãos e sem utilização de talheres ou necessidade de estar sentado à mesa);
- **Sinalizar manifestações de dificuldades na deglutição à equipa de saúde** como mudança da voz, tosse ou engasgamento, regurgitação de alimentos, sensação de alimento preso na garganta, perda de peso e/ ou problemas de mastigação, etc.;
- **Avaliar a necessidade de adaptar a textura da alimentação** para: mole (alimentos bem cozinhados partidos em pequenas porções); cremosa (alimentos triturados até textura de creme ou puré) ou líquida, e/ou de **alterar a espessura dos líquidos com recurso a espessantes;**
- **Incentivar a alimentação mas não insistir ou forçar** (em casos de recusa, tentar novamente mais tarde);
- **Evitar disponibilizar quantidades excessivas de alimentos**, pois pode provocar aversão ou frustração por não conseguir comer tudo o que é oferecido;
- Em caso de **diminuição do apetite**, oferecer pequenos volumes, várias vezes ao longo do dia;

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



- **Questionar a pessoa idosa sobre as suas preferências alimentares** diariamente;
- **Encorajar a atividade física e o exercício físico** para a manutenção ou melhoria da massa muscular e da capacidade funcional.



CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



Enriquecimento da Alimentação

Numa primeira abordagem, a intervenção nutricional deverá basear-se no enriquecimento ou aumento da densidade energética das refeições, de acordo com a situação clínica.



Como aumentar a densidade energética e nutricional das refeições?

Aumento da densidade energética através da adição de fontes de proteína:

- Leite em pó, leite inteiro (gordo) e/ou leite condensado;
- Ovo inteiro ou claras de ovo no pão, na sopa ou em papas de cereais, por exemplo;
- Carnes e pescado (peixe ou até crustáceos como miolo de camarão, amêijoas ou berbigão);
- Sopas que já contenham fontes de proteína na sua composição como sopa de peixe ou sopa da pedra;
- Leguminosas (feijão, grão de bico, ervilhas, lentilhas, favas, chicharro, tremçoço) na sopa, massa, arroz;
- Queijos (ralados, por exemplo) em pratos de refeição variados;
- Iogurtes tipo grego, iogurtes hiperproteicos, iogurtes tipo skyr, mousses e pudins ricos em proteína (caso considere estes produtos muito espessos ou aderentes, pode, por exemplo, misturar com puré de fruta para ficarem mais cremosos ou incluir em batidos).



Aumento da densidade energética através da adição de fontes de lípidos (gordura):

- Azeite na sopa, no pão ou em pratos de refeição;
- Frutos oleaginosos (noz, amêndoa, avelã, caju, etc.) e/ ou sementes nas refeições, batidos/ smoothies ou papas de cereais;
- Pasta/ manteiga de amendoim, de amêndoa ou de caju;
- Amendoim em pó nas papas ou em batidos;
- Abacate em saladas, batidos ou no pão/ tostas;
- Manteiga ou creme vegetal;
- Natas;
- Óleos vegetais.

Aumento da densidade energética através da adição de fontes de hidratos de carbono:

- Farinhas tipo amido de milho;
- Aveia em flocos ou farinha;
- Frutas desidratadas (ameixas, damascos ou figos secos) trituradas;
- Açúcar, mel, marmelada, compotas, geleias, chocolate em pó;
- Massa, arroz, batata e/ ou batata doce na sopa;
- Pão à refeição ou adicionado na sopa e/ou no leite.



Como estruturar as refeições?

Exemplo de composição das refeições

REFEIÇÕES

Refeições intermédias:

Pequeno-almoço, meio da manhã, lanche, ceia



COMPOSIÇÃO

Fonte de proteína: laticínios (leite, iogurte, queijo), bebida vegetal de soja, ovo

+

Fonte de hidratos de carbono: pão, tostas, cereais (inteiros ou em farinha), bolachas

+

Fonte de hidratos de carbono, vitaminas e fibra: fruta

+

Fonte de lípidos (gordura): azeite, abacate, frutos oleaginosos (noz, amêndoa, avelã, caju), sementes

Nota: Pode optar por juntar os vários alimentos num batido. Assim, consegue ingerir os nutrientes necessários de forma mais fácil e prática.

Refeições principais:

Almoço/ jantar



Sopa de hortícolas enriquecida com carne, pescado ou ovo e/ ou leguminosas (feijão, grão de bico, favas, ervilhas, lentilhas, chicharro, tremçoço) e azeite em cru.

Nota: Pode optar por ingerir a sopa no início das refeições se o apetite estiver mantido ou incluí-la no fim das refeições se existir diminuição do apetite.

Prato de refeição:

- Carne, pescado ou ovo;
- Leguminosas (feijão, grão de bico, ervilhas, lentilhas, favas, chicharro, tremçoço);
- Cereais e derivados e tubérculos: arroz, massa, batata, batata doce, quinoa, pão ou broa;
- Hortícolas;
- Gorduras e óleos: exemplo - azeite para confeção e/ ou tempero

Sobremesa: fruta, preferencialmente da época

Bebida: água/ águas aromatizadas/infusões

Nota: Em alguns casos, para enriquecimento da refeição, pode ser interessante incluir, por exemplo, sumos de fruta às refeições.



Estratégias alimentares e nutricionais para controlo de situações com impacto no estado nutricional

CONTEXUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL

QUADROS/SINTOMAS

Diminuição do apetite e/ ou da ingestão alimentar



RECOMENDAÇÕES

Realizar várias refeições de pequeno volume ao longo do dia;

Preparar refeições mais densas em energia e nutrientes através das estratégias de enriquecimento mencionadas anteriormente;

Preparar refeições atrativas e apelativas do ponto de vista visual e de sabor;

Ponderar incluir suplementação nutricional oral (ver secção sobre Suplementação Nutricional Oral).

Obstipação



Aumentar a ingestão de fibras – frutas, hortícolas, cereais integrais (ex. flocos de aveia) e sementes como linhaça moída e sementes de chia;

Garantir uma hidratação adequada;

Evitar alimentos muito processados e alimentos pobres em fibra;

Incentivar a atividade física e/ ou o exercício físico.

Diarreia



Reforçar a hidratação em pequenos volumes ao longo do dia;

Evitar cereais ou outros produtos integrais e com muita fibra, durante o período mais agudo da diarreia;

Retirar a lactose da alimentação durante o período agudo da diarreia;

Evitar hortícolas muito “fibrosos”, por exemplo, de folha verde-escura;

Optar por frutas cozidas/ assadas ou banana;



Diarreia

Evitar alimentos muito ricos em lípidos e açúcar como molhos, gorduras e óleos, alimentos fritos, bolos, etc.;

Evitar condimentos fortes e picantes;

Evitar café, chá preto ou verde, refrigerantes e adoçantes artificiais;

Avaliar a necessidade de reposição de eletrólitos e do uso de probióticos;

Quando a diarreia começar a melhorar, pode reintroduzir gradualmente os alimentos mencionados.

Dificuldades mastigação e/ ou deglutição (disfagia)

Referenciar a pessoa idosa para avaliação da deglutição pela Terapia da Fala e para avaliação da dentição pela Medicina Dentária/ Estomatologia, para otimizar a intervenção nutricional;

Adaptar a textura da alimentação para mole, cremosa ou líquida conforme a necessidade e a tolerância;

Promover uma alimentação de textura modificada saborosa, utilizando alimentos estufados e/ou assados, molhos, ervas aromáticas, especiarias, etc.;

Evitar alimentos secos e duros (ex. torradas, bolachas, bolos secos ou tostas), muito aderentes ou espessos (ex. manteiga de amendoim ou mousses muito espessas) ou com duplas consistências (ex. canja, laranja, "sopas" de café com leite) - para tornar estes alimentos seguros, optar por homogeneizar sob a forma de puré/creme ou misturar vários alimentos numa única preparação (ex. puré de iogurte, fruta e manteiga de amendoim);

Utilizar, se necessário, espessante na água e nos restantes líquidos ([consultar capítulo da hidratação](#)).



Hidratação

A hidratação é fundamental para o correto funcionamento do organismo e para um adequado estado nutricional, uma vez que todos os processos do nosso corpo dependem de água. A desidratação é comum na pessoa idosa e pode ter consequências severas.

Na pessoa idosa, um correto estado de hidratação assume especial importância, uma vez que o **processo de envelhecimento tem implicações no estado de hidratação**. À medida que envelhecemos, diminui a água corporal (pois perdemos massa muscular, que é mais rica em água), a sensação de sede é menor e os rins funcionam de forma mais lenta e com menos capacidade de concentrar a urina.

Além disso, na pessoa idosa, é frequente a **ocorrência de situações que aumentam o risco de desidratação**, tanto por aumento das perdas de líquidos, como por diminuição de ingestão, tais como:

- Febre;
- Diarreia e vômitos;
- Uso de medicação como diuréticos ou laxantes;
- Feridas ou úlceras de pressão, principalmente as que libertem líquido;
- Dificuldades de deglutição (por engasgamento ou recusa de líquidos espessados);
- Hemorragias e/ou queimaduras;
- Doenças crônicas com indicação de restrição de líquidos (ex. insuficiência cardíaca e/ou doença renal);
- Demência e/ou depressão, que podem levar ao esquecimento da necessidade de beber água.

É também comum a pessoa idosa **restringir voluntariamente a ingestão de líquidos**, principalmente em situações de incontinência urinária, de mobilidade reduzida ou antes de dormir, de modo a evitar idas noturnas à casa de banho.

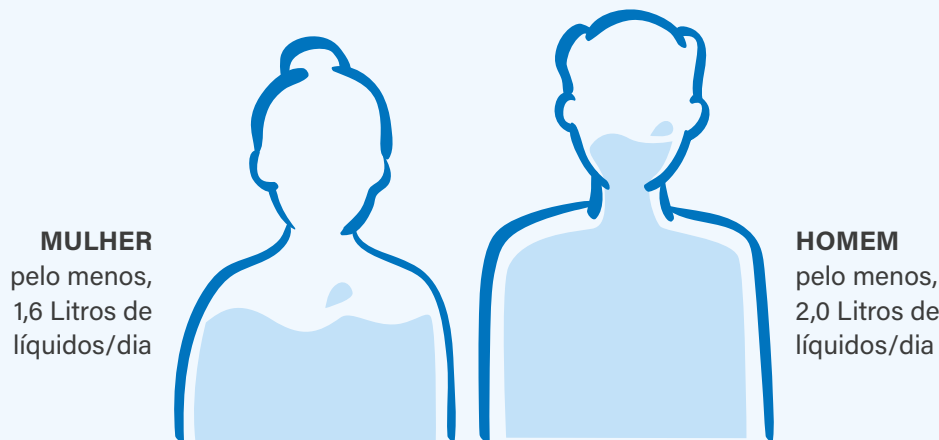


Uma **menor ingestão de líquidos** também se pode dever a isolamento social, dependência de terceiros para beber e problemas de acesso, compra e/ou transporte de água e outros líquidos, problemas que requerem muita atenção e vigilância.

Podem ser **sintomas comuns da desidratação na pessoa idosa**:

- Desorientação e confusão mental;
- Fraqueza e cansaço fácil;
- Dores de cabeça;
- Náuseas;
- Obstipação;
- Quedas frequentes;
- Diminuição da elasticidade da pele;
- Boca seca e olhos encovados;
- Diminuição da pressão arterial;
- Diminuição da produção de urina e urina mais escura e concentrada;
- Aumento do número de infecções urinárias;
- Cãibras musculares;
- Perda rápida de peso.

Muito embora a quantidade de líquidos a consumir deva ser ajustada individualmente, as recomendações atuais indicam que a pessoa idosa deve ingerir:



São exceções a estas recomendações: condições clínicas que exijam quantidades diferentes de líquidos ou que restrinjam a quantidade de líquidos permitida por dia (ex. insuficiência cardíaca e algumas fases da doença renal, nomeadamente em tratamentos de hemodiálise).



É importante ressaltar que estas **necessidades podem estar aumentadas** em situações de:

- Temperaturas elevadas (ex. Verão ou alturas de muito calor);
- Atividade física mais intensa;
- Perdas aumentadas de líquidos pelo organismo (ex. vômitos, diarreia, hemorragias e suor).

Para atingir estas recomendações, a **ingestão de líquidos deve ser promovida** ao longo do dia. O consumo de água simples é uma opção mas não é a única: a oferta de líquidos com sabores diferenciados pode ajudar a pessoa idosa a hidratar-se de uma forma mais prazerosa, dado o frequente desinteresse por líquidos e a diminuição de paladar que ocorre durante o envelhecimento.

Algumas opções podem incentivar a uma maior ingestão de líquidos, tais como:

- Água com gás
- Água com sabores
- Água aromatizada (ex. com limão, laranja, groselha, hortelã, canela, etc.)
- Chá e/ou infusões quentes ou frias
- Café ou descafeinado
- Cevada ou outras bebidas de cereais
- Leite, iogurte líquido e bebidas vegetais*
- Sumos de fruta
- Cerveja sem álcool
- Sopas e batidos

**As bebidas vegetais deverão ser, preferencialmente, fortificadas em cálcio e vitamina D.*



A ingestão de frutas e hortícolas com alto teor de água (ex. melancia, melão, tomate, pepino - alimentos constituídos por mais de 90% de água) e de gelados à base de fruta e água ou gelatinas, também contribuem para uma melhoria do estado de hidratação. As opções deverão ser sempre ajustadas às preferências e situação clínica da pessoa idosa, de forma a incentivar ao máximo uma ingestão segura e adequada.



Em caso de **dificuldades de deglutição** (ex. engasgamentos frequentes com líquidos, tosse, sensação de resíduos na boca ou de “bola na garganta”, saída de líquido pelo nariz, etc.), o risco de desidratação aumenta consideravelmente. Nestas situações, é recomendada a avaliação da deglutição por um Terapeuta da Fala e pode ser recomendado o uso de espessante para tornar os líquidos mais espessos e a deglutição mais fácil e segura.

Os espessantes mais recentes no mercado (à base de goma xantana) permitem manter líquidos espessados durante várias horas e espessar qualquer líquido, a várias temperaturas, possibilitando diversificar os líquidos ingeridos. O consumo de águas gelificadas (habitualmente com sabores apelativos) pode ser também uma estratégia interessante.



Embora seja frequente encontrar recomendações para o consumo de gelatina em situações de dificuldades de deglutição, é importante lembrar que a gelatina comum derrete na boca e é engolida em estado líquido, o que a torna insegura em muitos casos.

Para **incentivar a ingestão de líquidos**, devem ser promovidas estratégias que tornem o ambiente mais favorável a um correto estado de hidratação, tais como:

- Fácil acesso à água e outros líquidos;
- Disponibilização de líquidos em vários pontos da casa ou da instituição;
- Utilização de garrafas individuais, atrativas e de fácil pega e manipulação;
- Incentivo verbal ao consumo de líquidos, mesmo quando não se sente sede;
- Definição de momentos específicos do dia para a ingestão de líquidos;
- Uso de dispositivos eletrónicos de alerta para a ingestão de líquidos.

Estas estratégias assumem especial importância em situações de declínio cognitivo, demência ou depressão.





Sabia que

O nosso corpo é uma máquina muito inteligente e, por isso, ingerir mais líquidos pode mesmo diminuir a necessidade de ir à casa de banho? Quando ingerimos mais líquidos, a urina fica menos concentrada e, como tal, a médio prazo, diminui a sensação e a necessidade de urinar, bem como o número de idas à casa de banho

Mensagem para o cuidador da pessoa idosa

Não adie os pedidos de idas à casa-de-banho. O processo de envelhecimento traz consigo o relaxamento do esfíncter da bexiga e a diminuição da massa muscular na zona pélvica, dificultando o controlo quando surge a necessidade de urinar. Ao não atender atempadamente a estes pedidos, poderá estar a induzir a pessoa idosa a beber menos líquidos, para não ter de fazer tantos pedidos e “não dar trabalho”.



Um correto estado de hidratação está associado a um menor número de hospitalizações e a menos situações de agravamento de doenças crónicas. Como o risco de desidratação na pessoa idosa é muito elevado, é essencial promover a ingestão regular e adequada de líquidos.



Suplementação Nutricional Oral



E quando a alimentação não é suficiente?

Por todos os fatores associados ao processo de envelhecimento e, em particular após um internamento hospitalar, pode ser necessário recorrer a Suplementos Nutricionais Oraís (SNO) para atingir as necessidades nutricionais da pessoa idosa, de acordo com indicação do seu nutricionista ou outro profissional de saúde.

Os SNO são alimentos para fins medicinais específicos especialmente desenvolvidos para satisfazer as necessidades nutricionais de quem não as consegue atingir através da alimentação convencional. São constituídos por macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, fibra, lípidos), micronutrientes (minerais e vitaminas) e devem ser consumidos sempre sob supervisão do profissional de saúde.

As recomendações salientam que **todas as pessoas idosas, desnutridas ou em risco de desnutrição e com doenças crónicas, devem realizar SNO, sob acompanhamento de um profissional de saúde, quando a ingestão alimentar e o enriquecimento das refeições são insuficientes para atingir as necessidades nutricionais.** É ainda indicado que, **após alta hospitalar, sejam oferecidos SNO à pessoa idosa desnutrida ou em risco de desnutrição para melhorar a ingestão alimentar e o peso corporal e reduzir o risco de declínio funcional.**



Os SNO encontram-se disponíveis em:

- Composições nutricionais distintas: completos *versus* incompletos e quantidades variáveis de energia, proteína, hidratos de carbono, fibra, vitaminas e minerais.
- Versões líquidas, líquidas espessadas, creme/ pudim ou em pó;
- Fórmulas desenvolvidas para a gestão nutricional da malnutrição associada à doença, nomeadamente, para pessoas com diabetes, situações de insuficiência renal, úlceras por pressão, cancro, sarcopenia, etc.;
- Sabores variados;
- Diferentes volumes.

Esta suplementação deve ser de, pelo menos, 400 kcal/ dia e 30 g proteína/ dia e deve ser mantida após a alta hospitalar, durante, no mínimo, 1 mês. A sua eficácia e benefício devem ser reavaliados semanalmente. Para além disso, a adesão aos SNO deve ser reavaliada regularmente e deve ser adaptado o tipo, sabor, textura e momento de consumo do SNO.



Como melhorar a adesão a Suplementos Nutricionais Orais (SNO)?

1. Adicionar café solúvel/ cevada ao SNO;
2. Adicionar chocolate/ cacau em pó ao SNO;
3. Preparar papas ou cremes, usando como base o SNO e acrescentando farinha láctea ou não láctea ou flocos/farinha de aveia;
4. Preparar batidos, smoothies e sobremesas como, por exemplo, gelados, panacota, mousses, gelatinas e semifrios com o SNO;
5. Incluir os SNO na confeção de molhos, pratos ou sopas;
6. Alterar a forma de apresentação – exemplo: servir o SNO em copo de vidro;
7. Apresentar o SNO a diferentes temperaturas, nomeadamente refrigerado, para melhorar a aceitação

Aceda a receitas nutritivas com recurso a Suplementos Nutricionais Orais.



A toma de Suplementos Nutricionais Orais não tem de ser monótona! Torne o momento da toma em algo prazeroso, porque nutrir também é alimentar a alma.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



Mensagens finais.

- ✓ Condições como a malnutrição, a sarcopenia e a fragilidade são muito frequentes na pessoa idosa e ainda mais frequentes após internamentos hospitalares;
- ✓ Existem sinais de alerta para situações de desnutrição na pessoa idosa nomeadamente diminuição do apetite, perda de peso involuntária, diminuição da ingestão alimentar, perda de funcionalidade, cansaço em repouso ou em pequenos esforços, dificuldades de mastigação e de deglutição (disfagia) e situações que possam afetar o estado nutricional (náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, alterações do paladar, etc.);
- ✓ Não existe evidência que sustente o uso de dietas restritivas na pessoa idosa. Este tipo de dietas representa um risco para o estado nutricional e de saúde desta faixa etária;
- ✓ É fundamental ajustar a alimentação e hidratação aos gostos e preferências individuais da pessoa idosa;
- ✓ Sempre que possível, devem preferir-se alimentos frescos, da época e produzidos segundo um modelo mais sustentável, seguindo os princípios da Dieta Mediterrânica;
- ✓ O risco elevado de desidratação, na pessoa idosa, torna essencial a criação de estratégias que promovam a ingestão de líquidos em quantidade suficiente;
- ✓ Para atingir as necessidades nutricionais da pessoa idosa, durante e após um internamento hospitalar, pode ser necessário recorrer a suplementação nutricional oral. Esta deverá ser devidamente aconselhada por um Nutricionista ou outro profissional de saúde competente.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



GLOSSÁRIO

- **Anorexia do Envelhecimento** Síndrome geriátrica comum que inclui perda de apetite e/ou redução da ingestão alimentar, associada a desnutrição, perda de peso involuntária, sarcopenia, declínio funcional, perda de independência e outros resultados adversos para a saúde.
- **Desnutrição** Estado resultante da falta de ingestão ou absorção de nutrientes que leva a alterações na composição corporal (diminuição da massa muscular) e na massa celular corporal, levando à diminuição das funções físicas e mentais e a piores resultados clínicos devido à doença.
- **Fragilidade** Síndrome geriátrica multidimensional, caracterizada pelo declínio cumulativo em vários sistemas ou funções do corpo. A fragilidade aumenta a vulnerabilidade a resultados de saúde adversos, como incapacidade, internamento hospitalar, redução da qualidade de vida e até mesmo morte.
- **Hidratos de Carbono** Macronutriente (ex. glicose ou amido) formado por elementos de carbono, hidrogênio e oxigênio, utilizado essencialmente como fonte de energia.
- **Lípidos** Macronutriente, composto por ácidos gordos e glicerol. Utilizado pelo organismo como fonte de energia e para a síntese de hormonas. Tem ainda a função de fornecer ácidos gordos essenciais e vitaminas lipossolúveis através da alimentação.
- **Malnutrição** Estado de desequilíbrio entre a ingestão ou absorção de nutrientes e as necessidades do organismo, que leva a alterações na composição corporal, diminuição da funcionalidade física e mental e resultados clínicos comprometidos. Terminologia que abrange situações de obesidade, desnutrição e deficiências nutricionais várias.
- **Obesidade Sarcopénica** Condição de coexistência de obesidade, definida como elevada percentagem de gordura corporal e sarcopenia, definida como baixa massa muscular esquelética acompanhada de baixa função muscular.
- **Proteínas** Macronutriente, constituído por aminoácidos, que funciona como enzima, recetor, transportador, hormona, anticorpo ou comunicador. Macronutriente com importante ação na síntese muscular e de tecidos.
- **Sarcopenia** Doença muscular esquelética progressiva e generalizada, associada a um aumento da probabilidade de resultados adversos, incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade.
- **Suplementos Nutricionais Oraís (SNO)** Formulações energética e nutricionalmente densas, desenvolvidas para satisfazer as necessidades nutricionais de indivíduos que não as conseguem satisfazer através do consumo alimentar habitual. São constituídos por macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, fibra, lípidos), micronutrientes (minerais e vitaminas) e água.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aprahamian I, Coats AJ, Morley JE, Klompenhouwer T, Anker SD; International Advisory Board, and Regional Advisory Boards for North America, Latin America, Europe and Japan. Anorexia of aging: an international assessment of healthcare providers' knowledge and practice gaps. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2023 Dec;14(6):2779-2792. doi:10.1002/jcsm.13355.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49-64.
- Cruz-Jentoft AJ, Volkert D. Malnutrition in older adults. N Engl J Med. 2025 Jun 12;392(22):2244-2255. doi: 10.1056/NEJMra2412275.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.
- Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. Lancet. 2023 Mar 18;401(10380):951-966. doi:10.1016/S0140-6736(22)02612-5. Epub 2023 Jan 27. PMID: 36716756.
- Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al.; ESPEN and EASO Consensus Statement. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. Obes Facts. 2022 Feb 23;15(3):321-335. doi: 10.1159/000521241.
- Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021: Resultados Definitivos. Lisboa: INE; 2024. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21
- Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Goulão B, et al. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. Public Health Nutr. 2018 Oct;22(3):486-497. doi:10.1017/S1368980018002318.
- Niedert KC, Richmond K, editors. Nutrition care of the older adult: a handbook for nutrition throughout the continuum of care. 4th ed. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2024.
- PORDATA — Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Atualizado a 22 Jul 2025. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Sousa-Santos AR, Afonso C, Borges N, et al. Sarcopenia and Undernutrition Among Portuguese Older Adults: Results From Nutrition UP 65 Study. Food and Nutrition Bulletin. 2018;39(3):487-492. DOI:10.1177/0379572118765801.
- Sousa-Santos AR, Afonso C, Moreira P, Padrão P, Santos A, Borges N, Amaral TF. Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. Arch Gerontol Geriatr. 2018;74:162-168. doi:10.1016/j.archger.2017.10.018.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL



- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber C, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC; ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022 Apr;41(4):958–989. doi: 10.1016/j.clnu.2022.01.024
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde. Documento de apoio ao Catálogo Português de Nutrição (CPN V3.0). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022 Mar 7 [Internet]. Autores: Maria João Gregório, Diana Teixeira, Clara Salvador; 34 p. Disponível em: https://dev.alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2022/07/Documento-apoio-CPN_VF_07_03_22.pdf.
- Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Caro-Bautista J, Saucedo-Figueredo C, García-Mayor S, Morales-Asencio JM. Effectiveness of Food-Based Fortification in Older People. A Systematic Review and Meta-Analysis. J Nutr Health Aging. 2016 Feb;20(2):178-84. doi: 10.1007/s12603-015-0591-z. PMID: 26812514.



CONTEXTUALIZAÇÃO

ALIMENTAÇÃO

HIDRATAÇÃO

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL

Guia prático de
**alimentação, hidratação
e suplementação**
na pessoa idosa
após alta hospitalar



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE NUTRIÇÃO

Este conteúdo
tem o apoio da:

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION