



Licenciatura em Ciências da Nutrição

Memória Final de Curso

Elaborado por Ana Filipa Coelho

Aluno nº 200691428

Orientadora interna: Prof.^a Doutora Ana Rito

Orientadora externa: Mestre Mariana Brito

Barcarena

Novembro 2010

Universidade Atlântica
Licenciatura em Ciências da Nutrição

Memória Final de Curso

Elaborado por Ana Filipa Coelho

Aluno nº 200691428

Orientadora interna: Prof.^a Doutora Ana Rito

Orientadora externa: Mestre Mariana Brito

Barcarena

Novembro 2010

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer sem dúvida aos meus Pais que me ajudaram, apoiaram e aturaram muitas ansiedades e preocupações ao longo do curso e acima de tudo proporcionaram-me a concretização de um sonho, que sem eles não conseguiria.

O meu agradecimento à Mestre Mariana Brito por todos os bons conhecimentos e conselhos que me transmitiu para futuramente ser uma boa Nutricionista.

Agradeço especialmente à entidade Hospital da Marinha por me ter proporcionado um excelente estágio contribuindo muito para a minha formação profissional.

Aos professores que passaram por toda a licenciatura que me ensinaram tudo aquilo que sei hoje e que me ajudaram de diversas formas para me tornar uma boa profissional de saúde. Em particular, quero agradecer à minha orientadora Prof.^a Doutora Ana Rito por me proporcionar a participação num Projecto Científico importante assumindo as responsabilidades e reconhecimentos que daí advêm. À Prof.^a Ana Lúcia Silva e Prof. Carlos Ramos por toda a paciência, dedicação e todos os bons conselhos dados ao longo da licenciatura e do trabalho de investigação.

Agradeço às minhas amigas Patrícia, Andreia, Mariana e Carla que me acompanharam durante 4 anos e foram um pilar importante também para todo o meu percurso e finalização académica. Quero agradecer em particular à Patrícia pela oportunidade que me deu por ir estagiar no HM e por me ter ajudado em várias situações ao longo do percurso do estágio e académico.

Índice

Agradecimentos	iv
Índice	vi
Índice de figuras.....	viii
Índice de tabelas.....	viii
Lista de abreviaturas e siglas	ix
Introdução	1
1. Objectivos	3
1.1. Objectivos Gerais	3
1.2. Objectivos Específicos	3
2. Descrição do estágio	5
2.1. Local e duração	5
2.2. Orientação.....	5
2.3. Caracterização do local de estágio.....	5
3. Consultas de Nutrição.....	7
3.1. Descrição	7
3.2. Primeiras Consultas	7
3.3. Consultas de Seguimento.....	10
3.4. Resultados das Consultas de Nutrição.....	11
4. Apoio ao internamento.....	17
4.1. Resultados do apoio ao internamento	19
5. Actividades Complementares	23
6. Actividades no âmbito do CEIDSS	25

7. Participação em Workshops e Congressos	29
Conclusão.....	31
Bibliografia	33

Índice de figuras

Fig. 1 – Distribuição dos utentes da consulta de nutrição consoante o género.....	11
Fig. 2 – Distribuição dos utentes da consulta de nutrição consoante o posto.....	12
Fig. 3 – Distribuição mensal das consultas de nutrição (primeiras e seguimento).....	12
Fig. 4 – Motivos da consulta de nutrição.....	13
Fig. 5 – Intervenções nutricionais.....	15
Fig. 6 – Resultados da aplicação do rastreio de desnutrição – MUST.....	20
Fig. 7 – Distribuição mensal dos rastreios de desnutrição – MUST.....	20
Fig. 8 – Patologias.....	21

Índice de tabelas

Tabela 1 - Patologias.....	13
----------------------------	----

Lista de abreviaturas e siglas

APN – Associação Portuguesa de Nutricionistas

BAPEN – *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*

CDC – *Center for Disease Control and Prevention*

CEIDSS – Centro de Estudos e Investigação em Dinâmicas Sociais e Saúde

CMB – Circunferência Média Braquial

CNA – Comissão de Nutrição Assistida

HM – Hospital da Marinha

IMC – Índice de Massa Corporal

MUN-SI – Projecto Municípios e Saúde Infantil

MUST – *Malnutrition Universal Screening Tool*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PLAHS – Projecto Plano Local de Acção em Habitação e Saúde

POZ – Projecto Obesidade Zero

Introdução

O curso de Ciências da Nutrição começou-me a cativar a partir do momento em que via um aumento acentuado de obesidade infantil em Portugal, assim a Nutrição começou a ter um grande impacto no nosso país. Inicialmente sempre tive gosto por uma das áreas de Nutrição, nomeadamente, Nutrição clínica. Contudo, quando comecei a frequentar a Licenciatura de Ciências da Nutrição na Universidade Atlântica, adquiri o gosto por outras áreas da Nutrição, nomeadamente Segurança Alimentar e Restauração Colectiva. Durante 4 anos de Licenciatura, percebi que fiz a escolha certa, pois é uma profissão que permite o contacto directo quer com desafios, pessoas, profissionais de saúde, entre outros. Com o estágio consegui pôr em prática os meus conhecimentos adquiridos e ter contacto com diferentes áreas como Nutrição clínica, Segurança Alimentar e Saúde Pública.

O estágio profissionalizante é uma etapa muito importante na Licenciatura, pois é permitido ao aluno integrar a aprendizagem durante o curso, em diferentes contextos, permitindo, assim, a aquisição de novos conhecimentos e aptidões, contactando com diferentes áreas o que se torna enriquecedor.

O meu estágio profissionalizante ocorreu no Hospital da Marinha (HM) situado em Lisboa, sob orientação da Nutricionista Mestre Mariana Brito. A escolha do local de estágio baseou-se no meu interesse por Nutrição Clínica. Neste estágio foi também possível, embora de forma menos participativa, assistir a algumas questões de Segurança Alimentar. Também estagiei no Centro de Estudos e Investigação Dinâmicas Sociais e Saúde (CEIDSS), onde tive a oportunidade de contactar com as áreas de Saúde Pública e Investigação, sob a orientação da Prof.^a. Doutora Ana Rito e Dr.^a. Ana Lúcia Silva.

As minhas expectativas iniciais eram elevadas e foram totalmente superadas com sucesso.

O presente relatório tem como objectivo enumerar e descrever todas as actividades e projectos desenvolvidos no estágio ao longo do 4ºano da Licenciatura em Ciências da Nutrição pela Universidade Atlântica.

1. Objectivos

1.1. Objectivos Gerais

- Aplicar os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura;
- Adquirir e desenvolver novas capacidades e competências adequadas à profissão;
- Aperfeiçoar as atitudes profissionais tendo em conta aspectos deontológicos e éticos;
- Promover a exposição a experiências em situações reais;
- Conhecer e compreender a organização e funcionamento do serviço e instituição hospitalar em que decorre o estágio;
- Proporcionar a aquisição de novos conhecimentos, capacidades e competências;
- Contactar com equipas multidisciplinares e com as realidades hospitalares;
- Obter conhecimento e colaborar a nível de consulta e internamento hospitalar;
- Contactar com a área de Segurança Alimentar;
- Realizar um trabalho de investigação na prevenção da obesidade infantil intitulado por “Variáveis Demográficas e a Obesidade Infantil nos Municípios do Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo”.

1.2. Objectivos Específicos

- Compreender o funcionamento do HM e o papel do Nutricionista em meio hospitalar;
- Avaliar o utente clínica e nutricionalmente, através da avaliação antropométrica, história alimentar e parâmetros bioquímicos;
- Acompanhar o utente e fazer uma prescrição nutricional adequada;
- Conhecer os materiais utilizados na consulta de nutrição, como ficha de consulta, ficha de consulta de seguimento, entre outros;
- Promover estilos de vida saudáveis e educação alimentar aos utentes através de estratégias motivacionais;
- Avaliar o risco de desnutrição em doentes internados;

- Acompanhar os doentes internados com risco de desnutrição através do suporte nutricional, de forma a melhorar a sua condição clinico-nutricional, nomeadamente com planos alimentares personalizados, nutrição entérica e parentérica;
- Contactar com as instituições da cozinha do HM e com as acções levadas a cabo pelo grupo de Controlo de Qualidade do HM na área da Higiene e Segurança Alimentar.

2. Descrição do estágio

2.1. Local e duração

O estágio profissionalizante decorreu no HM no período entre 9 de Novembro de 2009 e 28 de Junho de 2010, de segunda-feira a sexta-feira à excepção das terças-feiras, sendo que as quintas-feiras estavam destinadas à visita à Enfermaria Medicina 2. Tive também oportunidade de estagiar no CEIDSS durante o mesmo período.

2.2. Orientação

O estágio decorreu sob a orientação Prof.^a Doutora Ana Rito, e sob co-orientação da Mestre Mariana Brito.

2.3. Caracterização do local de estágio

O HM é um órgão de execução de serviços da Marinha Portuguesa, localizado no Campo de Santa Clara, em Lisboa, destinado à prestação de assistência hospitalar a militares e militarizados (no activo, reserva e reforma), seus familiares, prestar idêntico apoio aos militares e seus familiares de outros ramos das Forças Armadas, bem como ao pessoal civil em serviço na Marinha. Além disso, o HM assegura o ensino na área da saúde com estágios académicos e profissionais nas diversas áreas.

O HM é um dos hospitais mais antigos em Portugal, tendo comemorado o seu bicentenário em 1997.

O HM é dirigido por um Director e pelos seguintes departamentos: Conselho Administrativo, Médico, Farmacêutico e de Apoio. O Departamento Médico inclui os serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Reanimação, Dermatovenereologia, Estomatologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia, Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Endocrinologia e Nutrição, Patologia Clínica, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Urgências e Apoio Médico. O HM tem também um Centro de Medicina Hiperbárica. Foi no Serviço de Endocrinologia e Nutrição, mais especificamente na unidade de nutrição, onde decorreu o estágio.

3. Consultas de Nutrição

3.1. Descrição

As consultas decorriam no Serviço de Endocrinologia e Nutrição, habitualmente entre as 9h e as 13h, podendo por vezes prolongarem-se até às 14h (casos excepcionais), às segundas, quartas e sextas-feiras, sendo que as quintas-feiras estavam reservadas para as visitas à Enfermaria Medicina 2. O planeamento das consultas era feito de acordo com os diferentes dias da semana, ou seja, os militares e os civis tinham dias de semana diferentes para recorrerem à consulta de nutrição. Assim, o planeamento das consultas era o seguinte:

- Segundas-feiras – reservadas aos militares na reserva, reformados e civis;
- Quartas-feiras – reservadas aos militares no activo;
- Sextas-feiras – reservadas aos familiares de militares.

Os utentes recorriam às consultas por iniciativa própria ou por aconselhamento médico, por exemplo, reencaminhados pelos médicos de outras unidades da Marinha ou por outros serviços do HM, como por exemplo, os Serviços de Endocrinologia, Cardiologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia. Com as consultas era possível, identificar utentes em risco nutricional, modificar os hábitos alimentares e estilos de vida através de educação, conselhos e boas práticas alimentares, com o objectivo de promover a saúde, o bem-estar dos utentes, a prevenção e tratamento de doenças.

As metodologias das consultas eram executadas conforme se tratasse de uma primeira consulta ou de uma consulta de seguimento.

3.2. Primeiras Consultas

No caso das primeiras consultas, numa fase inicial recolhia-se todos os dados relevantes do paciente – anamnese – através da ficha de consulta (**Anexo 2**). A anamnese consistia em recolher todos os dados relevantes caracterizadores do utente: dados bioquímicos, dados sobre o estilo de vida, hábitos e preferências alimentares, entre outros, que se

consideravam importantes para a prescrição do plano alimentar ou para a modificação e aconselhamento dos hábitos alimentares para um estilo de vida mais saudável.

A anamnese consistia:

- Identificação do utente;
- Género;
- Idade;
- Profissão;
- Posto Militar;
- Motivo da consulta;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Variação do peso ao longo do tempo;
- Medicação;
- Tensão Arterial;
- Análises bioquímicas ou outros exames;
- Outras informações relevantes;
- Dados antropométricos;
- História alimentar usual;
- Intolerâncias e/ou alergias;
- Preferências e/ou aversões alimentares;
- Episódios de compulsão alimentar;
- Ingestão hídrica;
- Consumo de açúcar e cafés;
- Estilos de vida;
- Funcionamento intestinal.

De seguida, procedia-se à avaliação antropométrica do utente. O peso era medido utilizando a balança JOFRE[®] com precisão de 100 g, a estatura era medida pelo estadiómetro SECA[®] com precisão milimétrica, o perímetro abdominal e de anca eram medidos com uma fita métrica convencional. Com um aparelho de bioimpedância de

mãos OMRON BF306[®] calculava-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e media-se a percentagem de massa gorda (**Anexo 3**).

Após a avaliação antropométrica classificava-se a relação entre o peso e a estatura dos utentes consoante o valor do IMC, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Os utentes com $IMC \leq 18,5$ eram classificados em baixo peso, com $IMC 18,5 - 24,9$ normoponderais e com $IMC \geq 25$ eram classificados com excesso de peso, dos quais os utentes com $IMC 25 - 29,9$ eram classificados em pré-obesidade, $IMC 30 - 34,9$ obesidade grau I, $IMC 35 - 39,9$ obesidade grau II e com $IMC \geq 40$ obesidade grau III. Relativamente à percentagem de massa gorda, a classificação era feita da seguinte forma: percentagem muito baixa, baixa, normal, elevada ou muito elevada, tendo por base uma tabela do aparelho de bioimpedância de mãos OMRON BF306[®]. Posteriormente, era avaliado o valor da medição do perímetro abdominal do utente, de forma a avaliar o risco cardiovascular, considerando-se risco aumentado no sexo feminino valores entre 80 – 88 cm e 94 – 102 cm para o sexo masculino. No sexo feminino o risco muito aumentado era considerado para valores ≥ 88 cm e para o sexo masculino valores ≥ 102 cm.

No caso das crianças a avaliação antropométrica era semelhante à dos adultos, excepto na medição da percentagem de massa gorda, que era realizada através da medição das pregas cutâneas tricipital, bicipital e sub-escapular com um adipómetro de alta precisão e com sensibilidade de 0,1 mm, posteriormente aplicava-se a fórmula de *Slaughter* para a determinação da percentagem de massa gorda (**Anexos 3 e 4**). A classificação do estado nutricional era obtido através dos percentis da relação entre IMC/idade, peso/idade e estatura/idade, de acordo com as tabelas CDC (2000).

A história alimentar usual englobava hábitos alimentares actuais, onde o utente descrevia detalhadamente os seus hábitos alimentares usuais, enumerando o número de refeições que fazia ao longo do dia, o horário das mesmas e o tipo de confecções. Além disso também se avaliava as intolerâncias e alergias, preferências e/ou aversões alimentares, episódios de compulsão alimentar, ingestão hídrica, consumo de açúcar e cafés. Assim, era possível detectar alguns erros alimentares, como situações de compulsão alimentar ou períodos excessivos de jejum, entre outros.

A informação sobre os estilos de vida englobava actividade física (programada e não programada), hábitos alcoólicos e tabágicos.

Por fim, procedia-se ao cálculo das necessidades energéticas de acordo com as fórmulas das DRI's (2002), tendo em conta o sexo, a idade e o factor de actividade física, posteriormente efectuava-se a distribuição energética pelos macronutrientes, distribuição dos macronutrientes por doses e por refeições. Estas eram calculadas através de uma folha de cálculo automático existente no computador. De seguida, era feito um plano alimentar personalizado adequado às necessidades do utente, tendo em conta todos os dados caracterizadores, estilos de vida, história alimentar, sendo este entregue em mão, complementado com uma folha de conselhos alimentares e estilos de vida saudáveis e, quando necessário, orientações nutricionais específicas para algumas patologias, como por exemplo, Doença de Crohn (**Anexo 6 e 7**). Por vezes entregava-se uma folha para registo de erros alimentares (**Anexo 8**) que tinha como objectivo, escrever detalhadamente todos os erros alimentares feitos ao longo da dieta para auxiliar na consulta de seguimento, de forma a corrigi-los e/ou reajustar o plano alimentar.

Na folha de consulta eram registados todos os “pontos fracos” do utente, como por exemplo, baixa ingestão hídrica, de forma a eliminá-los progressivamente com o decorrer das consultas.

3.3. Consultas de Seguimento

Nas consultas de seguimento o utente era acompanhado ao longo do percurso alimentar, reavaliando-se alguns parâmetros, como os dados antropométricos e, bioquímicos caso o utente tenha feito análises recentemente. Todos os dados eram escritos numa folha de seguimento (**Anexo 9**) e eram comparados com os dados anteriores, ou seja, da última consulta, avaliando-se progressos ou regressões. Verificava-se se os “pontos fracos” do utente ainda permaneciam e se sim reforçava-se o não cumprimento ou cumprimento dos mesmos.

Quando necessário fazia-se novamente uma avaliação dos hábitos alimentares, medicação e/ou eventuais mudanças de hábitos alimentares e actividade física (estilos de vida) procedendo-se ou não a um reajuste do plano alimentar.

3.4. Resultados das Consultas de Nutrição

Durante os 8 meses de estágio participei num total de 142 consultas, destas 65 foram primeiras consultas e 77 foram consultas de seguimento. A partir de Dezembro comecei a realizar consultas, tendo realizado um total de 55, destas 27 foram primeiras consultas e 28 foram consultas de seguimento. A média das idades dos utentes da consulta de nutrição foi de 46,6 anos (DP 13,8).

Relativamente ao género dos utentes verifica-se que 71,8% correspondia ao sexo masculino e 28,2% ao sexo feminino (**Figura 1**). A afluência do sexo masculino nas consultas de nutrição deve-se ao facto de ser um Hospital militar.

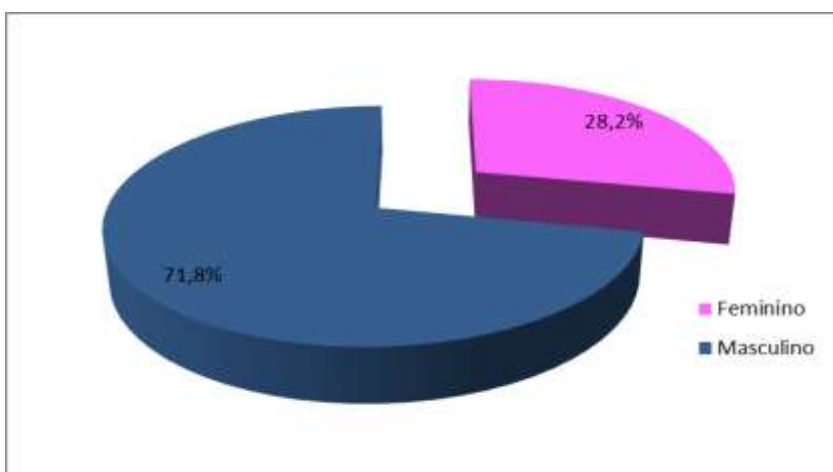


Fig. 1 – Distribuição dos utentes da consulta de nutrição consoante o género

Como o estágio decorreu num Hospital de carácter militar caracterizou-se os utentes da consulta de nutrição de acordo com o seu posto, ou seja, militar, familiar ou civil. Assim, verifica-se que 77,5% dos utentes eram militares, 16,9% eram familiares e apenas 5,6% eram civis (**Figura 2**).

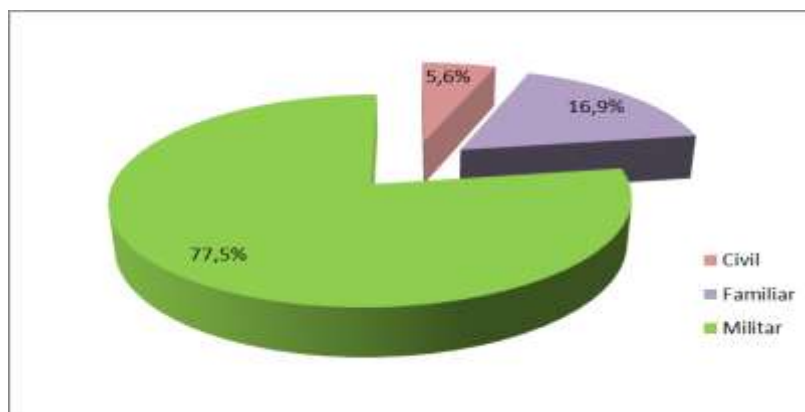


Fig. 2 – Distribuição dos utentes da consulta de nutrição consoante o posto

O mês de Março foi o mês com maior afluência às consultas de nutrição, sendo Junho o mês com menor número de consultas. A estatística destas consultas está representada na **Figura 3**.

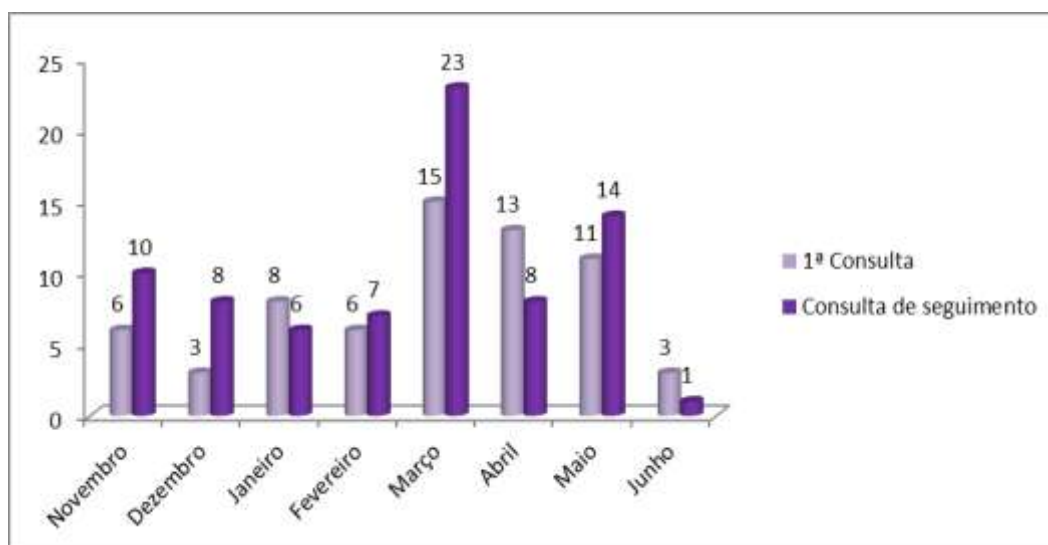


Fig. 3 – Distribuição mensal das consultas de nutrição (primeiras e seguimento)

O principal motivo de consulta foi o excesso de peso, perfazendo um total de 97 consultas de nutrição, sendo que 40 utentes apresentavam pré-obesidade e 57 apresentavam obesidade. (**Figura 4**).

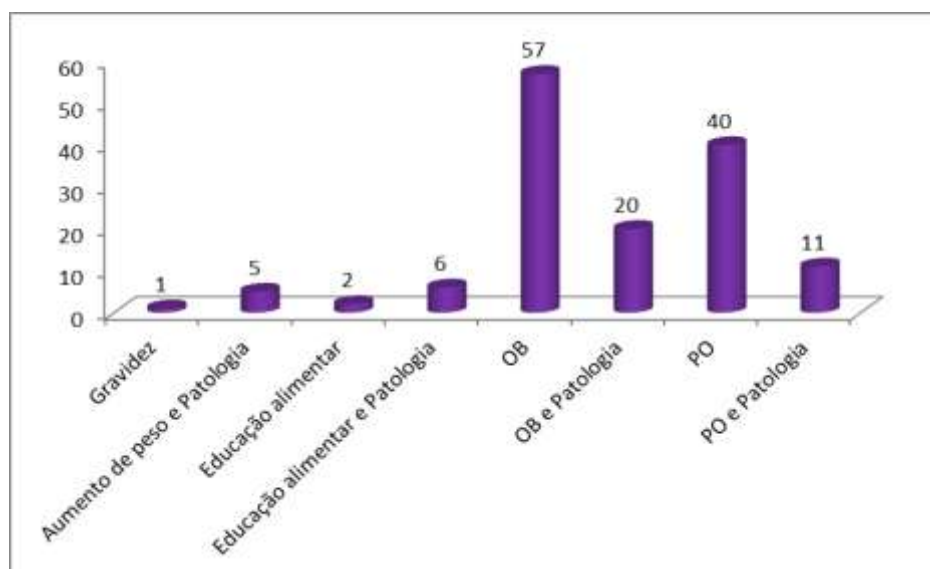


Fig. 4 – Motivos da consulta de nutrição

Em relação às patologias mais observadas verificou-se que na maioria das vezes o principal motivo era excesso de peso, isolado ou associado a apneia do sono, dislipidémias (hipercolesterolémia e hipertrigliceridémia), Diabetes *Mellitus* tipo 2, esteatose hepática e/ou hipertensão arterial.

As patologias que me foi possível contactar durante o estágio são as representadas na **tabela 1**.

Tabela 1 - Patologias

Patologias	
Anemia	Gota
Apneia do sono	Hipertensão arterial
Cancro	HIV +
Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1	Intolerância à lactose
Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	Refluxo Gastroesofágico
Dislipidémia	Síndrome do colón irritable, diarreia e esteatorreia
Doença de Crohn	Síndrome de Dumping
Esteatose hepática	Síndrome Metabólica

A intervenção nutricional foi feita consoante o motivo da consulta assim como as características do utente, nomeadamente a motivação. Consideraram-se 9 tipos de intervenções:

1. Aconselhamento alimentar e promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis;
2. Aconselhamento alimentar, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis e prescrição de plano alimentar personalizado;
3. Aconselhamento alimentar, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis e reajuste de plano alimentar personalizado;
4. Aconselhamento alimentar, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis e suplementação nutricional;
5. Aconselhamento alimentar, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis, prescrição de plano alimentar personalizado e suplementação nutricional;
6. Aconselhamento para patologia, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis e prescrição de plano alimentar personalizado;
7. Aconselhamento alimentar para atletas e aconselhamento sobre suplementação;
8. Aconselhamento para patologia, promoção de actividade física e estilos de vida saudáveis, prescrição de plano alimentar personalizado e suplementação;
9. Orientações nutricionais para determinadas patologias.

De acordo com estas intervenções verifica-se que as abordagens mais utilizadas foram a primeira e a segunda, referentes a consultas de seguimento e primeiras consultas, respectivamente (**Figura 5**).

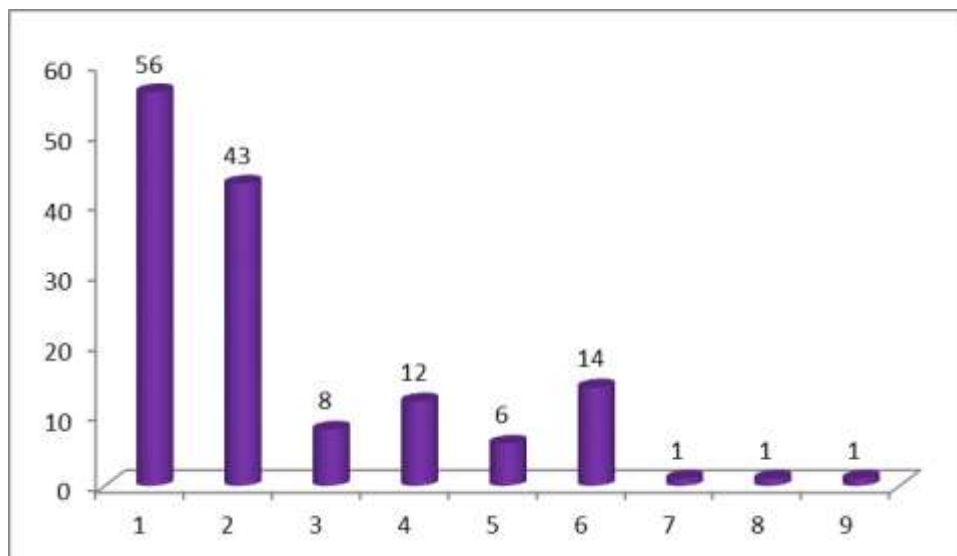


Fig. 5 – Intervenções nutricionais

Apoio ao internamento

Durante o período de estágio visitei semanalmente uma Enfermaria do HM, a Medicina 2, em que aplicava um rastreio de desnutrição, denominado *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (**Anexo 11**), a todos os pacientes recém-internados e a pacientes já internados, estes últimos com o intuito de avaliar a evolução do seu estado nutricional.

O MUST foi desenvolvido pela *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* (BAPEN) com o objectivo de identificar adultos desnutridos, em risco de desnutrição e obesos. Este tipo de rastreio foi implementado no HM em 2006, pela Comissão de Nutrição Assistida (CNA), da qual faz parte a Mestre Mariana Brito.

Muitas vezes o médico assistente, o enfermeiro ou até o próprio paciente pedia a colaboração do nutricionista para suporte nutricional e realização de orientações de alta para o paciente, ou apenas para modificar o plano alimentar já instituído, de acordo com as preferências do mesmo.

Antes da aplicação dos rastreios eram consultados os processos clínicos de cada paciente, com o intuito de avaliar o estado clínico dos mesmos. O rastreio engloba 5 passos, sendo o primeiro a determinação do IMC, calculado através da medição do peso e da estatura do paciente, através de uma balança digital SECA e do estadiómetro da mesma com precisão milimétrica, respectivamente. Em caso de não ser possível medir ou pesar o paciente, devido a estar acamado e não conseguir levantar-se ou manter-se de pé, procedia-se à medição da circunferência média braquial (CMB) do paciente (**Anexo 11**). Com esta medição era possível fazer uma estimativa da categoria de IMC em que se encontrava o paciente:

- $CMB < 23,5 \text{ cm} = IMC < 20 \text{ kg/m}^2$;
- $CMB \geq 32 \text{ cm} = IMC > 30 \text{ kg/m}^2$.

Para finalizar o primeiro passo do rastreio atribuíam-se uma pontuação consoante os valores obtidos. Tendo em conta o IMC:

- $IMC \geq 20 \text{ kg/m}^2$ – pontuação 0;
- $IMC 18,5 - 20 \text{ kg/m}^2$ – pontuação 1;
- $IMC < 18 \text{ kg/m}^2$ – pontuação 2.

Tendo em conta o CMB:

- $CMB < 23,5 \text{ cm}$ – pontuação entre 1 e 2;
- $CMB > 23,5 \text{ em}$ – pontuação 0.

O segundo passo consistia no cálculo da perda de peso, através da seguinte fórmula:

$$\%Perda \text{ de peso } (\%PP) = \left[\frac{(P_{usual} - P_{actual})}{P_{usual}} \right] \times 100$$

Este passo também poderia ser aferido através da tabela em anexo do MUST (**Anexo 11**). A pontuação para este passo era:

- $\%PP < 5\%$ - pontuação 0;
- $\%PP 5 - 10\%$ - pontuação 1;
- $\%PP > 10\%$ - pontuação 2.

Em alguns pacientes não era possível determinar este passo, devido a casos de confusão mental, demência, esquizofrenia, ou por não conseguirem comunicar, ou outro tipo de problemas que impossibilitavam a recolha destes dados, passando-se assim para o passo seguinte.

O terceiro passo consistia em avaliar se o paciente apresentava alguma condição fisiopatológica ou psicológica que condicionasse a sua ingestão alimentar, por um período igual ou superior a 5 dias.

O quarto e quinto passo consistiam em somar as pontuações dos 3 passos anteriores e avaliar o risco total de desnutrição, respectivamente. A pontuação final caracteriza-se da seguinte forma:

- Pontuação 0 – risco de desnutrição baixo ou nulo;
- Pontuação 1 – risco de desnutrição médio;

- Pontuação ≥ 2 – risco de desnutrição elevado.

Quando o rastreio indicava risco médio ou alto de desnutrição procedia-se à avaliação do estado nutricional, avaliando-se o caso do paciente, o diagnóstico e parâmetros bioquímicos, e sempre que necessário era feita anamnese alimentar para avaliar a ingestão alimentar actual e as preferências do paciente. Após esta análise e caso se justificasse efectuava-se a prescrição de suporte nutricional (**Anexo 13**).

O suporte nutricional poderia ser feito da seguinte forma:

- Prescrição de novo plano alimentar personalizado;
- Alteração/reforço da dieta já instituída;
- Suplementação, com suplementos alimentares ou de alimentação básica adaptada (exemplo: suplementos hipercalóricos, hiperproteicos, espessantes);
- Prescrição de nutrição entérica, normalmente para pacientes alimentados por sonda nasogástrica, mas também para Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG);
- Prescrição de nutrição parentérica, da responsabilidade da Farmácia do Hospital.

Quando o IMC era superior a 30 kg/m^2 (obesidade), também ficava registado na folha do rastreio e sempre que necessário reformulava-se o plano alimentar do paciente, tornando-o hipocalórico, de maneira a promover o emagrecimento.

O rastreio e a prescrição de suporte nutricional (caso fosse necessária) ficavam registados no processo clínico do doente, em folhas protocolares elaboradas para o efeito.

4.1. Resultados do apoio ao internamento

Executou-se um total de 270 rastreios na enfermaria Medicina 2, aplicados a adultos civis, de ambos os sexos. Dos 270 rastreios efectuados, 5 apresentavam risco médio de desnutrição (pontuação 1), 25 apresentavam risco elevado de desnutrição (pontuação 2) e a maioria não apresentava risco de desnutrição (pontuação 0) (**Figura 6**). Nesta enfermaria a média de idades dos pacientes foi de 76,0 anos (DP 13,8).

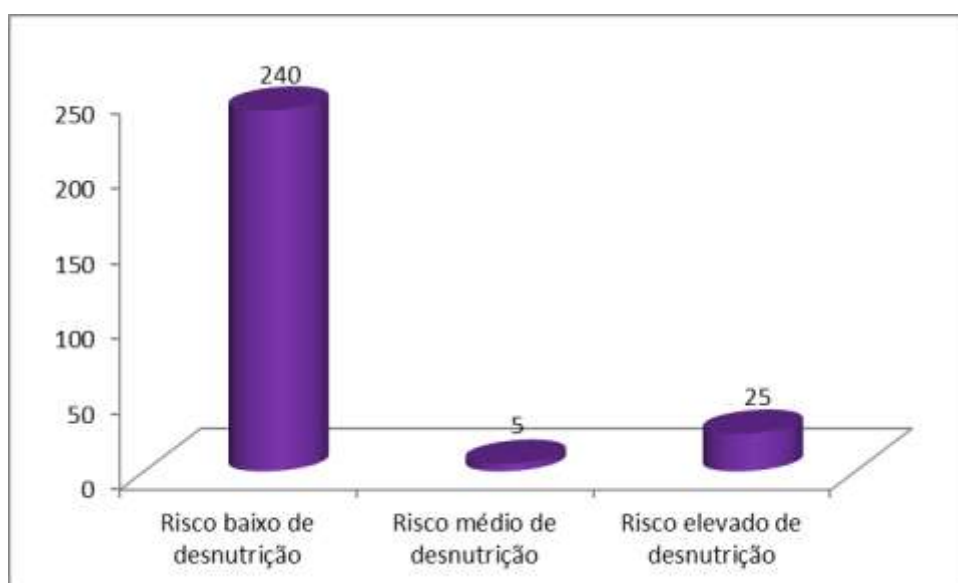


Fig. 6 – Resultados da aplicação do rastreio de desnutrição – MUST

Os meses com maior número de rastreios efectuados foram Janeiro e Março, tendo sido realizados 44 e 54 rastreios, respectivamente (**Figura 7**).

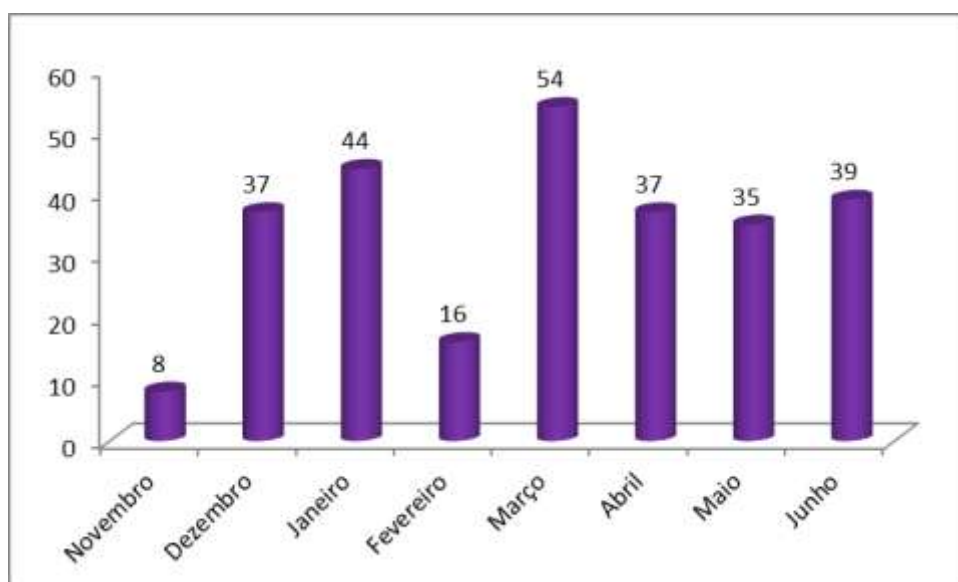


Fig. 7 – Distribuição mensal dos rastreios de desnutrição – MUST

As patologias mais frequentes no internamento foram as doenças cardiovasculares (n=120), respiratórias (n=50) e infecções (n=37). As patologias com menor frequência foram as doenças hepáticas (n=2), traumatismos/músculo-esqueléticas (n=2) e oncológicas (n=4) (**Figura 8**).

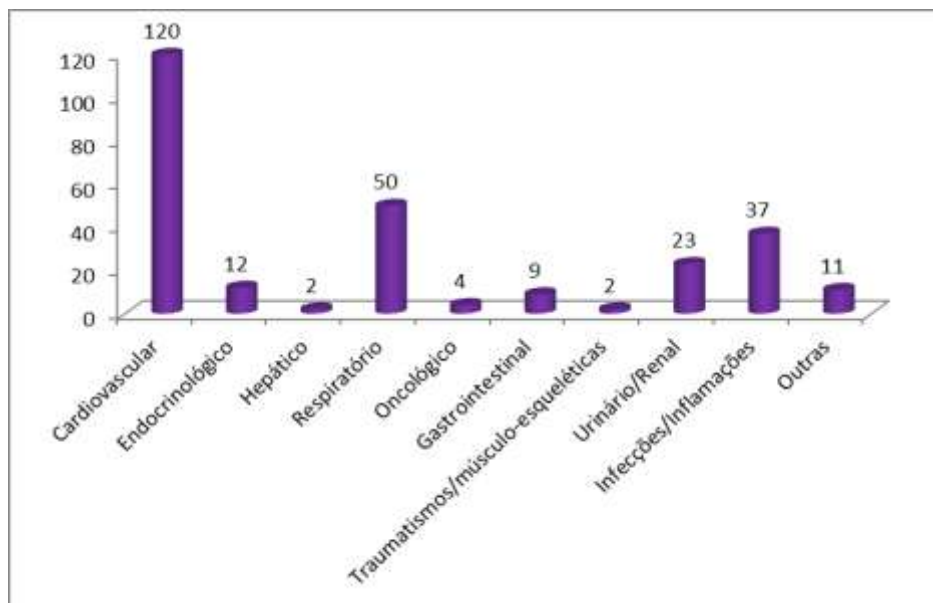


Fig. 8 – Patologias

5. Actividades Complementares

Durante o estágio realizei várias actividades complementares em diversas áreas da nutrição, nomeadamente Nutrição Clínica e Segurança Alimentar.

No âmbito da Segurança Alimentar assisti à formação sobre higiene e segurança alimentar para manipuladores de alimentos no Ministério da Marinha com o tema “Contaminação de Alimentos” leccionada pela Mestre Mariana Brito. Visitei a cozinha do HM, com o objectivo de conhecer as suas diferentes zonas e, ainda observei o percurso das refeições da cozinha do HM até às diferentes enfermarias, com o objectivo de verificar se as normas de segurança alimentar eram respeitadas.

No âmbito da Nutrição Clínica efectuei várias actividades:

- Planos alimentares personalizados e orientações nutricionais para utentes da consulta de nutrição referentes a diversas patologias como: Síndrome de Dumping, doença de Crohn, síndrome do cólon irritable, diarreia e esteatorreia (**Anexo 14, 15 e 16**);
- Planos alimentares personalizados e orientações nutricionais referentes a outras situações tais como: anemia, obstipação e orientações para atletismo e suplementação de atletas (**Anexo 17 e 18**);
- Reajustes dos planos alimentares com reforço alimentar (**Anexo 19 e 20**);
- Orientações nutricionais para um paciente alimentado por nutrição entérica através de uma sonda de PEG (**Anexo 21**);
- Elaborei uma ficha de primeira consulta para posterior utilização na vida profissional (**Anexo 22**);
- Realizei uma pesquisa bibliográfica sobre rastreios nutricionais, nomeadamente sobre o MUST (**Anexo 23**);

- Efectuei uma pesquisa bibliográfica sobre substâncias ergogénicas com o objectivo de descrever os efeitos e consequências das mesmas, para servir de apoio a atletas, na consulta de nutrição (**Anexo 24**);
- Elaborei um ficheiro informativo para os profissionais de saúde sobre Hipercalcemia, com o objectivo de disponibilizar informação sintetizada sobre este tema (**Anexo 25**);
- Ao longo do estágio recolhi vários rótulos alimentares e organizei-os em conjunto com os recolhidos pela Mestre Mariana Brito, num *dossier* por grupos alimentares, com o objectivo de ensinar aos utentes a leitura dos rótulos, elucidando os mesmos relativamente às diferenças nutricionais entre alimentos do mesmo grupo alimentar, bem como sugerir alternativas saudáveis.

6. Actividades no âmbito do CEIDSS

O CEIDSS integra-se na Universidade Atlântica situada em Barcarena, e é uma associação sem fins lucrativos, que promove a investigação em temáticas relacionadas com a saúde e a sociedade. Na presente data encontram-se em decurso os seguintes Projectos: Projecto Municípios e Saúde Infantil (MUN-SI), Projecto Obesidade Zero (POZ) e Projecto Gastronomia Portuguesa contra a Obesidade.

No âmbito de Saúde Pública, preparei e realizei uma Palestra à Escola EB1 da Abrunheira no dia 29 de Outubro de 2009 para crianças do pré-escolar e escolar com o tema “Estilos de Vida Saudáveis”, envolvendo actividades de acordo com a Nova Roda dos Alimentos Portuguesa, como jogo do Semáforo, lancheira saudável e actividade “5 ao dia”; e promoção de actividade física através da música do V-Boy da Plataforma contra a Obesidade. Por último, distribui-se fichas didácticas sobre os assuntos abordados. Realizei a mesma Palestra à Escola EB1 N°2 de Alverca para crianças em idade escolar (**Anexo 26 e 27**).

Preparei e realizei uma Palestra sobre “Obesidade na Adolescência” na Escola Secundária Câmara Leal em Rio de Mouro para alunos do secundário e professores, no dia 20 de Abril de 2010. No final da Palestra uma Professora entregou questionários à assistência para avaliar o grau de satisfação da mesma, cujos resultados foram maioritariamente satisfatórios, tanto em relação ao conteúdo como à duração da mesma (**Anexo 28**).

Particpei no Projecto Plano Local de Acção em Habitação e Saúde (PLAHS). Este projecto da Organização Mundial da Saúde e da Direcção-Geral da Saúde foi coordenado pelo CEIDSS da Universidade Atlântica, com o apoio da Câmara Municipal de Oeiras e da Mealhada. Durante 4 dias, fiz entrevistas por telefone aos participantes seleccionados (**Anexo 29**).

Escrevi um artigo publicado na Revista “Saúde à Mesa” em que a coordenação científica é da responsabilidade do Dr. João Breda: Coelho, A. Gorduras Alimentares – Qual a melhor opção para a nossa saúde? 2010 Junho, Revista Saúde à Mesa (**Anexo 30**).

Particpei num Projecto de investigação Municipal designado por MUN-SI, que resulta de um protocolo de cooperação entre a Direcção-Geral da Saúde (Plataforma Contra a Obesidade), Universidade Atlântica e os 5 Municípios: Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo. Este Projecto tem como estratégia a prevenção e redução de excesso de peso infantil ao nível Municipal, designadamente em ambiente escolar (1º ciclo do Ensino Básico). Este engloba 3 fases: sendo a primeira referente à avaliação do estado nutricional das crianças, integrando as dimensões socioeconómicas, demográficas e ambientais com a da saúde; a segunda fase consiste na intervenção específica multidimensional na promoção da saúde infantil; e por último, a terceira fase abrange a monitorização e avaliação do impacto do Programa desenvolvido. No âmbito deste Projecto efectuei as seguintes tarefas:

- Organizei os questionários de criança e família para posterior leitura óptica (**Anexo 31 e 32**);
- Fiz leitura óptica dos questionários de criança e família e correcção da mesma;
- Corrigi e validei a base de dados referente às variáveis dos questionários de criança;
- Análise dos dados referentes ao questionário de criança do Município do Fundão;
- Elaborei e assisti à apresentação oficial referente aos dados do questionário de criança, cujo tema é “Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade em Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico no Município do Fundão” realizada no Município do Fundão (**Anexo 33**);
- Colaborei na organização do Manual Escolar MUN-SI;
- Corrigi e validei a base de dados referente às variáveis dos questionários de família;
- Ajudei na elaboração da palestra para auxiliares de cozinha apresentada em todos os municípios participantes (**Anexo 34**);
- Colaborei na elaboração da apresentação “Resultados gerais do estado nutricional infantil dos Municípios do Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo” (**Anexo 35**);

- Assisti à apresentação oficial dos dados finais referentes à 1ª fase do Projecto envolvendo todos os Municípios, apresentada pela Prof.^a Doutora Ana Rito. Esta apresentação foi dirigida para membros dos 5 Municípios;
- Elaborei e apresentei os resultados finais oficiais referentes aos dados demográficos recolhidos a partir do questionário de família, cujo tema é “Relação das Variáveis Infanto-Maternas com a Obesidade infantil nos Municípios Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo”, bem como realizei apresentações com os mesmos dados relativos a cada Municípios (**Anexo 36 e Anexo 37**).

7. Participação em Workshops e Congressos

- Assisti ao Workshop “Natal mais saudável”, realizado no refeitório da Universidade Atlântica, pelo Chef Paulo Anastácio, no dia 14 de Dezembro de 2009 (**Anexo 38**);
- Assisti ao “IX Congresso de Nutrição e Alimentação” da Associação Portuguesa dos Nutricionais (APN), realizado no Centro de Congressos de Lisboa, nos dias 20 e 21 de Maio de 2010 (**Anexo 39**).

Conclusão

O estágio profissionalizante foi muito enriquecedor tanto a nível pessoal como a nível profissional, permitindo-me adquirir competências específicas, experiência profissional e contactar com várias pessoas, tanto profissionais de saúde como utentes. No decorrer do estágio contactei com diversas áreas da nutrição, tendo adquirido conhecimentos e experiência nessas mesmas áreas.

O estágio no HM permitiu-me contactar principalmente com a área da Nutrição Clínica, e também com a área de Segurança Alimentar. Na área clínica tive oportunidade de criar ligação com os utentes de maneira a motivá-los para a intervenção nutricional e percebi o quão importante é a relação nutricionista-utente para o sucesso da intervenção, bem como a falta de motivação dos utentes para modificar a sua condição física e de saúde. Em relação à Segurança Alimentar tive a oportunidade de ver como está implementada no HM e como esta é importante esta área. Relativamente ao internamento no HM tive a oportunidade de contactar com o rastreio de desnutrição MUST e aplicá-lo na avaliação dos utentes das enfermarias. Apercebi-me do quanto é fundamental que todos os hospitais apliquem estes tipos de rastreios, pois permite uma intervenção atempada aos utentes e melhora a qualidade de vida dos mesmos, apresentando assim vantagens quer para o utente e para a instituição, pois os fundos monetários só são gastos de acordo com a necessidade exclusiva dos utentes, em vez de serem gastos de forma ambígua sem objectivos definidos.

No estágio decorrido no CEIDSS contactei com a área de saúde pública e investigação. Na área de Saúde Pública tive oportunidade de contactar com a população no geral, ajudando na modificação de hábitos alimentares, tornando-os mais saudáveis e promovendo a actividade física. Na área de investigação, participei no Projecto MUN-SI, adquirindo conhecimentos a nível de investigação. Tive a noção de como é trabalhar num Projecto e as diversas etapas que contempla, tendo este sido o meu trabalho de investigação.

A minha apreciação global do estágio é bastante satisfatória, pois concluí todos os objectivos propostos com êxito e penso ter contribuído positivamente tanto no HM

como no CEIDSS. O estágio é, sem dúvida, uma etapa muito importante, pois sem este não seria possível concluir o curso com tanto sucesso.

Bibliografia

BAPEN (2003). *The 'MUST' Explanatory Booklet - A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults*. Disponível *on-line* em: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf. Último acesso em 10-10-2010

DGS (2005), 'Programa Nacional de Combate à Obesidade'. Disponível *on-line* em: http://estilosdevida.anirsf.pt/folder/questao/doc/12_Programa.pdf. Último acesso em 11-11-2010

Universidade Atlântica (2009). *Micro-site de Ciências da Nutrição*. Disponível *on-line* em: <http://www.uatlantica.pt/cnutricao/>. Último acesso em 13-10-2010

USDA (2002), 'Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients)'. Disponível *on-line* em: http://fnic.nal.usda.gov/nal_display/index.php?info_center=4&tax_level=4&tax_subject=256&topic_id=1342&level3_id=5141&level4_id=10588. Último acesso em 11-11-2010

WHO (2000), 'Global Database on Body Mass Index'. Disponível *on-line* em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>. Último acesso em: 11-11-2010