



Licenciatura em Ciências da Nutrição

MEMÓRIA FINAL DE CURSO

Elaborado por Andreia Marques

Aluna nº 200891980

Orientadora: Dr.^a Ana Afonso

Barcarena

Novembro de 2012

Universidade Atlântica

Licenciatura em Ciências da Nutrição

MEMÓRIA FINAL DE CURSO

Elaborado por Andreia Marques

Aluna nº 200891980

Orientadora: Dr.^a Ana Afonso

Barcarena

Novembro de 2012

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado. A todos eles deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Ao concluir mais uma etapa na minha vida, dou por mim a refletir nas pessoas que me ajudaram no decorrer do meu processo de formação e concluo que foram muitos os profissionais que me prestaram um valioso auxílio na elaboração e conclusão deste trabalho e a eles, um muito obrigado.

Agradeço, assim, à coordenadora Prof.^a Doutora Ana Rito pelo apoio prestado durante estes longos anos de aprendizagem. Estou igualmente grata, à minha orientadora Prof.^a Doutora Ana Afonso, que esteve sempre presente e disponível para me ajudar e transmitir uma mensagem de força e apoio, cruciais nesta fase. Aos meus co-orientadores Dr.^a Maria João Silva, Prof.^a Doutora Suzana Paz, Dr. José Vaz Patto, Mestre Alexandra Cardoso e Nutricionista Rita Fernandes, que de uma forma incansável me ajudaram e apoiaram nestas experiências pelo mundo profissional.

O meu agradecimento dirige-se igualmente às instituições onde realizei o estágio profissionalizante, as quais me proporcionaram experiências únicas e condições inesquecíveis para desenvolver o meu trabalho como estagiária. Agradeço pelo apoio prestado e pelos conhecimentos que me foram transmitidos ao longo deste trabalho, tornando-se preciosos na minha formação.

Queria também, deixar o meu mais sincero agradecimento a todos os médicos, enfermeiros e auxiliares que, em ambas as instituições, me apoiaram e ajudaram de uma forma incansável.

A verdade é que nada disto seria possível sem a ajuda e apoio da minha família e amigos. Assim, agradeço aos meus pais pelo amor, carinho, dedicação, trabalho e confiança que depositaram em mim, por me terem acompanhado em todo este percurso árduo. Sem eles não seria a pessoa que sou hoje e a profissional que espero ser no futuro. Por estas razões, estou orgulhosa deles, como espero que eles estejam

orgulhosos de mim. À minha irmã agradeço a paciência e o apoio incondicional, mesmo que expresso à sua maneira. Aos Amigos, que sabem muito bem quem são, o meu maior agradecimento, porque sem eles nada teria sido possível, pois conseguiram sempre, até nos momentos de desespero, fazer-me acreditar que era possível e que seria capaz.

Agradeço às minhas amigas a presença e o apoio constante ao longo deste percurso. À Daniela Teixeira que desde o início me acompanhou, compreendeu e apoiou incondicionalmente, pela amizade verdadeira que se expressou nos bons e maus momentos, ao longo destes quatro anos. Sem ela teria sido impossível. À Cecile Lopes, Sara Romeiro e Filipa Albuquerque que me ensinaram a ter mais calma e me fizeram evoluir como estudante/profissional e pessoa e à amizade que prosseguiu após tantos trabalhos e dores de cabeça. À Cátia Silva e ao Faustino Leiras por se mostrarem sempre disponíveis para me ajudarem e compreenderem. Aos meus familiares, amigos e colegas, um muito obrigado por terem estado sempre presentes no meu percurso universitário.

Gostaria ainda de agradecer ao Eduardo Fonseca, que mesmo sem saber consegue ser motivação para esta futura profissional de saúde querer mudar o mundo, de modo a que para ele seja melhor.

Ricardo Neves, agradeço-te por todo o amor e por me fazeres acreditar em mim nos momentos mais difíceis. Obrigado por toda a paciência, dedicação e carinho. Não existem palavras que consigam descrever o meu amor e agradecimento por teres estado incansável e incondicionalmente do meu lado nesta etapa final e tão importante.

A todos, o meu Muito Obrigado.

Resumo

No decorrer do 4º ano de Licenciatura em Ciências da Nutrição, da Universidade Atlântica, é realizado o estágio profissionalizante que consiste na execução de 450 horas de estágio, numa ou várias Instituições públicas ou privadas, dentro da área de formação. Neste caso específico, o estágio profissionalizante teve lugar primeiramente nas Oficinas Municipalizadas de Loures, em Loures e de seguida no Instituto Português de Reumatologia, em Lisboa.

O primeiro momento de estágio consistiu na elaboração e realização de consultas de nutrição a uma população específica do concelho de Loures, onde se obtiveram bons resultados a longo prazo. No segundo momento de estágio as tarefas consistiam na avaliação e acompanhamento nutricional dos doentes internados, assegurar a qualidade e segurança alimentar das refeições recebidas e regeneradas na copa, o visionamento de consultas nutricionais, efetuadas por uma nutricionista, realização de consultas de nutrição aos doentes internados e elaboração de trabalhos/casos clínicos.

Durante o mesmo período, foi também realizado um projeto de investigação, com o formato de artigo científico, onde foi avaliada a relação entre a prática de hidroginástica e os parâmetros antropométricos dos doentes internados no Instituto Português de Reumatologia.

Ao longo do relatório poderá ler-se, pormenorizadamente, todas as tarefas desenvolvidas durante os estágios e atividades de formação complementares realizadas.

Palavras-chave: Universidade Atlântica; Ciências da Nutrição; Câmara Municipal de Loures; Instituto Português de Reumatologia.

Abstract

During the 4th year of the Nutritional Science degree, from Atlantic University, the professional training involved 450 hours of internship in one or several public or private institutions within the training area. In this particular case, the professional training took place primarily in Loures city municipal workshops, followed by the training in the Portuguese Institute of Rheumatology, in Lisbon.

The first stage consisted in preparation and performing nutrition consultations to a specific population of the Loures city, which achieved good results in long term. In the second training stage, tasks consisted in nutritional assessment and monitoring of all patients, ensuring food safety and quality of cook-chill meals for regeneration, to attend nutritional consultations conducted by a registered nutritionist, to perform nutrition consultations for patients and development of nutritional counseling of several clinical cases.

During this internship, a research project was also carried out, in the format of a scientific paper, where we evaluated the relationship between the practice of hidrogymnastics and anthropometric parameters of patients from the Portuguese Institute of Rheumatology.

Throughout the report are all the tasks performed in both trainings and supplementary developed activities described in detail.

Keywords: Atlântica University, Nutrition Science, Loures City Hall, Portuguese Institute of Rheumatology

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Índice	viii
Índice de tabelas.....	xii
Lista de abreviaturas e siglas	xiv
Introdução	1
1. <i>Objetivos</i>	3
1.1. Objetivos gerais	3
1.2. Objetivos específicos	3
2. <i>Descrição do estágio</i>	5
2.1. Local e duração	5
2.2. Orientação	5
2.3. Co-orientação.....	5
3. <i>Atividades desenvolvidas</i>	7
3.1. Primeiro momento de estágio	7
3.1.1. Enquadramento	7
3.1.2. Métodos utilizados.....	9
3.1.3. Generalidades das consultas	11
3.1.4. Exemplos práticos.....	12
3.2. Segundo momento de estágio	14
3.2.1. Enquadramento	14
3.2.2. Internamento	16
3.2.3. Controlo de qualidade	17
3.2.4. Consultas externas	19
3.2.5. Elaboração de planos de apoio às consultas	24
3.3. Desenvolvimento do projeto de licenciatura	24
4. <i>Participação em formações complementares</i>	27
Conclusão.....	29

Bibliografia 31

Volume II

Índice de Anexos

Anexo I – Declaração de horas da Câmara de Loures	1
Anexo II – Declaração de horas do Instituto Português de Reumatologia	2
Anexo III – Carta de Qualidade	3
Anexo IV – Cartaz de Divulgação das Consultas de Nutrição	4
Anexo V – Cartaz de Divulgação na Intranet	5
Anexo VI – Ficha do Doente	6
Anexo VII – Questionário às Últimas 24 horas	7
Anexo VIII – Tabela de Distribuição dos Macronutrientes	8
Anexo IX – Plano Alimentar	9
Anexo X – Documentos utilizados na consulta de primeira e segunda vez do doente descrito (Primeiro exemplo)	10
Anexo XI – Documentos utilizados na consulta de primeira e segunda vez da doente descrita (Segundo exemplo)	11
Anexo XII – Folha de internamento de nutrição	12
Anexo XIII – Folha de informação, dos doentes, colocada na copa	13
Anexo XIV – Folha de controlo de qualidade alimentar	14
Anexo XV – Documentos utilizados na primeira consulta	15
Anexo XVI – Ficha do plano alimentar	16

Anexo XVII – Documentos utilizados na consulta de primeira e segunda vez da doente descrita	17
Anexo XVIII – Trabalhos realizados	18
Anexo XIX – Lista de medicamentos	19
Anexo XX – Ficha de recolha de dados para o projeto final	20
Anexo XXI – Diplomas de participação	21

Índice de tabelas

Tabela 1 – Questionários às últimas 24 horas – consulta de primeira vez.....	20
Tabela 2 – Plano Alimentar – Consulta de primeira vez.....	21
Tabela 3 – Questionários às últimas 24h – Consulta de seguimento.....	22
Tabela 4 – Plano alimentar – Consulta de seguimento.....	22

Lista de abreviaturas e siglas

CE – Comunidade Europeia

CML – Câmara Municipal de Loures

DHSSOAS – Divisão de Higiene e Segurança, Saúde Ocupacional e Apoio Social

DRH – Departamento de Recursos Humanos

FAF – Fator de Atividade Física

g/dia – Quantidade de grama por dia

habitantes/km² – Número de habitantes por quilometro quadrado

HST – Higiene e Segurança no Trabalho

IMC – Índice de Massa Corporal

IPR – Instituto Português de Reumatologia

kcal - Quilocalorias

kcal/dia – Quantidade de quilocalorias por dia

kg – Quilograma

kg/m² – Quilogramas por metro quadrado

km² – Quilómetros quadrados

m – Metros

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PR – Peso Referencia

PR1 – Fórmula de Buthau

PR2 – Fórmula de Perrault

Prof. – Professor/a

SO – Saúde Ocupacional

SMAS – Serviços Municipalizados de Águas e Saneamento de Loures

UATLA – Universidade Atlântica

Introdução

O estágio profissionalizante é a etapa mais importante da Licenciatura, pois é quando se tem a possibilidade de consolidar e pôr em prática todos os conceitos adquiridos ao longo dos quatro anos curriculares. É também uma etapa que possibilita adquirir mais conhecimentos e experiência, através do confronto direto com situações reais.

As expectativas para os dois locais de estágio eram elevadas, mas ambos conseguiram supera-las. Torna-se entusiasmante e contagiante a satisfação de um bom resultado, por mais pequeno que seja, proveniente do utente, com a vontade que apresenta de continuar o seu processo de evolução e ao mesmo tempo, quando os resultados não são tão animadores, o poder de conseguirmos motivar o utente para que este não desista de ter um estilo de vida mais saudável.

Tudo isto é ser Nutricionista, ajudar e compreender os outros de forma a conseguirmos motivá-los a obterem uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

As Oficinas Municipais de Loures e o Instituto Português de Reumatologia foram as instituições escolhidas para o estágio, devido à aplicação da nutrição clínica e ao contato com outras áreas da nutrição. Foram realizadas, numerosas e variadas, tarefas de onde foi possível absorver bastante conhecimento.

Para além dos objetivos nos locais de estágio foi realizado, ainda, um projeto de investigação no Instituto Português de Reumatologia, estudando os doentes reumatológicos e a prática de exercício físico.

Ao longo deste relatório, realizado no 4º ano de Licenciatura em Ciências da Nutrição, na UATLA, no ano letivo de 2011/2012, pode-se contar com a apresentação dos locais de estágio, a descrição de todas as tarefas desempenhadas e exposição de alguns casos práticos.

1. Objetivos

1.1. Objetivos gerais

- Consolidar, ampliar e aplicar os conceitos teóricos e práticos adquiridos durante os quatro anos curriculares da Licenciatura em Ciências da Nutrição da Universidade Atlântica;
- Desenvolver capacidades e competências científicas e interpessoais, adequado ao exercício da profissão do nutricionista;
- Adquirir experiência profissional, visando o desenvolvimento da autonomia necessária à realidade profissional de um nutricionista;
- Conhecer e explorar diversas áreas da Nutrição, enriquecendo o conhecimento e prática do nutricionista;
- Conhecer e compreender a organização e funcionamento das Instituições onde se realizou o Estágio Profissionalizante;
- Desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares e de integração em estruturas hierárquicas;
- Desenvolver um trabalho de investigação, no formato de artigo científico, inserido na área de reumatologia, no Instituto Português de Reumatologia.

1.2. Objetivos específicos

Nas Oficinas Municipalizadas de Loures o estágio teve como objetivos:

- Produzir todo o material necessário para a divulgação e execução das consultas de nutrição;
- Realizar consultas nutricionais, com a elaboração de um plano alimentar personalizado para cada indivíduo;
- Acompanhamento nutricional periódico dos doentes;

- Realizar o acompanhamento motivacional do indivíduo de forma a obter/manter uma alimentação saudável e uma prática regular de atividade física adaptada.

No Instituto Português de Reumatologia o estágio teve como objetivos:

- Investigar, para obtenção de conhecimento, sobre as doenças reumatológicas
- Observar o número máximo de consultas;
- Realizar do controlo da qualidade e segurança alimentar;
- Avaliar e acompanhar nutricionalmente os doentes internados;
- Realizar consultas nutricionais, aos doentes internados, com execução de planos alimentares adaptados a cada indivíduo;
- Acompanhamento nutricional periódico dos doentes, após a realização da primeira consulta;
- Participar na visita médica semanal ao internamento;
- Assistir a sessões sobre diversos temas na área da reumatologia;
- Analisar e discutir artigos científicos;
- Elaborar trabalhos/casos clínicos para o apoio futuro às consultas de nutrição.

2. Descrição do estágio

2.1. Local e duração

O Estágio Profissionalizante I decorreu na Divisão de Higiene e Segurança, Saúde Ocupacional e Apoio Social (DHSSOAS), localizada nas Oficinas Municipais de Loures, da Câmara Municipal de Loures (CML), no Concelho de Loures. O estágio foi compreendido em dois períodos, o primeiro de 16 de Novembro de 2011 a 03 de Fevereiro de 2012, dividindo a sua carga horária por três dias da semana, sendo à Segunda e Quinta-feira das 09h30 às 17h00 e à Quarta-feira das 09h30 às 12h30 e o segundo período de 30 de Março de 2012 a 08 de Junho de 2012 às Sextas-feiras das 15:30 às 17:30. Perfazendo, assim, uma duração total de 206 horas. (ver anexo I)

O Estágio Profissionalizante II decorreu no Instituto Português de Reumatologia (IPR), localizado na Rua da Beneficência, no Concelho de Lisboa, em Lisboa. O estágio foi compreendido entre o dia 01 de Março de 2012 e 03 de Julho de 2012, dividindo a carga horária pelos cinco dias semanais, obtendo a duração total de 303 horas. (ver anexo II)

Considerando o número total de horas em cada local de estágio, perfazem um total de 509 horas de Estágio Profissionalizante, ultrapassando, assim, as 450 horas previstas para estágio.

2.2. Orientação

O estágio profissionalizante decorreu sob a orientação da *Prof.^a Doutora Ana Afonso*.

2.3. Co-orientação

Conforme os locais de estágio, a co-orientação esteve a cargo da *Dr.^a Maria João Silva* e da *Prof.^a Doutora Suzana Paz*, nas Oficinas Municipais de Loures e a cargo do *Dr. José Vaz Patto*, *Mestre Alexandra Cardoso* e *Nutricionista Rita Fernandes* no Instituto Português de Reumatologia.

3. Atividades desenvolvidas

3.1. Primeiro momento de estágio

3.1.1. Enquadramento

O Concelho de Loures foi criado em 1886 e pertence à Área Metropolitana de Lisboa. Este apresenta cerca de 168 km² de área e cerca de 200 000 habitantes e está aparentemente dividido em dois ambientes, rural e urbano. O concelho encontra-se em constante mudança, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida aos seus habitantes, abrangendo os vários sectores. (<http://www.cm-loures.pt/>)

A Câmara de Loures é um órgão executivo que exerce várias competências, gerindo da melhor forma os recursos e os espaços do respetivo concelho. Esta é constituída por vários sectores, entre eles o Departamento de Recursos Humanos (DRH), no qual está integrado o estágio curricular.

A DHSSOAS é uma das áreas inseridas no DRH. Esta foi criada em 1983, como Serviço de Saúde Ocupacional e em 1986 passou a englobar também um Serviço de Prevenção, Higiene e Segurança. Consiste num serviço de saúde prestado aos trabalhadores da Câmara Municipal de Loures (CML), Serviços Municipalizados de Águas e Saneamento de Loures (SMAS), Juntas de Freguesia e Entidades Municipalizadas (GesLoures e Loures Parque, E.M.), abrangendo cerca de 6 000 indivíduos. A sua missão é definida por:

“(...) assegurar condições de trabalho em Segurança, Saúde e Bem-estar a todos os Trabalhadores Municipais, cumprindo as exigências legais e as recomendações das organizações internacionais, designadamente Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Comunidade Europeia (CE).” (Carta de Qualidade – ver anexo III)

O DHSSOAS é constituído por três áreas de intervenção que são a Higiene e Segurança no Trabalho (HST), Saúde Ocupacional (SO) e Apoio Psicossocial. (<http://www.cm-loures.pt/>) O presente estágio foi desenvolvido na área de SO, que é definido por:

“Pretende contribuir para o desenvolvimento do potencial de saúde e bem-estar dos trabalhadores, prevenindo as doenças profissionais relacionadas ou agravadas pelo trabalho e contribuir para a redução da morbilidade por outras patologias”. (ver anexo III)

Um dos objetivos do primeiro momento de estágio consistia na realização de consultas de nutrição, onde os doentes poderiam ser provenientes de duas áreas distintas. Numa área existem os que participaram por iniciativa própria e na outra os de encaminhamento por médicos, enfermeiros e outros serviços de saúde.

Os doentes que participaram por iniciativa própria ficaram a conhecer o serviço com divulgação feita a partir de duas formas. Através de cartazes (ver anexo IV) distribuídos por várias das instituições pertencentes à CML, tais como escolas e escritórios e da Intranet da CML (ver anexo V). Foram disponibilizadas, no primeiro semestre, quatro horas à Segunda e à Quinta-feira e no segundo semestre duas horas à Sexta-feira, sendo que cada consulta tem a duração de uma hora. A marcação das consultas estava disponível de forma presencial, através do balcão, ou pelo contacto telefónico do serviço.

Durante o primeiro semestre, os encaminhamentos realizados tinham reservado o horário das 11h30 às 12h30 e das 16h00 às 17h00. Estes doentes eram acompanhados por informação proveniente de outros profissionais, que era entregue no dia da consulta, de forma a conhecer as patologias de cada indivíduo.

De início foram elaborados vários documentos, que serviram de apoio às consultas de nutrição e registo dos dados clínicos do doente. Criaram-se, então, quatro documentos que são a “Ficha do doente” (ver anexo VI), “Questionário às últimas 24 horas” (ver anexo VII), “Tabela de Distribuição dos Macronutrientes” (ver anexo VIII) e “Plano Alimentar” (ver anexo IX).

3.1.2. Métodos utilizados

Como referido anteriormente, foram elaborados e utilizados quatro documentos para apoiar as consultas, tendo cada um uma composição única, que é explicada de seguida.

A “Ficha do doente” consiste na recolha dos dados pessoais (nome, idade e profissão), informações clínicas (consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, funcionamento intestinal, patologias e medicação efetuada) e dados antropométricos (peso, altura, perímetro da cintura e índice de massa corporal (IMC)) de cada doente.

A partir dos dados antropométricos é possível conhecer a real situação do doente, no que respeita a questões fisiológicas. Através do perímetro da cintura consegue-se avaliar se o doente já se encontra em risco aumentado ou elevado de ter complicações associadas (comorbilidades) ao excesso de gordura armazenada na zona abdominal, como a diminuição da tolerância à glicose, hiperinsulinemia, dislipidémias, hipertensão arterial, doenças cardíacas e diabetes. Este varia consoante o género, sendo que nos Homens um perímetro igual ou superior a 94 centímetros para risco aumentado e 102 centímetros para risco elevado e nas Mulheres de 80 ou 88 centímetros, respetivamente.

O IMC consiste na razão entre o peso (kg) e a altura (m) ao quadrado ($\text{Peso} / \text{Altura}^2$) e fornece, assim, o estado nutricional do doente naquele momento, podendo oscilar entre a categoria de baixo peso e obesidade mórbida. (Mahan & Escott-Stump, 2010)

O “Questionário às últimas 24 horas” baseia-se na recolha de informações sobre a ingestão alimentar do doente, nas 24 horas anteriores. Neste processo, foi utilizada esta componente de avaliação nutricional em vez do Questionário de Frequência Alimentar, Diário Alimentar ou a História Alimentar, por ser o método mais simples, rápido e de fácil aplicação, não sendo exaustivo para o doente e de rápida avaliação posterior.

Os dois documentos mencionados, anteriormente, foram aplicados no decorrer da consulta de nutrição e preenchidos com os dados fornecidos pelo doente. Depois de terminada, com base nos documentos de apoio, era realizada a avaliação nutricional do mesmo.

A avaliação nutricional foi elaborada a partir do Peso Referencia (PR) e do Fator de Atividade Física (FAF).

Do PR resulta o peso ideal para o doente, tendo em conta a sua altura e idade. Este é composto por duas fórmulas, a Fórmula de Buthau (PR1) e a Fórmula de Perrault (PR2). A primeira varia consoante o género, sendo para Homem $[0,80 \times (Altura (cm) - 100 + Idade/2)]$ e para Mulher $[0,75 \times (Altura (cm) - 100 + Idade/2)]$. A segunda fórmula é descrita por $50 + 0,75 \times [Altura - 150 + (Idade - 20) / 4]$, onde a altura é em centímetros e a idade nunca pode ser superior a quarenta anos. Após a aplicação das duas fórmulas é feita a média dos seus resultados $[(PR1 - PR2) / 2]$ e é a este último valor que se designa PR. No caso das mulheres, este valor ainda terá de ser multiplicado pelo fator de ajustamento de 0,95.

O FAF baseia-se na quantidade de energia gasta pelo doente ao longo do dia. Este fator varia entre 30 e 35 para pessoas que tenham um peso normal, sendo o primeiro para pessoas ativas e o segundo para muito ativas e de 25 e 30 quando esta já se encontra com excesso de peso ou num dos graus de obesidade.

Ao ser multiplicado o PR pelo FAF são obtidas as necessidades energéticas (expresso em kcal) que o doente pode ingerir durante um dia. Com o valor de quilocalorias diárias é possível calcular as necessidades nutricionais (proteína, hidratos de carbono e lípidos) e a sua distribuição ao longo das 24 horas. (Mahan & Escott-Stump, 2010) Esta distribuição é feita através da “Tabela de Distribuição de Macronutrientes”. As percentagens de macronutrientes variam consoante o indivíduo e a patologia associada.

Após o preenchimento da “Tabela de Distribuição de Macronutrientes” é elaborado o plano alimentar através da conversão das doses, de necessidades nutricionais, para valores equivalentes de alimentos e por fim, a sua distribuição pelas várias refeições diárias.

O “Plano Alimentar” é entregue ao doente no local de consulta passados quinze dias, de forma a começar a aplicá-lo no seu dia-a-dia. Deverá voltar a uma segunda consulta,

aproximadamente um mês depois, para serem avaliados os resultados obtidos. No que respeita ao segundo semestre, este documento já era entregue no horário de consulta.

3.1.3. Generalidades das consultas

Como descrito, anteriormente, a quantidade de consultas dadas rondava as doze por semana. Com alguns horários vagos e algumas desistências foram feitos cerca de quarenta e quatro (seis homens e trinta e oito mulheres) planos alimentares. Estes planos foram todos revistos pela docente Suzana Paz e entregues, posteriormente, aos doentes quinze dias depois.

De modo geral a maioria dos doentes eram do género feminino e apresentavam-se com excesso de peso ou obesidade, nos seus diferentes graus. O IMC mais baixo registado foi de 25 kg/m^2 , que representa excesso de peso e o mais elevado de 48 kg/m^2 , ou seja, obesidade mórbida.

Nas consultas de encaminhamento as patologias mais encontradas foram a hipertensão, dislipidémias, diabetes mellitus e depressões. A maioria dos doentes não sabia o nome da medicação que tomava. Por norma, apresentavam um grau de motivação inferior aos que iam às consultas de nutrição por iniciativa própria.

A grande maioria dos doentes consultados já tinha experiências anteriores de consultas de nutrição, não tendo seguido os planos alimentares e por esse motivo não obtendo resultados. Evidentemente que necessitariam de um acompanhamento para apresentarem os seus resultados, como motivação. Nestes casos, a tarefa de motivar os doentes, mostrando-lhes que lhes daria o acompanhamento necessário para atingirem os seus objetivos, tornou-se essencial, sendo esta uma forte razão para a marcação de uma segunda consulta.

O principal objetivo das consultas nutricionais seria a melhoria dos estilos de vida, com a aplicação de uma alimentação saudável aliada à prática de atividade física diária e o controlo das várias patologias, apresentadas pelos doentes.

Os planos alimentares elaborados tiveram, assim, por base a aplicação de uma alimentação saudável e a diminuição dos erros alimentares. Posteriormente, podem ser elaborados planos de restrição calórica de forma a serem atingidos objetivos mais concretos.

3.1.4. Exemplos práticos

Foram escolhidos dois doentes para servirem de exemplo das consultas de nutrição elaboradas durante o estágio. Assim, foi escolhido o caso de um senhor e outro de uma senhora, pelo facto de ambos terem voltado a uma segunda consulta. Desta forma puderam ser avaliados os resultados dos planos alimentares.

O primeiro caso clínico apresentado é de um senhor com vinte e sete anos, que trabalha como Fiel de Armazém e que se dirigiu à consulta de nutrição pelo aconselhamento do médico de clínica geral. O objetivo da consulta consistia na perda de peso – todos os documentos preenchidos nesta consulta encontram-se no anexo X.

Nos dados clínicos do doente foram registados o consumo de quinze cigarros por dia, um trânsito intestinal regular e não apresentava quaisquer patologias nem consumo de bebidas alcoólicas. Não praticava qualquer tipo de atividade física e a quantidade de água ingerida diariamente era baixa. Como dados antropométricos apresentava cento e quinze quilogramas e um metro e oitenta de altura, resultando num IMC de 35,5 kg/m². Pela avaliação do IMC podemos verificar que o doente se encontra com obesidade de grau três, estando, assim, associado a comorbilidades.

Foi preenchido o “Questionário às últimas 24 horas” e de seguida foram calculadas as suas necessidades energéticas, sendo que o seu PR se encontrava nos setenta e quatro quilogramas. As necessidades energéticas deram um valor de 1800 kcal/dia. A partir das kcal diárias necessárias foram-se calcular as necessidades nutricionais, onde se obtiveram 58,5 g/dia de proteína, 279 g/dia de hidratos de carbono e 50 g/dia de lípidos. Foram, então, distribuídas as porções e convertidas para valores referenciais de alimentos, para elaborar o plano alimentar.

O plano alimentar elaborado, começou a ser aplicado pelo doente desde o dia 2 de Janeiro de 2012.

A segunda consulta ocorreu a 12 de Janeiro de 2012, onde o doente já apresentava um peso de cento e treze quilogramas, o que corresponde a uma percentagem de peso perdido de dois por cento $[(Peso\ Habitual - Peso\ Actual) / Peso\ Actual] \times 100$. Começou a praticar alguma atividade física durante a semana e garantiu ter diminuído a quantidade de tabaco consumida diariamente, mas, no entanto, consumo de água continuava reduzido.

O doente apresentava-se satisfeito com o resultado e com motivação para continuar o plano proposto, assim, não foi necessário efetuar qualquer alteração.

No segundo caso clínico é apresentada uma senhora de trinta e oito anos, que trabalha como Assistente Operacional e que foi encaminhada para a consulta de nutrição, pelos enfermeiros. O objetivo da consulta consistia na perda de peso e regulação dos valores da tensão e colesterol – todos os documentos preenchidos nesta consulta encontram-se no anexo XI.

Nos dados clínicos desta doente foram registados uma obstipação a nível do trânsito intestinal, que poderia chegar até aos três dias, uma glicémia diminuída e os níveis de colesterol e a tensão elevados. Não apresentava consumo de bebidas alcoólicas nem de tabaco. Não praticava qualquer atividade física e a quantidade de água ingerida diariamente era baixa. Como dados antropométricos apresentava setenta e dois quilogramas, um metro e sessenta de altura, resultando num IMC de 28 kg/m^2 . Com a avaliação do IMC podemos concluir que a doente se encontra com excesso de peso. A medição do perímetro da cintura foi de noventa e seis centímetros, indicando que existem comorbilidades associadas.

Foi preenchido o “Questionário às últimas 24 horas” e de seguida foram calculadas as suas necessidades energéticas, sendo que o seu PR se encontrava nos cinquenta e sete quilogramas. As necessidades energéticas deram um valor de 1600 kcal/dia, no entanto,

devido às quantidades ingeridas, resultantes da má alimentação, e ao receio apresentado pela doente de não conseguir cumprir o plano, este foi elaborado para 1800 kcal/dia. Dependendo da adaptação, o plano alimentar ia sendo alterado. A partir das 1800 kcal diárias foram-se calcular as necessidades nutricionais, onde se obtiveram 58,5 g/dia de proteína, 279 g/dia de hidratos de carbono e 50 g/dia de lípidos. Foram, então, distribuídas as porções e convertidas para valores referenciais de alimentos, para elaborar o plano alimentar.

O plano alimentar elaborado, foi aplicado pela doente durante três semanas, até à data da segunda consulta.

A segunda consulta ocorreu a 26 de Janeiro de 2012, onde a doente já apresentava um peso de setenta quilogramas, o que corresponde a uma percentagem de peso perdido de 2,8 %. Para além de seguir o plano elaborado, começou também a praticar cerca de uma hora atividade física por dia e aumentou a quantidade de água ingerida diariamente.

A doente apresentava-se satisfeita com o resultado e com motivação para continuar com o plano alimentar. Como estipulado no início, o plano alimentar foi alterado para as 1600 kcal/dia.

As restantes consultas decorreram na mesma linha das apresentadas, tendo em contas as necessidades de cada doente, as suas patologias e medicação.

3.2. Segundo momento de estágio

3.2.1. Enquadramento

Lisboa, a capital de Portugal, tinha cerca de 489 562 habitantes em 2008 e uma área metropolitana envolvente de 2.870 km², com aproximadamente 2.8 milhões de habitantes. A capital é constituída por vários concelhos, dos quais o principal é o Concelho de Lisboa que apresenta 83.84 km² de área, com uma densidade demográfica de 5.839 habitantes/km², subdividindo-se em 53 freguesias até então. (<http://www.cidade-lisboa.com/historia-de-lisboa.html>)

O Instituto Português de Reumatologia (IPR) encontra-se instalado no Concelho de Lisboa, mais propriamente na Rua da Beneficência, perto da Praça de Espanha, onde garante bons acessos a todo o género de transportes. (<http://www.ipr.pt/>)

O IPR foi criado em 1948 e é uma das instituições mais antigas do país dedicada ao estudo, investigação, prevenção e tratamento das doenças reumatológicas. Ao longo de 60 anos de existência, o IPR, que consiste numa Instituição Particular de Solidariedade Social, tratou centenas de milhares de doentes, participou ativamente na prevenção das doenças reumáticas, dedicou-se à investigação, interveio em inúmeros ensaios clínicos e medicamentosos, organizou congressos, jornadas internacionais e prémios científicos, manteve uma presença constante em publicações médico-científicas e desempenhou um papel crucial no que toca ao ensino e formação de especialistas.

Dentro do estabelecimento são prestadas atividades assistenciais, que se traduzem nos seguintes cuidados: internamento; consulta externa; hospital dia; técnicas reumatológicas e medicina física e de reabilitação.

No que respeita ao internamento, este dispõe de uma capacidade de dezoito camas e caracteriza-se por ser especializado e dirigido aos doentes reumatológicos, onde os cuidados próprios da reumatologia estão aliados aos cuidados da medicina física e de reabilitação. Como critérios de internamento consistem as situações de reabilitação, tratamento, diagnóstico e exames. Este serviço, para além do apoio médico e de enfermagem, compreende também uma unidade de medicina física e reabilitação específica, piscina aquecida, bloco de técnicas reumatológicas, farmácia hospitalar, apoio de assistência social, equipa de nutrição, entre outros.

A unidade de hospital dia conta com uma equipa de médicos reumatologistas e de enfermeiros especializados, com o apoio de um carro de reanimação, bloco de técnicas cirúrgicas e apoio de ultrassonografia para diagnóstico e infiltrações guiadas. No IPR são ainda executadas diferentes técnicas reumatológicas como infiltrações, biopsias, microscopia do líquido sinovial, entre outras. (Noronha, 2008)

A verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumatológicas não é conhecida com rigor em Portugal, mas sabe-se que, embora a mortalidade causada por estas doenças seja reduzida, a sua prevalência, aproximada, é de 20 a 30% e que são a principal causa de incapacidade temporária. (Direção – Geral da Saúde, 2004) Estas são consideradas doenças crónicas que envolvem, predominantemente, o sistema músculo-esquelético, podendo também afetar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo. A doença reumatológica pode aparecer em qualquer altura da vida em ambos os géneros e ainda não existe cura para ela, mas já existem tratamentos adequados e eficazes que melhoram a qualidade de vida dos doentes. (Queiroz, 2006; <http://www.ondor.med.up.pt>)

O segundo momento de estágio consistiu no controlo de qualidade das refeições do internamento, na avaliação e acompanhamento dos doentes internados, observação e realização de consultas de nutrição, execução de planos alimentares adaptados a cada doente e o seu acompanhamento nutricional futuro e elaboração de pesquisas de apoio às consultas de nutrição. De seguida são descritas todas as tarefas inerentes às áreas de trabalho acima descritas.

3.2.2. Internamento

O internamento dos doentes tem uma duração de sete a quinze dias, exceto em casos de maior gravidade ou com a finalidade da realização de exames. Assim, verifica-se uma constante rotatividade de doentes nesta área do IPR e, por isso, a rapidez e eficácia na avaliação e acompanhamento dos doentes é muito importante, tanto a nível reumatológico, fisioterapêutico e nutricional.

A nível nutricional são efetuadas numerosas ações que garantem o bem-estar do doente e a sua adequação alimentar, tendo em conta as suas características do trato gastrointestinal e patologias. Primeiramente são recolhidos os dados do doente, através do seu processo clínico, que incluem as patologias reumatológicas e as comorbilidades, resultados de análises recentes e os seus dados pessoais, como o nome e a idade (ver anexo XII). De seguida o nutricionista consulta o doente internado, de forma a

questioná-lo para concluir a avaliação do mesmo. Alergias ou intolerâncias alimentares, inaptações a possíveis próteses, dificuldades em deglutir devidamente os alimentos, características do seu trânsito intestinal e se, por algum motivo, existem alimentos que este não ingira (por exemplo devido à religião), são questões necessárias a ter em conta. A recolha destes dados garante uma boa avaliação do doente e, assim, uma adaptação alimentar individualizada.

Para uma avaliação completa os doentes são também avaliados quanto à composição corporal por bioimpedância, através da balança *Tanita bc-418*, na data de admissão e na alta do internamento, e por diversas medições efetuadas como a altura, através do estadiómetro (Seca®), e os perímetros da cintura e da anca, através da fita métrica não extensível. A partir destes resultados os doentes são orientados em algumas questões de alimentação e exercício e propostos ou não para uma futura consulta de nutrição.

Seguidamente, a toda a recolha de informação e à avaliação corporal do doente, é preenchido o seu processo clínico, presente na sala de enfermagem, no separador de nutrição, para que todos os profissionais de saúde possam ter acesso à avaliação efetuada e melhor adequarem o tratamento. Também é realizada uma listagem dos doentes internados, com as informações referentes à alimentação e doenças do foro digestivo, que é colocada na copa para informação das auxiliares que dão apoio às refeições. (ver anexo XIII)

Alguns exemplos práticos da intervenção nutricional nos internados são os casos de hipertensão arterial elevada, que necessitam de uma alimentação restrita de sal, de diabetes mellitus descontrolados, os quais necessitam de cuidados com a ingestão de hidratos de carbono, a dieta precedente a uma colonoscopia, que consiste numa dieta líquida livre de gordura durante dois ou três dias, entre outras.

3.2.3. Controlo de qualidade

No IPR a área da copa é utilizada para regeneração das refeições do almoço e jantar, que são fornecidas pela empresa de bens alimentares e gestão de refeitórios *Eurest*.

As refeições provenientes da *Eurest* são encomendadas semanalmente, pelas nutricionistas, para a semana seguinte e entregues diariamente. No ato de entrega é verificado o estado de conservação da fruta e embalagens e controlada a temperatura das refeições, sendo feita uma medição a uma dose aleatória. Os valores aceitáveis são temperaturas inferiores a sete graus Celcius, para refeições a serem consumidas num prazo de quarenta e oito horas e entre sete e dez graus Celcius, para as próximas vinte e quatro horas. Este procedimento é registado numa guia de receção e validado com assinatura. Nesta guia é registada a informação da entrega, podendo-se fazer observações a pequenas divergências, caso contrário, quando não verificadas as condições de qualidade e segurança alimentar, a receção dos alimentos é rejeitada. A receção de reforços como leite, bolachas, temperos, entre outros, são pedidos semanalmente e entregues uma vez por semana, pela mesma empresa.

A regeneração das refeições é igualmente elaborada pelas nutricionistas. Neste processo as refeições são colocadas no forno durante sensivelmente uma hora e quando terminada a regeneração, antes de servir, é verificada a temperatura atingida numa destas. A temperatura deverá ser igual ou superior a setenta e cinco graus Celcius, para se garantir as condições de segurança alimentar. A sopa, por sua vez aquecida numa placa térmica, deverá atingir a mesma temperatura. No caso da fruta cozida, servida aos doentes com dificuldades de mastigação, esta é preparada no micro-ondas presente no refeitório. As temperaturas e os rótulos dos alimentos são utilizados para o preenchimento de uma folha de prova, para caso seja necessário ser feita a revisão da qualidade alimentar. (ver anexo XIV) É importante referir que em todas as tarefas desempenhadas na copa é obrigatória a utilização de luvas descartáveis, bata, cabelo apanhado e remoção de adornos.

Para além das refeições do pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar, também são distribuídos aos doentes internados, quando necessário, farelos, que poderão juntar na sopa do jantar, como auxílio ao funcionamento intestinal.

3.2.4. Consultas externas

Atualmente, são duas as nutricionistas que colaboram no instituto. Estas desenvolvem todo o trabalho descrito anteriormente, no internamento e na copa, realizam consultas de avaliação e acompanhamento nutricional e têm a cargo a formação de estagiários de nutrição, nas unidades de trabalho enumeradas.

Na área de consultas o estágio consistiu em duas vertentes, na observação das consultas de nutrição realizadas por uma das nutricionistas, durante sensivelmente um mês, e a realização de consultas a doentes do internamento, até à sua data de alta.

As consultas realizadas pelas nutricionistas têm uma duração variável, dependendo de quando são consultas de primeira vez ou consultas de seguimento. Numa consulta de primeira vez, inicialmente, a nutricionista acompanha o doente até ao consultório e realiza a sua anamnese clínica. (ver anexo XV) De seguida é realizada a avaliação da composição corporal por bioimpedância, através da balança BioSpace (In Body 720), e pela medição dos perímetros da cintura e da anca, a partir de uma fita métrica não extensível. Após a avaliação corporal, a nutricionista explica os valores obtidos e o que é necessário alterar nos mesmos. É realizado o questionário às últimas 24 horas, para que se possa efetuar uma avaliação alimentar do doente e a partir desta se poder elaborar um plano alimentar adequado e individual. (ver anexo XVI)

As consultas de seguimento são realizadas dentro dos mesmos parâmetros, com atualização da medicação tomada, avaliação das dificuldades do cumprimento do plano alimentar e com a adaptação das recomendações nutricionais, caso seja necessário. As consultas podem ter uma frequência variável de uma semana a dois meses, consoante a disponibilidade do doente.

De seguida serão descritos dois exemplos práticos das consultas assistidas, uma consulta de primeira vez e outra de seguimento.

No caso clínico de primeira vez foi selecionado um senhor de cinquenta e nove anos, com um metro e sessenta e oito de altura, noventa e quatro quilogramas e um perímetro

de cintura e de anca de 94 e 93, respetivamente. Tomava medicação para controlo da diabetes mellitus, hipertensão arterial, gota e dislipidémias e Aspirina e Omeprazol. Como características gerais referiu que tinha acidez gástrica, já teve cálculo renal, não gosta de verdura, bebe dois cafés por dia, apresenta um trânsito intestinal regular e bebe cerca de meio litro de água por dia. Com a aplicação do questionário alimentar das últimas 24 horas do doente, foram registados os resultados descritos na tabela 1.

Tabela 1: Questionários às últimas 24 horas – consulta de primeira vez

Horas	Descrição
9:00	Acorda
10:00	Galão com um pacote de açúcar / Pão com manteiga
13:00	Carne ou peixe / Acompanhamento / Fruta (maçã ou banana)
20:30	Sopa / Carne ou peixe / Acompanhamento (massa ou arroz ou batata) / Fruta
01:00	Iogurte líquido

Tendo em conta os dados recolhidos do doente, foi então elaborado, pela nutricionista, o plano alimentar descrito na tabela 2.

Tabela 2: Plano Alimentar – Consulta de primeira vez

Horas	Descrição
10:00	Um galão com meio pacote de açúcar / Uma carcaça com Becel
13:00	Carne ou peixe (1/4 do prato) / Acompanhamento: massa ou arroz ou batata (1/4 do prato) / Salada ou Legumes (meio prato) / Uma peça de fruta / Café
16:00	Uma peça de fruta ou iogurte
20:30	Uma tigela de sopa / Carne ou peixe / Pouco acompanhamento / Fruta / Café
23:00	Um iogurte líquido

Notas: Beber cerca de um litro de água por dia

Fazer uma caminhada durante trinta minutos diariamente

No segundo caso clínico foi escolhida uma senhora, de uma consulta de seguimento, com trinta e um anos e um metro e sessenta e três de altura. Engordou três quilos desde a última consulta, tendo passado para noventa e seis quilogramas de peso, sendo dois de músculo e um de edema. A doente indicou que teria retomado a medicação para a fibromialgia, derivado a uma crise álgica e encontrava-se com uma obstipação de cerca de três dias, aliando tudo isto ao incumprimento dos horários das refeições devido a situações de *stress*. Como opção, nesta situação específica, foi aconselhada a água de sementes de linhaça escuras, que consiste em colocar uma colher de sopa destas sementes num copo de água durante a noite e no dia seguinte beber a água em jejum, podendo ingerir ou desprezar as sementes. Ao aplicar o questionário alimentar das últimas 24 horas foram obtidos os resultados presentes na tabela 3.

Tabela 3: Questionários às últimas 24h – Consulta de seguimento

Horas	Descrição
7:20	Um pão de centeio torrado com manteiga / Uma caneca de leite com café
13:00	Peixe-espada grelhado / Salada / Batata
17:30	Um iogurte
20:30	Uma tijela de sopa

Com a informação sobre o doente foi realizado, pela nutricionista, o plano alimentar presente na tabela 4.

Tabela 4: Plano alimentar – Consulta de seguimento

Horas	Descrição
7:20	Água das sementes de linhaça / Um pão de centeio torrado com manteiga / Uma caneca de leite com café
10:00	Uma peça de fruta
13:00	Carne ou peixe (1/4 do prato) / Acompanhamento: massa ou arroz ou batata (1/4 do prato) / Salada ou Legumes (meio prato) / Uma peça de fruta / Café
16:00	Um iogurte
20:30	Uma tijela de sopa / Um queijo-fresco

Notas: Beber cerca de um litro de água por dia

Fazer uma caminhada durante trinta minutos diariamente (caso não sinta dores)

As consultas realizadas aos doentes do internamento, até à sua alta, decorreram dentro dos mesmos parâmetros que as descritas anteriormente. Assim, inicialmente são recolhidos todos os dados pessoais e clínicos do doente, é efetuada a avaliação da composição corporal e de seguida é realizada a avaliação da ingestão de alimentos e o plano alimentar, com a indicação de algumas recomendações. Foram realizadas cinco consultas nutricionais de primeira vez e sete acompanhamentos. Estes doentes eram propostos às consultas de nutrição quando se encontravam no internamento do IPR e apresentavam comorbilidades e/ou excesso de peso/obesidade. De seguida apresenta-se um exemplo prático das referidas consultas nutricionais.

Neste caso clínico é apresentada uma senhora, com sessenta anos, reformada da função pública e que aceitou ir à consulta de nutrição com o objetivo de perder peso – todos os dados recolhidos nas consultas encontram-se no anexo XVII. Nos dados clínicos da doente foi registado que não fumava, não ingeria bebidas alcoólicas e apresentava um trânsito intestinal irregular, tinha como patologias fibromialgia, Síndrome de Sjögren primário, lombalgia, depressão e hipertensão arterial. Praticava cerca de quarenta e cinco minutos de hidroginástica semanalmente e a quantidade de água ingerida diariamente era de um litro a litro e meio. Como dados antropométricos apresentava setenta quilogramas e um metro e cinquenta e quatro de altura, resultando num IMC de $29,6 \text{ kg/m}^2$ e um perímetro de cintura e anca de 99 e 107, respetivamente. Pela avaliação do IMC verifica-se que a doente se encontra com pré-obesidade, estando associado a comorbilidades. Foi preenchido o “Questionário às últimas 24 horas” e de seguida elaborado o plano alimentar de acordo com as características da doente.

O plano alimentar elaborado, foi aplicado pela doente durante sensivelmente um mês, até à data da segunda consulta, onde a doente já apresentava um peso de 68,9 quilogramas, diminuindo a sua massa gorda e o seu IMC para $29,1 \text{ kg/m}^2$. A doente apresentava-se satisfeita com o resultado e com motivação para continuar com o plano alimentar.

As restantes consultas decorreram na mesma linha das apresentadas, tendo em conta as necessidades de cada doente, as suas patologias e medicação.

3.2.5. Elaboração de planos de apoio às consultas

Ao longo do estágio realizado no IPR foram desenvolvidos alguns trabalhos relativos a casos com necessidades nutricionais específicas. Estes consistem na definição e breve abordagem dos temas e na realização de um caso clínico, incluindo o plano alimentar e as recomendações ao doente. A insuficiência renal crónica, doença celíaca, adolescência, gravidez e vegetarianismo foram os temas abordados. (ver anexo XVIII). Listas para algumas categorias de medicamentos, como dislipidémias, corticoides, diabetes mellitus, entre outras, também foram elaboradas, com o objetivo de fazer a sua classificação de uma forma mais fácil e rápida. (ver anexo XIX).

3.3. Desenvolvimento do projeto de licenciatura

No decorrer do segundo momento de estágio foi desenvolvido o projeto de licenciatura, que consiste na relação entre a prática de hidroginástica e os parâmetros antropométricos e composição corporal dos doentes internados no IPR. Foi elaborada uma ficha de recolha de dados a partir dos processos dos doentes (ver anexo XX). Os dados foram recolhidos durante um período de três meses (Abril – Junho).

Os dados recolhidos serão codificados, registados e tratados em base de dados informática recorrendo ao software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0®, com a finalidade de ser realizada a estatística descritiva e o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, devido a não se verificarem as características de normalidade e homogeneidade da amostra. O nível de significância utilizado foi $p \leq 0,05$.

A amostra obtida foi de cento e um participantes, na sua maioria do género feminino e com uma média de $64,79 \pm 10,81$ anos de idade. Estes formam dois grupos: os praticantes e não praticantes de hidroginástica equivalentes a 49 e 51 %, respetivamente.

Os resultados obtidos do estudo mostraram-se contraditórios ao esperado pela prática de atividade física, ou seja, as alterações nos parâmetros antropométricos dos doentes

reumatológicos, internados no IPR e praticantes de hidroginástica não são favoráveis aos indivíduos, pois esta foi caracterizada por um aumento da massa gorda e uma diminuição da massa livre de gordura. Contudo o IMC total da amostra diminuiu na escala dos grupos de maior para os de menor risco. Estes resultados podem dever-se a uma prática reduzida de hidroginástica, devido ao tempo de internamento, à prática de outros tratamentos como a fisioterapia, passadeira e massagens, em ambos os grupos participantes, e devido às alterações de rotina que diminuía durante o tempo de internamento. Assim, serão necessários mais estudos com a sugestão de um tempo de tratamento mais alargado e um controlo maior das condições externas, como a prática de outras atividades/tratamentos.

Participação em formações complementares

No que respeita à participação em atividades extra curriculares foram assistidos a dois congressos e três formações.

Em Fevereiro de 2012 realizou-se o *Estoril Cooking 2012* – Evento Internacional de Gastronomia que decorreu na Escola de Hotelaria e Turismo do Estoril e consistiu na preparação de várias refeições e no seu empratamento, por vários chefes de cozinha conceituados. Apesar das ementas apresentadas não levarem em conta uma alimentação saudável e equilibrada, o evento tornou-se bastante interessante pois abriu caminho a novos horizontes, como a possibilidade de adaptação das ementas de qualidade apresentadas aliadas a uma nutrição equilibrada.

A 4 de Maio de 2012 realizou-se o *Simpósio de Desnutrição e Doenças de Comportamento Alimentar* que decorreu no Palácio de Valenças, em Sintra, e teve como objetivo o esclarecimento de vários temas, como a desnutrição vista nos dias de hoje, através de docentes de várias instituições, médicos e autárquicos. A participação neste simpósio alterou a forma de pensar acerca de alguns assuntos de importância na sociedade de hoje, originando uma visão mais aproximada da realidade.

Uma das formações teve lugar na *Futurália* – Feira de Educação, Formação e Orientação Educativa, em Março de 2012, onde aliada à divulgação e esclarecimentos sobre o curso de Ciências da Nutrição da Universidade Atlântica, foi possível realizar a avaliação corporal dos visitantes, principalmente de estudantes do ensino básico e secundário.

Outra formação consistiu no *Esclarecimento de Dúvidas acerca da Ordem dos Nutricionistas* que contribuiu para a evolução do conceito do mundo de trabalho da aluna. Nesta formação foram apresentadas as sugestões da implementação da Ordem dos Nutricionistas e quais as suas condições, para que um profissional da área possa estar inserido nela.

Por último, foi realizado em Março de 2011 um Curso Livre de *Técnicas de Escrita Científica*, com um total de doze horas consistindo na explicação exaustiva de como deverá ser elaborado um documento científico, tendo em conta a escrita e as suas formatações.

O projeto científico realizado foi proposto e aceite para exposição em poster nas Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia 2012, que terá lugar no Centro de Congressos em Lisboa, nos dias 29 e 30 de Novembro.

Todos estes congressos e formações fizeram-se validar com um certificado de presença, incluídos no anexo XXI.

Conclusão

O presente relatório teve como base o estágio realizado de acordo com o plano de estudos do 4º ano de Licenciatura do Curso de Ciências de Nutrição, da Universidade Atlântica. Primeiramente no serviço DHSSOAS, em Loures, e num segundo momento no serviço de nutrição, no IPR, em Lisboa. Os estágios profissionalizantes aqui realizados centraram-se, na sua maioria, na área de nutrição clínica, que foi a área que sempre se demonstrou mais fascinante, neste caso específico. No entanto, com a prática de outras atividades foi possível alargar os horizontes de forma a perceber que a área profissional de um nutricionista é muito diversificada e interessante.

No primeiro estágio realizaram-se cerca de quarenta e quatro consultas e os resultados obtidos foram bastante favoráveis. Podemos verificar, pelos dois exemplos apresentados, que os doentes aderiram a um estilo de vida mais saudável, com uma alimentação equilibrada e à prática de atividade física. No segundo momento de estágio foram realizadas numerosas tarefas dentro da área do internamento, qualidade e segurança alimentar e consultas nutricionais, demonstrando que a área da nutrição é abundantemente versátil. Nestas ações pode-se constatar o benefício que os doentes têm quando o trabalho do profissional é executado da melhor maneira, o qual foi desempenhado, neste caso, pela estagiária.

Na nutrição clínica é muito gratificante ver os resultados do nosso trabalho e a alegria das pessoas quando alcançam os objetivos pretendidos, a consciência que tomam quando a sua saúde se encontra num melhor nível e de isso se traduzir na possibilidade de uma maior longevidade, com qualidade de vida. Na área de qualidade e segurança alimentar podemos zelar por todos aqueles que confiam em nós e verificar o seu contentamento quando tudo corre bem.

Os estágios acrescentaram um grande conhecimento teórico e principalmente prático, tendo sido possível aplicar, em casos reais, todos os conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura, tanto na área da consulta de nutrição como na qualidade e segurança alimentar. Para além disso, foi ainda possível fortalecer as capacidades de

relacionamento doente – nutricionista, de forma a encarar as várias situações de uma maneira mais descontraída e profissional, como por exemplo o papel que o nutricionista tem em encorajar o doente a cumprir o plano alimentar e o incentivo à prática de atividade física ou até na resolução de contratempos relacionados com a segurança alimentar e na adaptação dos doentes aos planos alimentares. Por fim, também a forma como é encarado o atual mundo laboral, quer seja nas relações profissionais com os colegas ou com o funcionamento de uma instituição de serviços de saúde, se tornou mais realista e fortalecida.

Com a aplicação de uma alimentação saudável, a diminuição dos erros alimentares e a prática de atividade física, bem como a motivação conseguida por parte dos doentes, a garantia da qualidade e segurança alimentar das refeições e a melhoria/satisfação dos doentes, a nível nutricional, levam a que o objetivo inicial dos estágios tenha sido atingido, de uma forma bastante satisfatória.

Bibliografia

- Direção – Geral da Saúde. (2004). Programa nacional contra as doenças reumatológicas. *Despacho Ministerial*, 1 – 66.
- Mahan, L. K. & Escott-Stump, S. (2010). *Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (12ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Noronha, C. (2008). Estratégia de intervenção E1 – Criação e desenvolvimento de serviços e/ou unidades hospitalares de reumatologia.
- Queiroz, M., V. (2006). Doenças reumáticas: manual de auto-ajuda para adultos. *Direção Geral da Saúde*, 2 – 32.
- <http://www.cm-loures.pt/>. Consultado em Fevereiro, 01, 2012.
- <http://www.cidade-lisboa.com/historia-de-lisboa.html>. Consultado em Setembro, 18, 2012
- <http://www.ipr.pt/>. Consultado em Setembro, 18, 2012.
- <http://www.ondor.med.up.pt>. Consultado em Março, 9, 2012.