



**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina  
Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EFETUADO NO SERVIÇO DE DIETÉTICA E  
NUTRIÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, EPE  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE**

**“Estado Nutricional dos Doentes Oncológicos seguidos numa  
Consulta de Dietética e Nutrição”**

Cláudia Sofia Gastão Penedo

**Mestrado em Nutrição Clínica**

**Lisboa, Abril de 2015**

**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina  
Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EFETUADO NO SERVIÇO DE DIETÉTICA E  
NUTRIÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, EPE  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE**

Cláudia Sofia Gastão Penedo

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FM-UL) e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL-IPL) para a obtenção do título de Mestre em Nutrição Clínica.

**ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL ORIENTADO POR:**

Professora Doutora Helena Cortez-Pinto (Orientadora)


Docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Mestre Alda Delgado Ribas (Coorientadora)

Dietista do Serviço de Dietética e Nutrição do Hospital de Santa Maria, EPE

**Mestrado em Nutrição Clínica**

**Lisboa, Abril de 2015**

 **A impressão deste Relatório de Estágio foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 16 de dezembro de 2014.**

## AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial à **Professora Doutora Helena Cortez-Pinto** e à **Mestre Alda Delgado Ribas** pela paciência, apoio, disponibilidade e conhecimentos transmitidos enquanto orientadoras de estágio.

À Coordenadora do Serviço de Dietética e Nutrição, **Dr.<sup>a</sup> Patrícia Almeida Nunes**, agradeço por me ter recebido como membro estagiário no Serviço pelo qual é responsável.

À **Equipa Multidisciplinar do Serviço de Medicina I – D**, nomeadamente à equipa médica, à equipa de enfermagem e às assistentes operacionais, agradeço a simpatia com que me receberam, pela compreensão e amizade.

Agradeço ainda aos **Docentes do Mestrado em Nutrição Clínica** da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa pela dedicação e partilha de conhecimentos.

E por último, mas não menos importante, um obrigado muito especial à minha **Família**, principalmente aos meus pais, pilares da minha educação, pelo seu apoio incondicional ao longo da minha vida académica. Obrigada por acreditarem em mim!

## RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 2.º ano do Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FM-UL) com o objetivo de descrever de forma sucinta e objetiva as atividades desenvolvidas durante o período de estágio de natureza profissional, realizado entre 3 de fevereiro de 2014 e 30 de maio de 2014, no Hospital de Santa Maria (HSM), EPE, em Lisboa.

As atividades foram desenvolvidas em dois Serviços distintos: no Serviço de Medicina I (em regime de internamento) e no Serviço de Oncologia Médica (em regime de ambulatório). Consistiram, essencialmente, tanto em internamento como em ambulatório, na avaliação do risco nutricional e do estado nutricional dos doentes através de diferentes métodos validados para o efeito e numa posterior intervenção nutricional, que engloba o planeamento e o cálculo de um suporte nutricional adequado e individualizado e a elaboração de ensinamentos alimentares, sempre que justificado.

Ao longo do período de estágio, decorrente da atividade realizada durante o mesmo, foi ainda possível elaborar uma comunicação científica, que foi aceite para apresentação sob a forma de poster no 18.º Congresso Português da Obesidade, organizado pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), intitulado: “Estado Nutricional dos Doentes Oncológicos avaliados numa Consulta Externa de Dietética e Nutrição”, no qual são apresentados dados referentes ao estado nutricional dos doentes oncológicos referenciados para a Consulta Externa de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica, de acordo com diferentes ferramentas validadas para esse efeito.

Os quatro meses de estágio no HSM permitiram-me desenvolver a autonomia, a capacidade e a competência adequadas ao exercício da profissão de Nutricionista em contexto hospitalar, nas especialidades de Oncologia Médica e de Medicina Interna.

## PALAVRAS-CHAVE

Medicina Interna • Oncologia • Estado Nutricional • Avaliação Nutricional • Intervenção Nutricional

## **ABSTRACT**

This report was elaborated as part of the 2<sup>nd</sup> year of the Masters in Clinic Nutrition from Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FM-UL) with the aim to describe, succinctly, the activities developed during the internship of professional nature, carried out between February 3<sup>rd</sup> and May 30<sup>th</sup> of 2014, in Hospital de Santa Maria (HSM), EPE, located in Lisbon.

The activities were developed in two distinct divisions: in the Division of Internal Medicine (under internment regime) and in the Division of Medical Oncology (under ambulatory regime). The activities consisted, essentially, whether in internment or ambulatory regime, in the evaluation of the nutritional risk and nutritional status of the patients through different validated methods for a further nutritional intervention, which means the planning and calculation of an adequate and individualized nutritional support and the elaboration of food advice, when needed.

Throughout the internship, due to the activity performed during the internship, it was even possible to elaborate a scientific communication, which was accepted to be shown in the form of poster on the 18<sup>th</sup> Portuguese Congress on Obesity, organized by the Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), entitled: “Nutritional Status of Oncologic Patients evaluated on a External Consult of Dietetics and Nutrition”, in which data was presented concerning the nutritional status of oncologic patients referenced to the External Consult of Dietetics and Nutrition from the Medical Oncology Division, using different tools ratified for that purpose.

The four months of internship in the HSM allowed me to develop autonomy, capacity and competence appropriate to the profession of Nutritionist within hospital, on the specialties of Medical Oncology and Internal Medicine.

## **KEY-WORDS**

Internal Medicine • Oncology • Nutricional Status • Nutricional Assessment • Nutricional Intervention

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AICR</b>	Instituto Americano para a Investigação do Cancro (do inglês: <i>American Institute for Cancer Research</i> )
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>AVD</b>	Atividades de Vida Diária
<b>BAPEN</b>	Associação Britânica para a Nutrição Parentérica e Entérica (do inglês: <i>British Association for Parenteral and Enteral Nutrition</i> )
<b>BIA</b>	Análise de Impedância Bioelétrica (do inglês: <i>Bioelectric Impedance Analysis</i> )
<b>CHLN</b>	Centro Hospitalar Lisboa Norte
<b>DAD</b>	Desnutrição Associada à Doença
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
<b>DRA</b>	Doença Renal Aguda
<b>DRC</b>	Doença Renal Crónica
<b>EAM</b>	Enfarte Agudo do Miocárdio
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ESPEN</b>	Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (do inglês: <i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i> )
<b>FA</b>	Fator de Atividade
<b>FM-UL</b>	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
<b>GER</b>	Gasto Energético de Repouso
<b>GET</b>	Gasto Energético Total
<b>HSM</b>	Hospital de Santa Maria
<b>ICC</b>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IMM</b>	Instituto de Medicina Molecular
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IR</b>	Insuficiência Respiratória
<b>MNA</b>	Mini-Avaliação Nutricional (do inglês: <i>Mini Nutritional Assessment</i> )
<b>MUST</b>	Ferramenta Universal para Rastreamento da Malnutrição (do inglês: <i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> )
<b>NE</b>	Nutrição Entérica

<b>NP</b>	Nutrição Parentérica
<b>NRS 2002</b>	Rastreo do Risco Nutricional 2002 (do inglês: <i>Nutritional Risk Screening 2002</i> )
<b>PAC</b>	Pneumonia Adquirida na Comunidade
<b>PB</b>	Perímetro do Braço ou Perímetro Braquial
<b>PG-SGA</b>	Avaliação Global Subjetiva Gerada pelo Doente (do inglês: <i>Patient Generated-Subjective Global Assessment</i> )
<b>SDN</b>	Serviço de Dietética e Nutrição
<b>SGA</b>	Avaliação Global Subjetiva (do inglês: <i>Subjective Global Assessment</i> )
<b>SNG</b>	Sonda Nasogástrica
<b>SNO</b>	Suplementos Nutricionais Orais
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPEO</b>	Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade
<b>WCRF</b>	Fundo Mundial para a Investigação do Cancro (do inglês: <i>World Cancer Research Fund</i> )
<b>WHO</b>	Organização Mundial de Saúde – OMS (do inglês: <i>World Health Organization</i> )

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b>	Distribuição dos doentes em internamento por género.....	<b>16</b>
<b>Gráfico 2.</b>	Distribuição dos doentes em internamento por classes de idade.....	<b>17</b>
<b>Gráfico 3.</b>	Distribuição dos doentes em internamento por diagnóstico.....	<b>17</b>
<b>Gráfico 4.</b>	Distribuição dos doentes em internamento por categorias de PG-SGA.....	<b>18</b>
<b>Gráfico 5.</b>	Distribuição dos doentes em internamento segundo os resultados obtidos através do NRS 2002.....	<b>18</b>
<b>Gráfico 6.</b>	Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por género.....	<b>21</b>
<b>Gráfico 7.</b>	Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por classes de idade.....	<b>21</b>
<b>Gráfico 8.</b>	Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por diagnóstico.....	<b>22</b>
<b>Gráfico 9.</b>	Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por classes de IMC.....	<b>22</b>
<b>Gráfico 10.</b>	Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por categorias de PG-SGA.....	<b>23</b>
<b>Gráfico 11.</b>	Média de peso (em quilogramas) antes e após a intervenção.....	<b>23</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Classificação do estado nutricional de indivíduos adultos de acordo com o IMC.....	<b>29</b>
<b>Quadro 2.</b>	Classificação do estado nutricional de indivíduos idosos de acordo com o IMC.....	<b>30</b>
<b>Quadro 3.</b>	Perímetro da cintura e risco de complicações metabólicas.....	<b>31</b>
<b>Quadro 4.</b>	Fatores para o cálculo do GET em indivíduos com doença ou stress fisiológico.....	<b>33</b>

## ÍNDICE

### PARTE A

1. Revisão da Literatura.....	1
2. Objetivos do Estágio.....	6
2.1. Gerais.....	6
2.2. Específicos.....	6
3. Descrição do Estágio.....	8
3.1. Perfil da Instituição.....	8
3.2. Orientação.....	8
3.3. Duração.....	9
3.4. Percurso.....	9
4. Descrição das Atividades Desenvolvidas.....	12
4.1. Atividades em Internamento.....	12
4.2. Atividades em Ambulatório.....	18
4.3. Outras Atividades.....	24
5. Reflexão Crítica.....	26
5.1. Avaliação do Risco e do Estado Nutricional.....	26
5.2. Avaliação da Composição Corporal por Análise de Impedância Elétrica.....	27
5.3. Avaliação Antropométrica.....	28
5.4. Cálculo do Gasto Energético Total (GET).....	32
5.5. Quantificação da Ingestão Alimentar.....	34
5.6. Alimentação.....	34
6. Considerações Finais.....	39
7. Referências Bibliográficas.....	40
Lista de Apêndices & Anexos.....	XI

### PARTE B

1. Nota Prévia.....	47
2. Resumo submetido para aprovação pela Comissão Científica da SPEO e publicado na Revista Portuguesa de Cirurgia (Suplemento – out. 2014).....	48
3. Poster apresentado no 18.º Congresso Português de Obesidade.....	50
4. Certificado da apresentação do Poster.....	52

## **PARTE A**

### **1. REVISÃO DA LITERATURA**

---

A Organização Mundial de Saúde define a malnutrição como o desequilíbrio entre a oferta de energia e nutrientes e o dispêndio do corpo para garantir a manutenção, o crescimento e as funções específicas das células.<sup>1</sup> A malnutrição pode caracterizar-se por deficiência (desnutrição), excesso (sobrenutrição) ou desequilíbrio de energia e/ou nutrientes, condições responsáveis por efeitos adversos mensuráveis na forma, composição, tamanho e função corporal e na evolução clínica.<sup>2,3</sup>

Em ambiente hospitalar o problema que carece de maior preocupação por parte dos profissionais de saúde é a desnutrição associada à doença (DAD), que pode surgir por uma ingestão inadequada, alterações no metabolismo, má digestão e/ou absorção ou aumento da excreção de nutrientes essenciais.<sup>4</sup> A DAD é uma complicação frequente principalmente em indivíduos idosos e em alguns contextos, nomeadamente em oncologia.<sup>5</sup>

Atualmente a comunidade científica reconhece que a DAD é responsável pelo aumento da morbidade, do tempo de internamento hospitalar e da mortalidade e afeta cerca de 30 milhões de indivíduos na Europa, o que implica um custo anual associado de cerca de 170 biliões de euros.<sup>6,7</sup>

#### **1.1. Medicina Interna**

Em Portugal tem-se constatado um aumento gradual no número de idosos (indivíduos com 65 anos ou mais) nas últimas décadas. Segundo os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2011, a população idosa constituía 19 % da população total, sendo que em 2012 já tinha aumentado para 19,4 %. Atualmente o envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas. O seu agravamento tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território português e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país. Em 2011 o índice de envelhecimento da população era de 128, sendo que em 2012 agravou-se para 131, o que significa que por cada 100 jovens existem 131 idosos.<sup>8,9</sup>

À medida que o envelhecimento populacional se vai tornando mais expressivo em Portugal, aumenta o número de doentes que acumulam múltiplas patologias crónicas. O seu percurso é mais prolongado e impõe, muitas vezes, aos doentes e aos cuidadores não só desconforto físico mas também psicológico, comprometendo as suas capacidades de trabalho e de lazer e favorecendo, conseqüentemente, o empobrecimento económico e o isolamento social.<sup>10</sup>

Acompanhando o envelhecimento da população em Portugal, a prevalência de doentes idosos internados em Serviços de Medicina tem também vindo a aumentar, sendo esta a faixa etária responsável pelo maior número de internamentos nestes serviços.

A doença aguda responsável pelo internamento hospitalar é muitas vezes acompanhada por várias outras doenças e condições crónicas, nomeadamente a diminuição da capacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia), défice cognitivo, delírio, quedas e desnutrição.<sup>11,12</sup>

A desnutrição é uma situação comum a muitos idosos devido a inúmeros fatores, entre os quais a deterioração progressiva no sentido do paladar e/ou olfato e a conseqüente falta de apetite; a existência de distúrbios neurológicos relacionados com a idade que podem resultar numa baixa ingestão de alimentos devido à disfagia ou a uma redução da capacidade para a autoalimentação; a polimedicação em idosos como causa iatrogénica de desnutrição; o efeito colateral de alguns medicamentos, associados a náuseas e a perda de apetite e paladar, o que resulta numa baixa ingestão de alimentos; e por fim o isolamento social e a privação financeira que dificultam o acesso a uma alimentação adequada.<sup>13</sup>

Aquando do internamento hospitalar, os profissionais de saúde devem dar a merecida importância a estes problemas, nomeadamente à desnutrição, pois a sua presença reflete a existência de reduzidas reservas funcionais e fisiológicas. A combinação de diversas doenças e condições geriátricas é um importante preditor de eventos adversos durante o período de internamento, sendo também associado ao declínio funcional e cognitivo e à institucionalização e mortalidade após a alta hospitalar. O reconhecimento precoce da existência destes problemas auxilia os cuidadores primários na tomada de uma decisão informada sobre os tratamentos

preferenciais para atingir determinados objetivos, ao mesmo tempo que contribui para um melhor estado de saúde após o internamento.<sup>11</sup>

Os elementos essenciais de um programa de suporte nutricional para doentes internados são a identificação precoce dos indivíduos em risco nutricional e a avaliação do estado nutricional, seguida de uma intervenção nutricional adequada.<sup>14</sup>

A *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* (BAPEN) recomenda que os profissionais de saúde realizem um rastreio do risco nutricional simples a todos os doentes na admissão hospitalar.<sup>13</sup> O rastreio do risco nutricional deve permitir identificar desnutrição ou indivíduos em risco de desnutrição na admissão hospitalar de uma forma não-invasiva, barata e viável.<sup>15</sup> O reconhecimento precoce da desnutrição permite iniciar uma terapêutica nutricional adequada e evitar o agravamento do estado nutricional.<sup>16</sup> Existem inúmeros métodos de rastreio nutricional que podem ser efetivamente aplicados com o mínimo de treino, de salientar os recomendados pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN): o MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) desenvolvido para adultos residentes na comunidade, o MNA (*Mini Nutritional Assessment*) desenvolvido especificamente para idosos residentes na comunidade mas também para idosos hospitalizados e o NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*), desenvolvido para adultos hospitalizados, o qual demonstrou ter alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para detetar a presença de desnutrição.<sup>17</sup>

Por sua vez, a avaliação do estado nutricional é um processo rigoroso e abrangente que inclui a obtenção de informações acerca da história dietética e médica do doente, estado clínico e funcional, dados antropométricos e bioquímicos, exame físico e situação económica. Os dados recolhidos devem ser cuidadosamente interpretados de modo a estabelecer um diagnóstico correto e uma intervenção nutricional adequada. A capacidade clínica e a disponibilidade de recursos determinam os métodos a serem utilizados e as diretrizes clínicas permitem identificar os parâmetros de avaliação adequados às diferentes doenças e condições. A avaliação do estado nutricional é um processo contínuo que envolve a reavaliação e a monitorização do doente.<sup>18</sup>

## **1.2. Oncologia Médica**

No ano de 2012 a estimativa de mortes por doença oncológica em todo o mundo era de aproximadamente 8,2 milhões.<sup>19</sup> À semelhança do cenário global, em Portugal a

doença oncológica é uma das principais causas de morte e uma das situações com maior impacto a nível da prestação de cuidados hospitalares.<sup>20</sup>

A incidência de desnutrição em doentes oncológicos pode variar entre 40 e 80 %.<sup>21</sup> Esta variação deve-se sobretudo aos diferentes métodos de avaliação nutricional utilizados e depende do tipo de patologia oncológica, estadio da doença, localização (mais frequente em doentes com cancro gastrointestinal e da cabeça e pescoço) e tratamento recebido.<sup>21, 22</sup> As consequências da desnutrição incluem a diminuição da tolerância ao tratamento antineoplásico, o atraso na cicatrização, o aumento do risco de infeção, o aumento do tempo de internamento hospitalar e o aumento dos custos relacionados com a saúde.<sup>23</sup> A desnutrição em doentes com cancro é uma síndrome multifatorial que pode, nos casos mais graves, progredir para caquexia, caracterizada por anorexia, inflamação, resistência à insulina, perda de músculo com ou sem perda de tecido adiposo e disfunção imunológica, física e mental, que pode conduzir à morte.<sup>24, 25, 26</sup>

No entanto, evidências recentes alertam não só para a desnutrição, mas também para o aumento do excesso de peso e obesidade em oncologia. Resultados sólidos obtidos a partir de estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos, indicam que os indivíduos obesos têm maiores taxas de incidência de alguns tipos de cancro.<sup>27</sup> A título de exemplo, é de salientar uma abrangente revisão sistemática da evidência científica realizada em 2007 e conduzida pelo *World Cancer Research Fund* (WCRF) e pelo *American Institute for Cancer Research* (AICR) que concluiu que a gordura corporal em excesso aumenta o risco de desenvolver vários tipos de cancro, incluindo o cancro da mama (em mulheres na pós-menopausa), cancro do endométrio, cancro do esófago, cancro do pâncreas, cancro do rim e cancro colo-retal. Além disso, o excesso de gordura corporal é apontado nesta revisão como um provável fator de aumento do risco de desenvolver cancro da vesícula biliar e, no que diz respeito ao cancro do fígado, a evidência existente em relação à gordura corporal em excesso é sugestiva de aumentar o risco mas limitada.<sup>28</sup> No entanto, numa revisão publicada em 2012, a obesidade é apontada como um fator de risco independente para o carcinoma hepatocelular, o tipo mais comum de neoplasia do fígado.<sup>29</sup>

Uma vez instalada a doença, os doentes com obesidade têm uma sobrevida significativamente reduzida em comparação com aqueles que mantêm um peso adequado e, além disso, a obesidade tem sido consistentemente associada com a

recorrência da doença após os tratamentos antineoplásicos e/ou cirurgia. Outro fator a ter em conta é o facto dos doentes com patologia oncológica serem propensos a terem uma depleção a nível da massa muscular, condição clínica que tem sido associada a um pior prognóstico e a uma maior mortalidade.<sup>27</sup>

Tendo em conta esta realidade, é imperativo que haja uma valorização do estado nutricional dos doentes por parte dos profissionais de saúde. A avaliação do estado nutricional do doente oncológico deve ser um processo contínuo que envolva reavaliação e monitorização durante todo o período da doença e deve incluir a identificação de sintomas associados aos tratamentos antineoplásicos com impacto a nível do estado nutricional, alterações do padrão alimentar individual, alterações a nível da capacidade funcional, avaliação de parâmetros antropométricos e história dietética, devendo utilizar-se questionários específicos e validados para oncologia como o PG-SGA (*Patient-Generated Subjective Global Assessment*).<sup>18, 30</sup> Os dados recolhidos devem ser cuidadosamente interpretados de modo a estabelecer um diagnóstico correto e um aconselhamento nutricional individualizado, de acordo com o estado clínico, tratamento recebido, preferências e hábitos pessoais, prognóstico e objetivo terapêutico.  
18, 31

## 2. OBJETIVOS DO ESTÁGIO

---

### 2.1. Gerais

- Conhecer e compreender o funcionamento e a organização da instituição (Hospital de Santa Maria, EPE) e dos serviços (Serviço de Dietética e Nutrição; Serviço de Medicina I – Sector D; Serviço de Oncologia Médica) onde decorre o estágio;
- Articular com diferentes profissionais de saúde, colaborando em equipas multidisciplinares;
- Aperfeiçoar a capacidade de estabelecer relações interpessoais e interdisciplinares;
- Aprofundar os conhecimentos teórico-científicos adquiridos ao longo do primeiro ano de Mestrado em Nutrição Clínica;
- Desenvolver autonomia, capacidade e competência adequadas ao exercício da profissão de Nutricionista em contexto hospitalar;
- Executar técnicas de avaliação do risco e do estado nutricional;
- Desenvolver a capacidade de planear, implementar e avaliar intervenções nutricionais em internamento e em consulta externa;
- Elaborar um trabalho de Investigação Clínica na área da Nutrição Hospitalar com posterior apresentação numa reunião científica da área da saúde.

### 2.2. Específicos

- Desenvolver a capacidade de planear e gerir conteúdos, tempo, recursos, metodologias e descrever as atividades realizadas sob a forma de um relatório;
- Apresentar a casuística relativa aos doentes avaliados em regime de Internamento e em Consulta Externa;
- Identificar os doentes internados em risco nutricional através da aplicação de ferramentas de rastreio nutricional – *Nutricional Risk Screening* (NRS);
- Executar técnicas de avaliação do estado nutricional a doentes oncológicos internados no Serviço de Medicina I, Sector D – *Patient Generated-Subjective Global Assessment* (PG-SGA);

- Executar técnicas de avaliação do estado nutricional a doentes com patologia oncológica seguidos na Consulta Externa de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica – *Patient Generated-Subjective Global Assessment* (PG-SGA);
- Planificar, implementar e monitorizar a terapêutica nutricional e/ou orientações alimentares adequadas a diferentes patologias, quer em internamento quer em ambulatório;
- Conhecer e utilizar na prática clínica os diferentes produtos para suporte nutricional entérico (com administração por via oral e/ou por sonda);
- Desenvolver um poster eletrónico para apresentação no 18.º Congresso Português de Obesidade, organizado pela SPEO, a decorrer entre 24 e 26 de outubro de 2014, com dados recolhidos na Consulta Externa de Dietética e Nutrição da especialidade de Oncologia Médica.

### 3. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

---

#### 3.1. Perfil da Instituição

O Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN) integra desde 2007 dois importantes estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital de Pulido Valente, garantindo uma referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

Na sua Missão estão reconhecidas importantes funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada e de inovação e investigação, constituindo-se como uma unidade essencial dentro do SNS português.

Fundado no ano de 1954, o HSM encontra-se localizado na Avenida Professor Egas Moniz, na Cidade Universitária, na antiga Freguesia de Campo Grande, atual Freguesia de Alvalade, Conselho e Distrito de Lisboa.

O Hospital possui nove pisos, oito dos quais dizem respeito a Serviços de Internamento e o Piso 1 onde decorrem as Consultas Externas de várias especialidades.

Integra juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular (IMM) – ambos localizados no Edifício Egas Moniz, inaugurado em 2004 – o Centro Académico de Medicina de Lisboa, tendo sido assinado a 8 de Dezembro de 2008 um protocolo de ação e entendimento entre as três instituições.

#### 3.2. Orientação

A orientação do estágio de natureza profissional esteve a cargo de:

- **Professora Doutora Helena Cortez-Pinto** (Orientadora)  
Docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- **Mestre Alda Delgado Ribas** (Coorientadora)  
Dietista do Serviço de Dietética e Nutrição do Hospital de Santa Maria, EPE

### **3.3. Duração**

O estágio profissional teve início a 3 de março de 2014, tendo terminado a 30 de maio de 2014, perfazendo os 4 meses estipulados e um total de 625 horas, com uma carga horária de 35 horas por semana, 7 horas por dia, de segunda a sexta-feira, com exceção dos feriados nacionais assinalados durante o período de estágio. **(Apêndice 1)**

### **3.4. Percurso**

#### Serviço de Dietética e Nutrição (SDN)

Com localização no Piso 2 do hospital, acessível através do corredor dos anfiteatros, integra os Serviços de Apoio Clínico. O SDN é um Serviço de Prestação de Cuidados de Saúde, intervindo pelo conhecimento do seu saber na área das Ciências da Nutrição e Dietética. A Coordenação do Serviço é da responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Patrícia Almeida Nunes. Quanto às competências deste Serviço, incluem a avaliação nutricional, a educação nutricional quer nos Serviços de Internamento quer na Consulta Externa das diversas especialidades médicas e sempre que necessário em situações cuja adequação ou correção alimentar seja complementar com a terapêutica; a responsabilidade exclusiva do controlo da qualidade e vigilância da segurança alimentar do CHLN, EPE, em articulação direta com o Conselho de Administração e com as autoridades de Saúde Pública; a supervisão da Dieta Alimentar do CHLN, EPE; a seleção e adjudicação de aquisições de alimentos e produtos nutricionais e dietéticos, tanto para a população adulta como pediátrica, sempre que necessário.

O Serviço é composto por 21 Dietistas qualificados nos vários graus da carreira Técnica de Diagnóstico e Terapêutica, cujas funções e atividades diárias são distribuídas quer nos Serviços de Internamento quer nas Consultas Externas e “Hospital de Dia”, em estreita colaboração com a Equipa Médica.

Para além das instalações do Piso 2, onde se encontram os Dietistas e o Secretariado, o SDN dispõe ainda, no Piso 01, de uma sala de reuniões, uma biblioteca, um laboratório de Dietética e Nutrição e um armazém.

#### Serviço de Medicina I – Sector D

O Serviço de Medicina I integra os Serviços de Ação Médica e tem como Diretor desde junho de 2009 o Prof. José Manuel Braz Nogueira, médico especialista em Medicina Interna e em Cardiologia. Apresenta quatro Sectores (A e B com

localização no Piso 6 e C e D com localização no Piso 5) e um Arquivo no Piso 2. O Serviço de Medicina I tem como missão a assistência aos doentes que o procuram, de forma articulada com as restantes estruturas assistenciais, o desenvolvimento do conhecimento e da prática médica, bem como a formação do seu corpo assistencial, e a participação na formação pré-graduada e pós-graduada. No que diz respeito às funções, apresenta funções assistenciais (prestação de cuidados de saúde na área das doenças de Medicina Interna nas vertentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em regime ambulatorio e de internamento e de forma integrada com a Unidade de Saúde em que estão inseridos ou outros parceiros com quem se estabeleçam protocolos de colaboração), de formação (colaboração no ensino pré e pós-graduado de vários grupos profissionais de saúde, nomeadamente alunos da FM-UL, Escolas de Enfermagem, Internatos da Especialidade de Medicina Interna – exceto algumas valências específicas como Neurologia ou Cuidados Intensivos –, Pneumologia, Dermatologia, Imunoalergologia, entre outros) e de investigação (realiza trabalhos de investigação clínica como forma de avaliação contínua do trabalho realizado, colabora em redes nacionais e internacionais de investigação predominantemente clínica; em todas estas vertentes o Serviço de Medicina I tem funcionado de acordo com as especificidades próprias inerentes à especialidade, sem esquecer a sua interligação com os restantes Serviços do CHLN).

O Serviço de Medicina I recebe indivíduos adultos de várias idades, sobretudo idosos, com várias patologias, sendo que a maioria padece de múltiplas patologias crónicas. Quanto ao tipo de patologia responsável pelo internamento, é de destacar a patologia cardíaca – enfarte agudo do miocárdio (EAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) –, a patologia pulmonar – insuficiência respiratória (IR), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) –, a patologia infecciosa – pneumonia adquirida na comunidade (PAC), pielonefrite –, a patologia renal – doença renal aguda (DRA), doença renal crónica (DRC) –, a patologia neurológica – acidente vascular cerebral (AVC), demências – e a patologia oncológica – sobretudo tumores sólidos.

O Sector D apresenta a seguinte estrutura: 21 camas – distribuídas por 6 quartos – e 10 macas existentes no corredor. Quanto aos recursos humanos, dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por quatro equipas médicas, uma equipa de enfermagem, duas assistentes administrativas, uma dietista, uma assistente social e uma equipa de assistentes operacionais.

### Serviço de Oncologia Médica

Com localização no Piso 3, tem como Diretor o Prof. Doutor Luís Costa. O Serviço foi oficialmente criado em julho de 2003. A atividade do Serviço reparte-se em diversas vertentes, nomeadamente o Hospital de Dia que funciona de segunda a sexta-feira das 8:00H às 16:00H e a Consulta de Oncologia que funciona de segunda a sexta-feira das 8:00H às 20:00H. O Serviço recebe indivíduos adultos de várias idades e as principais patologias oncológicas tratadas são referentes aos seguintes órgãos/sistemas: aparelho digestivo (incluindo pâncreas, fígado e vesícula biliar), mama, ginecológico, urológico, osso e partes moles, pele e sistema nervoso central.

## 4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

---

### 4.1. Atividades em Internamento

#### Serviço de Medicina I – Sector D

Ao longo dos quatro meses de estágio tive a oportunidade de dar apoio ao sector D do Serviço de Medicina I. A minha atividade decorreu de segunda a sexta-feira, das 9:00H às 16:00H (exceto à quinta-feira, dia em que entrava no Serviço às 10:00H).

Após entrar no Serviço consultava o *dossier* de “Altas e Transportes”, de modo a identificar quais os doentes que tinham tido alta hospitalar no dia anterior e qual o seu destino (domicílio, instituição geriátrica, instituição de solidariedade social ou transferência para outro serviço ou instituição hospitalar). Em seguida examinava a folha de internamento dos doentes – atualizada diariamente – para observar os novos doentes internados, onde encontrava as seguintes informações: sala e quarto onde se encontrava o doente, nome, idade, diagnóstico que justificou o internamento, data de internamento, médico responsável e NSC (número único do doente no hospital). Para complementar esta informação era possível consultar o processo clínico do doente. Este processo é normalmente constituído pelos seguintes itens:

1. “Registo de Parâmetros Vitais” que inclui: temperatura timpânica, dor, frequência respiratória, tensão arterial, frequência cardíaca, glicemia capilar, glicosúria, cetonúria e diurese;
2. “Registo da Avaliação da Dor”;
3. “Terapêutica”: prescrita pela equipa médica responsável;
4. “Informação Médica”: atualizada diariamente por um dos elementos da equipa médica responsável;
5. “Informação de Enfermagem”: atualizada diariamente pelos enfermeiros responsáveis;
6. “Exames Complementares” que inclui: resultados das análises bioquímicas e de outros exames realizados a pedido da equipa médica responsável.

Neste processo constam ainda informações relativas ao doente, como o motivo que justificou o internamento e os antecedentes pessoais com relevância médica.

Era ainda possível observar o “Quadro de Enfermagem” que apresenta de forma resumida informações relevantes sobre o doente, tais como: colheita de espécimes, risco de queda, oxigénio (O<sup>2</sup>), valores de glicemia/glicosúria, diurese, data de algaliação e de colocação de sonda nasogástrica (SNG) em alguns casos, dieta prescrita, necessidade ou não de jejum, exames complementares de diagnóstico/preparação a realizar, hemoculturas, cuidados especiais e observações, onde são registados os antecedentes pessoais relevantes.

Aos doentes em internamento era aplicado o mais precocemente possível o NRS 2002, uma ferramenta de rastreio nutricional utilizada em meio hospitalar e em todas as faixas etárias com o objetivo de detetar a presença de desnutrição ou o risco de desenvolver desnutrição durante o tempo de internamento. **(Anexo 1)**

A desnutrição é estimada através de três variáveis utilizadas na maioria das ferramentas de rastreio nutricional: o IMC (inferior a 20,5 kg/m<sup>2</sup>), a perda de peso recente (nos últimos 3 meses) e alterações a nível da ingestão alimentar (na última semana). Além disso, tem em conta também a gravidade da doença (com base no aumento das necessidades nutricionais e/ou existência de stress metabólico).<sup>32</sup> Se não se verificar nenhuma das condições anteriormente descritas, o doente não é considerado um doente em risco nutricional. Por outro lado, se a resposta a qualquer uma destas quatro questões for afirmativa, é realizada a segunda parte do questionário, resultando uma pontuação final que combina duas pontuações distintas: a pontuação da alteração do estado nutricional que engloba a percentagem de peso perdida, a classe de IMC e a ingestão alimentar atual comparada à ingestão da semana precedente quantificada em percentagem (0-3) e a pontuação da gravidade da doença (0-3), com a adição de um ponto se a idade do doente for igual ou superior a 70 anos.<sup>33</sup> No final é obtida uma pontuação entre 0 e 7. Os doentes com uma pontuação total igual ou superior a 3 são classificados como estando em risco nutricional, o que pressupõe o início de uma intervenção nutricional adequada o mais precocemente possível.<sup>32</sup>

Aos doentes com patologia oncológica internados no Serviço era aplicado o PG-SGA, desenvolvido especialmente para a avaliação do estado nutricional destes doentes, permitindo classificar o estado nutricional do doente como bem nutrido, moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição ou severamente desnutrido, ao mesmo tempo que fornece indicações sobre qual a intervenção nutricional a iniciar o mais precocemente possível. **(Anexo 2)**

A intervenção nutricional realizada após a aplicação das ferramentas de rastreio/avaliação nutricional compreende o planeamento e o cálculo de suporte nutricional adequado e individualizado e a elaboração de ensinamentos alimentares aquando da alta hospitalar.

### Planeamento e Cálculo de Suporte Nutricional

Inicialmente os doentes internados eram questionados relativamente à sua adaptação à dieta hospitalar *standard* previamente prescrita pela equipa médica responsável (geral, ligeira, diabética, gástrica, hipocalórica, hipolipídica, pobre em resíduos e pobre em lactose, para doentes imunocomprometidos, de consistência normal, mole, pastosa ou líquida, com ou sem adição de sal) (**Anexo 3**), às suas preferências alimentares e a possíveis alergias ou intolerâncias alimentares conhecidas pelo doente.

Caso fosse necessário, eram efetuadas alterações no tipo de dieta e/ou na consistência sob o aconselhamento da Dietista Alda Ribas, podendo ainda ser pedidos reforços individuais que não fizessem parte da dieta *standard* prescrita. Caso se justificassem alterações pontuais a nível de uma dieta *standard*, poderia pedir-se uma sopa ou um prato com características diferentes, informação essa que seria registada num modelo específico, impresso e enviado para a cozinha. (**Anexo 4**) Por outro lado, se nenhuma das dietas *standard* fosse adequada ao doente era elaborada uma Dieta Personalizada, respeitando a patologia e os antecedentes pessoais relevantes, as necessidades nutricionais específicas (de energia, macronutrientes e micronutrientes), as restrições em nutrientes e/ou calorias, as preferências alimentares e os fatores religiosos. Em seguida era entregue na copa, à assistente operacional responsável pela distribuição da alimentação, um modelo com a Dieta Personalizada com a identificação do doente e o respetivo plano alimentar com as horas e número de refeições diárias, o tipo e a consistência da dieta e os alimentos que compõem cada uma das refeições (tipo e quantidade). (**Anexo 5**)

Para obter o Gasto Energético Total (GET) deve inicialmente calcular-se o Gasto Energético de Repouso (GER), estimado facilmente através da utilização de fórmulas preditivas, nomeadamente a fórmula de *Harris-Benedict*. Esta fórmula preditiva tem em conta o género, o peso corporal, a altura e a idade. O GER calculado deve, então, ser

modificado por um fator de atividade para prever os requisitos totais de energia de vida diária. Os ajustes segundo o fator de atividade para adultos hospitalizados utilizados no Serviço são de: 1,2 no caso de indivíduos acamados, 1,25 no caso de indivíduos acamados mas móveis e 1,3 para indivíduos em ambulatório. Em caso de doença, o GET varia ainda segundo o fator de lesão (injúria/stress) e o fator térmico. O mesmo acontece com a estimativa das necessidades proteicas diárias, que variam de acordo com o stress metabólico, sendo mais altas quanto maior for o grau de stress. Estes cálculos foram realizados de forma simples e rápida através de uma base de dados em formato Excel, criada e utilizada pelos Dietistas do SDN.

Por sua vez, a quantificação da ingestão alimentar diária era feita através da aplicação de um modelo específico elaborado pelos dietistas dos SDN, baseado no Questionário das 24H anteriores ou 24H *recall*. Esse modelo era aplicado normalmente durante três dias consecutivos a indivíduos em risco nutricional, internados há pelo menos 48 horas, sempre que possível a interação doente-estagiária (**Anexo 6**) para estimar a ingestão alimentar em internamento e compará-la com o GET, para estimar a necessidade ou não de implementar estratégias para aumentar o aporte calórico e proteico. Quando tal não era possível, tentava apurar a ingestão alimentar através de informações dadas pelas assistentes operacionais, responsáveis por distribuir os tabuleiros de alimentação e alimentar os doentes, sempre que estes não o conseguissem fazer de forma autónoma. Caso o doente apresentasse uma ingestão calórica e/ou proteica inferior às suas necessidades, era possível aumentar o valor calórico e/ou proteico através da prescrição de suplementos calóricos e/ou proteicos por via oral, se possível, ou por sonda nasogástrica. Se mesmo assim não fossem atingidas o GET optava-se por alimentar o doente exclusivamente por sonda nasogástrica, desde que o trato gastrointestinal estivesse funcionante.

Além dos modelos entregues na copa e na cozinha, qualquer alteração feita na dieta de um doente era também registada em formato digital, através da aplicação informática do Hospital, à qual os profissionais de saúde têm acesso.

A minha atividade no Serviço de Medicina I terminava após a atualização das dietas no quadro da sala de enfermagem e a entrega na copa do mapa de refeições em formato impresso, que engloba o nome e cama do doente, a dieta prescrita e algumas observações consideradas relevantes, como por exemplo a prescrição de

suplementos calórico-proteicos adicionais à dieta ou de algum prato marcado com características diferentes do prato da dieta *standard* ou ainda a existência de uma dieta personalizada. (**Anexo 7**)

### Elaboração de Ensinos Alimentares

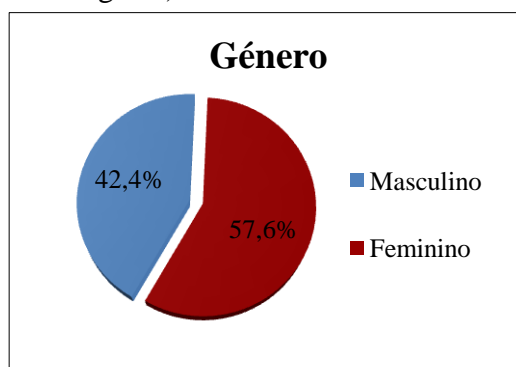
Em alguns casos houve a necessidade de elaborar um ensino alimentar aquando da alta hospitalar, respeitando a patologia e os antecedentes pessoais relevantes, as necessidades nutricionais específicas, as restrições em nutrientes e/ou calorias, as preferências alimentares e os fatores religiosos. Um ensino alimentar é composto, normalmente, pelas regras gerais a cumprir, alimentos não aconselhados, condimentos e confeções permitidas, lista de equivalentes de alimentos e por um plano nutricional com a hora e o número de refeições a serem realizadas diariamente e o tipo de alimentos a serem ingeridos a cada refeição e respetivas quantidades.

Este ensino pode ser realizado a pedido do doente ou dos familiares que solicitam orientações a nível nutricional para que, após a alta, o doente possa continuar com a terapêutica nutricional adequada ou quando, no entender do profissional de Nutrição, possa ser vantajoso para o doente continuar uma terapêutica nutricional após a alta hospitalar e o doente se mostre recetivo para tal.

### CASUÍSTICA – Internamento

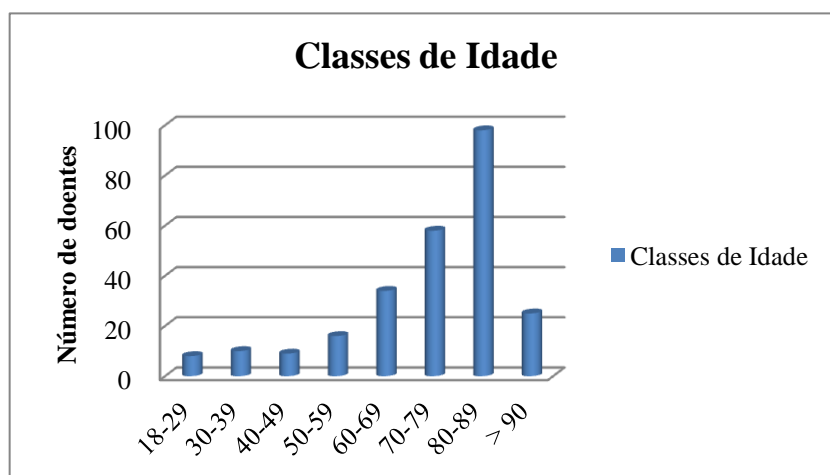
Ao longo do período de estágio pude avaliar 257 doentes internados no Serviço de Medicina I-D. A média do período de internamento foi de  $8 \pm 5$  dias.

Quanto ao **género**, 42,4 % (n = 109) pertenciam ao género masculino (25 oncológicos + 84 não-oncológicos) e 57,6 % (n = 148) ao género feminino (25 oncológicos + 123 não-oncológicos).



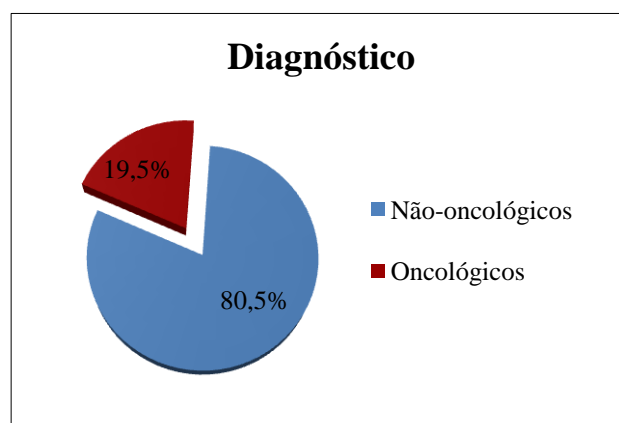
**Gráfico 1.** Distribuição dos doentes em internamento por género.

Os doentes selecionados apresentaram **idades** compreendidas entre os 18 e os 103 anos, com uma média de idades de  $73 \pm 13$  anos.



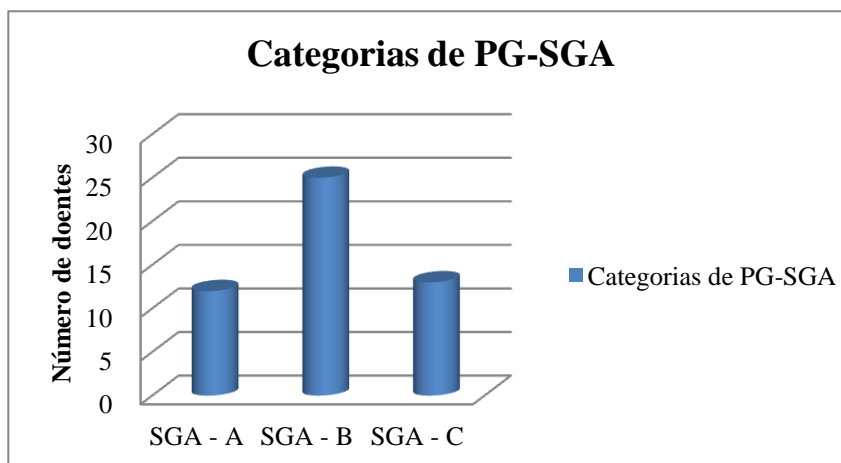
**Gráfico 2.** Distribuição dos doentes em internamento por classes de idade.

No que diz respeito ao **diagnóstico**, 19,5 % (n = 50) dos doentes apresentavam patologia oncológica, pelo que apliquei a ferramenta de avaliação do estado nutricional PG-SGA e aos restantes 80,5 % (n = 207) optei por aplicar o NRS 2002.



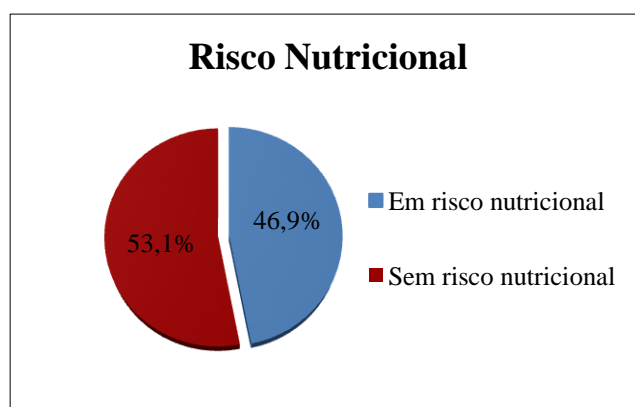
**Gráfico 3.** Distribuição dos doentes em internamento por diagnóstico.

O **PG-SGA**, validado em oncologia para identificar desnutrição, permitiu categorizar 50 % (n = 25) dos doentes como moderadamente desnutridos ou suspeita de desnutrição (SGA-B) e 26 % (n = 13) como gravemente desnutridos (SGA-C); 24 % (n = 12) dos doentes foram classificados como bem nutridos (SGA-A).



**Gráfico 4.** Distribuição dos doentes em internamento por categorias de PG-SGA.

O **NRS**, validado para identificar desnutrição em ambiente hospitalar, permitiu identificar 46,9 % (n = 97) dos doentes como estando em risco nutricional.



**Gráfico 5.** Distribuição dos doentes em internamento segundo os resultados obtidos através do NRS2002.

## 4.2. Atividades em Ambulatório

### Consultas Externas – Serviço de Oncologia Médica

Ao longo dos 4 meses de estágio tive ainda a oportunidade de fazer parte da equipa multidisciplinar que acompanha os doentes com patologia oncológica. Pude participar na realização da Consulta Externa de Dietética e Nutrição, da especialidade de Oncologia Médica, que se realiza na sequência de um pedido de colaboração realizado pelos médicos oncologistas responsáveis. A consulta decorreu às quintas-feiras durante o período da tarde, com início por volta das 14:30H. Excecionalmente,

estes doentes eram acompanhados noutros dias de semana, em horário variável, segundo a disponibilidade da dietista responsável, a Dr.<sup>a</sup> Alda Ribas. A finalidade desta consulta passa pela avaliação do estado nutricional do doente, a orientação e a planificação de uma terapêutica nutricional adequada e posterior acompanhamento de forma a monitorizar e reavaliar a situação clínica do doente. Numa primeira consulta é realizada a anamnese de forma a poder estruturar-se a intervenção nutricional adequada. As consultas seguintes são de acompanhamento.

Na realização das consultas, quer se trate de uma primeira ou de uma de seguimento, são lidos previamente os processos clínicos dos doentes (em formato impresso e/ou em formato informático, conforme a disponibilidade), de modo a conhecer o estado atual do doente e quais os antecedentes pessoais relevantes.

Quando se trata de uma primeira consulta o doente é questionado sobre qual a razão de se ter dirigido à mesma; solicitam-se ainda dados referentes à profissão, aos antecedentes familiares e pessoais (se não existir processo clínico para consulta prévia) e aos hábitos alimentares através do questionário das 24H anteriores, que inclui a hora das refeições do dia anterior, quantas refeições foram feitas e o que foi ingerido em cada uma dessas refeições; é ainda apurado se pratica atividade física e, em caso de resposta afirmativa, qual o tipo, duração e frequência da atividade. Seguidamente é realizada a avaliação do estado nutricional do doente com o objetivo de identificar os doentes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional para que possam receber terapia nutricional adequada. Esta avaliação é realizada através da medição dos compartimentos corporais do doente através da análise de impedância bioelétrica (BIA), utilizando uma balança de bioimpedância de oito elétrodos (marca OMRON – modelo BF511 – 100 g ®), para obter os seguintes dados: peso, índice de massa corporal (a altura é obtida previamente por consulta do bilhete de identidade/cartão de cidadão do doente em questão), percentagem de gordura corporal, percentagem de massa muscular e nível de gordura visceral.

Para complementar a avaliação do estado nutricional é ainda avaliado o perímetro da cintura utilizando uma fita métrica não elástica com precisão de 1,0 mm para a medição de perímetros corporais. Seguidamente são definidos os objetivos da intervenção – redução ponderal no caso de indivíduos com excesso de peso ou obesidade, manutenção do peso no caso de indivíduos normoponderais ou aumento ponderal no caso de indivíduos com peso abaixo do normal –, é estabelecido o plano

nutricional adequado ao doente e são esclarecidas as suas dúvidas. Além disso, é feito o aconselhamento da prática de atividade física, tendo em conta a capacidade física do doente. A consulta termina após marcação uma nova consulta com a periodicidade necessária, tendo em conta a patologia de base e as necessidades específicas de monitorização do doente segundo o seu estado nutricional. Normalmente o período entre uma primeira e uma segunda consulta é de um mês.

Nas consultas de seguimento são averiguadas as principais dificuldades no cumprimento do plano estipulado, bem como os objetivos que foram atingidos no que diz respeito a alterações do estado nutricional como resultado do plano alimentar instituído. Se necessário, é feito um reajuste do plano alimentar. Estas consultas permitem ainda reforçar a motivação do doente para o cumprimento do plano alimentar prescrito, sensibilizando-o mais uma vez para os potenciais benefícios do seu cumprimento e consequências do não cumprimento. Além disso incentiva-se novamente a prática de atividade física. A consulta termina após marcação de uma nova consulta, com a periodicidade necessária.

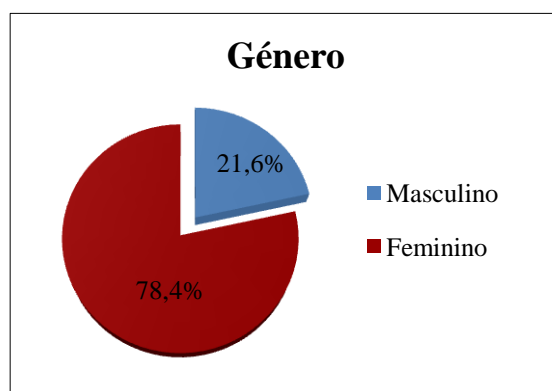
Aos doentes com patologia oncológica que compareciam à consulta era aplicado o PG-SGA, adaptado do *Subjective Global Assessment (SGA)* e desenvolvido especificamente para a avaliação do estado nutricional destes doentes. Inclui uma questão adicional sobre a presença de sintomas com impacto nutricional e sobre a perda de peso a curto prazo. O questionário é composto por duas secções: a primeira inclui questões relativas à perda de peso, à ingestão alimentar individual, aos sintomas associados à doença com impacto nutricional e à capacidade funcional; a segunda inclui questões relativas ao diagnóstico, à idade, ao stress metabólico e ainda ao exame físico, que inclui uma avaliação subjetiva de três aspetos da composição corporal: massa gorda, massa muscular e líquidos. Ao dar por terminado o questionário, é feito o somatório das pontuações parciais das duas secções e é obtida uma pontuação numérica total. A pontuação obtida varia entre 0-35, sendo que quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior o risco de desnutrição. Uma pontuação  $\geq 9$  indica uma necessidade crítica de intervenção nutricional e de controlo dos sintomas. Além disso, permite classificar cada indivíduo como bem nutrido ou anabólico (SGA-A), moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição (SGA-B) ou severamente desnutrido (SGA-C).<sup>34</sup>

As consultas foram orientadas pela Dr.<sup>a</sup> Alda Ribas, que me deu autonomia para efetuar a avaliação do estado nutricional dos doentes, através da análise por bioimpedância e da medição do perímetro da cintura. Além da avaliação do estado nutricional, pude também realizar algumas consultas sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Alda.

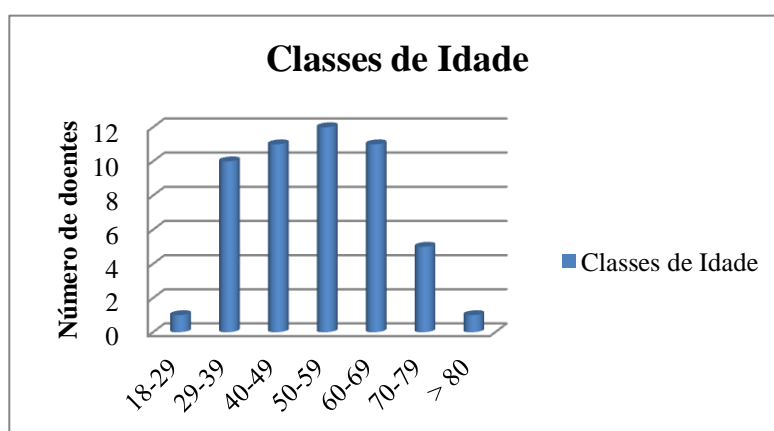
### CASUÍSTICA – Consulta Externa

Ao longo do período de estágio pude dar apoio a 79 consultas externas de Oncologia Médica, sendo que alguns dos doentes foram avaliados em mais do que um momento. No total compareceram à consulta 51 doentes, 19 dos quais foram avaliados em mais do que um momento.

Quanto ao **género**, 21,6 % (n = 11) pertenciam ao género masculino e 78,4% (n = 40) ao género feminino. Os doentes selecionados apresentaram **idades** compreendidas entre os 24 e os 82 anos, com uma média de idades ( $\pm$  DP) de  $53 \pm 14$  anos.

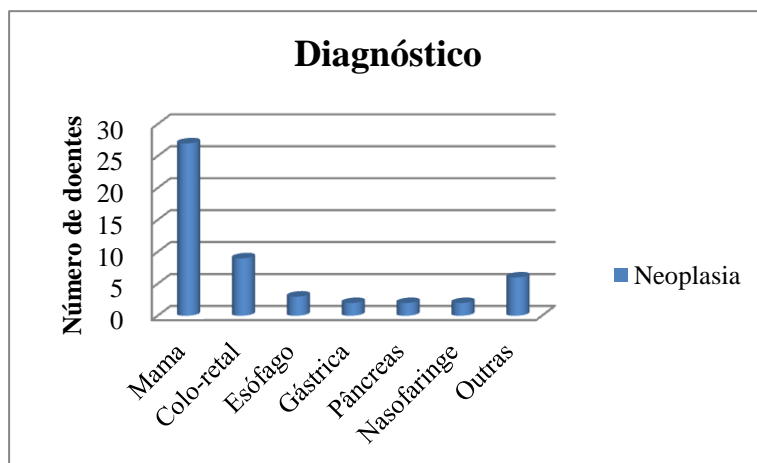


**Gráfico 6.** Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por género.



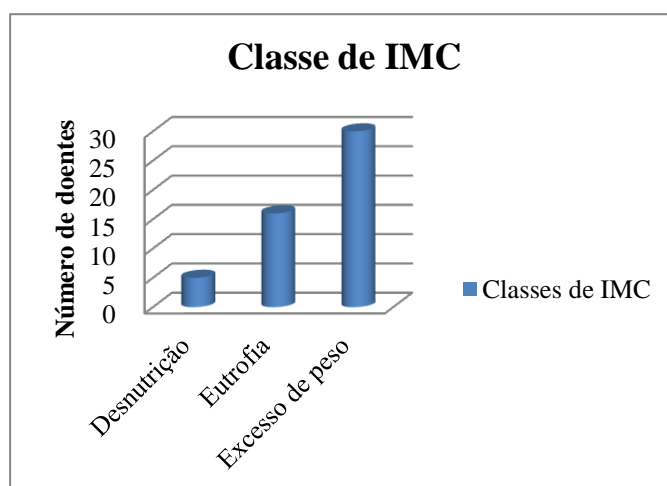
**Gráfico 7.** Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por classes de idade.

No que diz respeito ao **diagnóstico**, a neoplasia da mama foi a mais prevalente (n = 27, 52,9 %), seguida de neoplasia do colo-retal (n = 9, 17,6 %) e neoplasia do esófago (n = 3, 5,9 %).



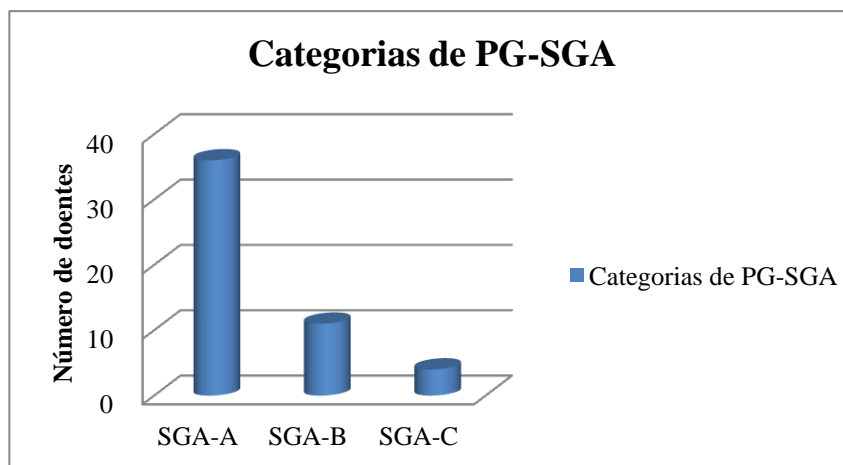
**Gráfico 8.** Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por diagnóstico.

Quanto ao **IMC**, no primeiro momento de avaliação, a maioria dos doentes (n = 30, 58,8 %) foram classificados como  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  se adultos e  $\geq 27,0 \text{ kg/m}^2$  se idosos. A desnutrição (IMC  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  em adultos e IMC  $< 22,0 \text{ kg/m}^2$  em idosos) foi raramente observada (9,8 %, n = 5) e 31,4 % (n = 16) dos doentes tinham um estado nutricional adequado.



**Gráfico 9.** Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por classes de IMC.

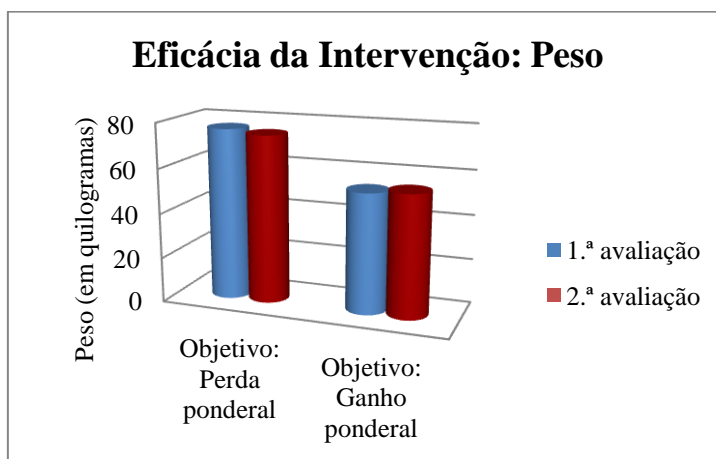
O **PG-SGA**, validado em oncologia para identificar desnutrição, permitiu categorizar, no primeiro momento de avaliação, 21,6 % (n = 11) dos doentes como moderadamente desnutridos ou suspeita de desnutrição (SGA-B) e 7,8 % (n = 4) como gravemente desnutridos (SGA-C); os restantes doentes (n = 36, 70,6 %) foram classificados como bem nutridos (SGA-A).



**Gráfico 10.** Distribuição dos doentes acompanhados na consulta externa por categorias de PG-SGA.

Quanto ao estado nutricional dos 19 doentes avaliados após a intervenção foram obtidos os seguintes resultados:

- **Peso:** a maioria dos doentes (n = 15) cumpriu o objetivo estabelecido no primeiro momento de avaliação: observou-se uma redução ponderal em 10 doentes, um aumento ponderal em 4 doentes e 1 manteve o peso. A média de peso passou de 76,6 kg para 74,8 kg na 2.<sup>a</sup> avaliação quando o objetivo era a perda ponderal. Quando o objetivo era o ganho ponderal, a média de peso passou de 53,4 kg para 54,5 kg.



**Gráfico 11.** Média de peso (em quilogramas) antes e após a intervenção.

- **IMC:** alterações positivas na classe de IMC em 3 doentes – 1 doente passou da classe de excesso de peso para a eutrofia; 1 doente passou da classe de desnutrição para a eutrofia; 1 doente passou da classe de obesidade de grau 2 para obesidade de grau 1.
- **PG-SGA:** sem alterações nas categorias.

No que diz respeito à prática de atividade física, 21,1 % (n = 4) dos 19 doentes que referiram ser sedentários no primeiro momento de avaliação, iniciaram a prática de caminhadas regularmente.

### 4.3.Outras Atividades

#### Participação em Reuniões Médicas

A reunião médica é realizada à quarta-feira no Serviço de Medicina I – D por volta das 11H00. Consiste numa discussão realizada por um grupo de médicos sobre todos os doentes internados no Serviço, sendo que a chefe de enfermagem, a assistente social e a dietista também fazem parte da equipa multidisciplinar presente na reunião. Discutem-se os casos, analisam-se os exames complementares de diagnóstico realizados e programam-se as ações diagnósticas e terapêuticas. Resumidamente, um elemento da equipa médica responsável pelo doente apresenta o seu caso e discute-o com os restantes colegas, que ajudam a colocar hipóteses e sugerem possíveis linhas de atuação. Em determinados casos discute-se também a possibilidade de alta hospitalar para breve.

#### Participação em Sessões Clínicas

- **19/03/2014:** Sessão clínica subordinada ao tema: “Nutrição e Cancro da Mama”, por Dr.<sup>a</sup> Patrícia Almeida Nunes (Coordenadora do SDN) e Dr.<sup>a</sup> Alda Ribas (Dietista do SDN); Local: Anfiteatro Jaime Celestino da Costa (Piso 2); Horário: 14:30H – 15:30H; Público-alvo: Membros da Associação Humanitária de Apoio às Mulheres com Cancro da Mama – “Amigas do Peito”.
- **24/04/2014:** Sessão clínica subordinada ao tema: “Cirurgia Oncoplástica e Reconstructiva do Cancro da Mama” pela equipa multidisciplinar envolvida no processo de cirurgia e reconstrução da mama; Local: Aula Magna da Faculdade

de Medicina da Universidade de Lisboa (Piso 3); Horário: 12:00H – 13:00H;  
Público-alvo: Profissionais de Saúde do HSM e Alunos da FM-UL.

#### Elaboração de Materiais de Apoio

- **Folheto intitulado:** “Efeitos Secundários do Tratamento do Cancro: Conselhos para os minimizar”, no qual são apresentadas várias sugestões para minimizar os efeitos colaterais com impacto a nível da ingestão alimentar decorrentes dos diferentes tratamentos antineoplásicos, nomeadamente a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. **(Apêndice 2)**

## 5. REFLEXÃO CRÍTICA

---

Os quatro meses de estágio no HSM permitiram-me desenvolver a autonomia, a capacidade e as competências adequadas ao exercício da profissão de Nutricionista em contexto hospitalar, nas especialidades de Oncologia Médica e de Medicina I. As atividades foram desenvolvidas, sempre que possível, de acordo com as mais recentes linhas de atuação baseadas na evidência, recomendadas pelos peritos da área.

Enquanto Nutricionista, sinto-me neste momento competente para: avaliar o risco e o estado nutricional dos doentes através de questionários validados para o efeito, avaliar a composição corporal por BIA, decidir quais as medidas antropométricas a utilizar tendo em conta o objetivo, calcular o GET para apurar as necessidades energéticas dos doentes e quantificar a ingestão alimentar através de questionários específicos, comparando essa ingestão com o GET estimado. Quanto à alimentação, penso ter conhecimentos suficientes para decidir acerca da via de acesso a ser utilizada, da forma de a administrar e sobre qual o tipo de fórmulas preferenciais.

### 5.1. Avaliação do Risco e do Estado Nutricional através de Questionários

#### 5.1.1. Nutritional Risk Screening 2002

Para o rastreio do risco nutricional na admissão hospitalar utilizei o NRS 2002, desenvolvido para detetar casos de desnutrição ou risco de a desenvolver em meio hospitalar, em indivíduos adultos. Esta ferramenta de rastreio nutricional, recomendada pela ESPEN, demonstrou ter alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para detetar a presença de desnutrição.<sup>17</sup>

No entanto, uma vez que a maior parte dos doentes internados no Serviço de Medicina I-D são idosos, poderia ter optado pelo *Mini Nutritional Assessment* (MNA), desenvolvido com o objetivo de detetar a presença de desnutrição e o risco de desenvolvimento de desnutrição entre os idosos residentes na comunidade (em programas de assistência domiciliar ou em instituições geriátricas) ou em ambiente hospitalar. Uma minoria dos doentes internados são jovens adultos, pelo que a utilização do NRS como única ferramenta de avaliação nutricional facilitou o rastreio do risco nutricional, permitindo poupar tempo e recursos. O MUST não foi também opção por não ter em conta a gravidade da doença, ao contrário do NRS 2002, que utiliza esse parâmetro como reflexo do aumento das necessidades nutricionais.<sup>35</sup>

### 5.1.2. Patient Generated-Subjective Global Assessment

Para avaliar o estado nutricional dos doentes com patologia oncológica, quer no internamento quer na consulta externa, foi aplicado o PG-SGA. O PG-SGA foi adaptado do *Subjective Global Assessment* (SGA) e desenvolvido especificamente para avaliar o estado nutricional destes doentes. Permite classificar o indivíduo como bem nutrido ou anabólico (SGA-A), moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição (SGA-B) ou severamente desnutrido (SGA-C) e fornece ainda indicações sobre qual a intervenção nutricional a iniciar o mais precocemente possível de acordo com a pontuação numérica total obtida.<sup>34</sup>

## 5.2. Avaliação da composição corporal por Análise da Impedância Bioelétrica

A BIA é um método duplamente indireto de avaliar a composição corporal, sendo atualmente reconhecido como um método de rotina para efetuar essa avaliação. Concentra-se no estudo da composição corporal a nível molecular (nível II) e representa uma análise confiável para o estudo da massa gorda e da massa muscular. Este método apresenta diversas vantagens: é portátil, o que permite que o teste seja realizado à beira do leito do doente se necessário, é relativamente simples, não requer pessoal especializado, não acarreta custos monetários significativos, não é invasivo e apresenta resultados rápidos e reprodutíveis.<sup>36</sup> A BIA foi validada para o estudo da composição dos compartimentos corporais e do estado nutricional em diferentes populações, incluindo em indivíduos com patologia oncológica.<sup>37</sup> No entanto, o resultado pode ser distorcido por um conjunto de fatores, pelo que a avaliação deveria ter sido realizada de acordo com as linhas de atuação recomendadas, que incluem: a não ingestão de alimentos e/ou bebidas nas 3 horas anteriores à avaliação; a ausência da prática de um exercício físico exaustivo nas 12 horas anteriores à avaliação; a não ingestão de álcool e/ou cafeína nas 24 horas anteriores à avaliação e a inexistência de menstruação no momento da avaliação.<sup>38</sup>

Os resultados obtidos – percentagem de gordura corporal, percentagem de massa muscular e nível de gordura visceral – foram interpretados de acordo com os valores de referência apresentados no manual de instruções da balança na qual foi realizada a avaliação. (**Anexo 8**)

Na consulta externa de Dietética e Nutrição, era frequente recorrer-se a uma balança de Bioimpedância de 8 elétrodos para avaliar a composição corporal dos doentes. No internamento não era prática comum pela inexistência de uma balança deste tipo no Serviço de Medicina I-D.

### 5.3. Avaliação Antropométrica

As medidas antropométricas têm sido amplamente utilizadas e constituem um método relativamente fácil, não invasivo, reproduzível e de custos reduzidos para determinar a proporção, o tamanho e a composição corporal de cada indivíduo, refletindo a sua saúde e estado nutricional.<sup>39</sup>

#### 5.3.1. Peso e Altura

Em internamento, o peso do doente era obtido através de uma balança de chão e a altura através de um estadiómetro fixado à balança, com escala de 1,0 mm e extensão de 2,0 m, ambos existentes no Serviço de Medicina I-D, sempre que o doente apresentasse mobilidade suficiente para fazer o levante. Caso não fosse possível, o doente era inquirido sobre qual o seu peso antes de dar entrada no Serviço e a sua altura. Em consulta externa, a altura era obtida por consulta do bilhete de identidade/cartão de cidadão do doente em questão e o peso através de uma balança de análise de impedância bioelétrica.

Estas medidas antropométricas foram obtidas segundo os procedimentos recomendados por Fragoso & Vieira:<sup>40</sup>

- Peso: após aferir a balança, o observado deve colocar-se na posição bípede com os membros superiores pendentes ao longo do tronco, olhar em frente, colocar-se no centro da plataforma da balança e distribuir o peso sobre os dois pés; deve estar descalço e com roupas leves;
- Altura: o observado deve estar descalço, numa posição ereta, a olhar em frente e deve distribuir o peso pelos dois pés. Coloca-se a haste móvel do estadiómetro sobre a cabeça sem fazer pressão e faz-se a respetiva leitura.

#### 5.3.2. Índice de Massa Corporal

O IMC é o indicador antropométrico mais utilizado em estudos epidemiológicos, associado ou não a outras variáveis antropométricas para a identificação de malnutrição

em indivíduos adultos. O IMC é obtido de forma simples, a baixo custo e tem mostrado uma boa correlação com a massa gorda, a morbidade e a mortalidade. <sup>41</sup>

No entanto, apresenta limitações: não permite distinguir entre a massa corporal magra e a massa gorda, porque se baseia apenas no peso e não na percentagem de gordura corporal. Como resultado, sobrestima a gordura corporal em populações com massa muscular muito desenvolvida. <sup>42</sup>

Criado por *Adolphe Quetelet*, representa o quociente entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros), conforme indicado na fórmula abaixo apresentada: <sup>43</sup>

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso Corporal (kg)} / [\text{Altura}^2 \text{(m)}]$$

Os parâmetros propostos pela WHO 2000 <sup>44</sup>, apresentados na **Quadro 1**, foram utilizados como valores de corte para a classificação do estado nutricional dos indivíduos adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Os indivíduos foram considerados desnutridos quando apresentaram um IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, normoponderais quando apresentaram um IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup> e com excesso de peso quando apresentaram um IMC > 24,9kg/m<sup>2</sup>. Para os idosos, indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, os valores de IMC foram ajustados segundo os parâmetros propostos por *Lipschitz* 1994: <sup>45</sup> se o doente apresentou um IMC < 22,0 kg/m<sup>2</sup> foi considerado desnutrido, entre 24,0 e 26,9 kg/m<sup>2</sup> foi considerado eutrófico e com excesso de peso se o IMC ≥ 27 kg/m<sup>2</sup>. (**Quadro 2**)

**Quadro 1.** Classificação do estado nutricional de indivíduos adultos de acordo com o IMC.

IMC (kg/m <sup>2</sup> ) – ADULTOS	CLASSIFICAÇÃO
< 16,0	Magreza Severa
16,0 – 16,9	Magreza Moderada
17,0 – 18,4	Magreza Leve
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Pré-obesidade
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III (Mórbida)

Fonte: WHO (2000)

**Quadro 2.** Classificação do estado nutricional de indivíduos idosos de acordo com o IMC.

IMC (kg/m <sup>2</sup> ) – IDOSOS	CLASSIFICAÇÃO
< 22,0	Desnutrição
22,0 – 27,0	Eutrofia
> 27,0	Excesso de Peso

Fonte: *Lipischitz* (1994)

### 5.3.3. Perímetro da Cintura

Na Consulta Externa de Dietética e Nutrição, além de fazer a determinação da composição corporal por Bioimpedância Elétrica, era obtido também o Perímetro da Cintura. Esta circunferência foi obtida de acordo com os procedimentos recomendados por Fragoso & Vieira: <sup>40</sup> obtida no plano horizontal, na zona de menores dimensões entre o bordo inferior da grelha costal e a crista ilíaca. O bordo inferior da grelha costal é facilmente identificado se pedir ao observado para fazer uma flexão lateral do tronco. O observado deve permanecer na posição bípede com os membros superiores pendentes ao longo do tronco. O medidor coloca-se em frente ao observado e este deve fazer uma ligeira abdução dos membros superiores, de forma a facilitar a colocação da fita métrica, voltando em seguida a baixá-los até à posição inicial. A medida é obtida no fim de uma expiração normal. Esta medida pode ser obtida na meia distância entre o bordo inferior da grelha costal e a crista ilíaca quando não é visível nenhuma zona mais estreita.

A mais recente evidência científica revela que a obesidade abdominal (avaliada com base no perímetro da cintura) desempenha um papel muito importante no desenvolvimento de complicações metabólicas. De acordo com os critérios da OMS 2000 <sup>44</sup> – **Quadro 3**, a obesidade abdominal é definida quando o perímetro da cintura é igual ou superior a 80,0 cm para as mulheres e igual ou superior a 94,0 cm para os homens, o que contribui para o desenvolvimento de resistência à insulina que leva, por sua vez, à diminuição dos níveis de colesterol HDL, ao aumento dos níveis de triglicéridos e ao desenvolvimento de hipertensão arterial. As complicações metabólicas anteriormente mencionadas contribuem para o desenvolvimento da síndrome metabólica e estão relacionadas com o desenvolvimento de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares.

46

**Quadro 3.** Perímetro da cintura e risco de complicações metabólicas.

PERÍMETRO DA CINTURA (cm)		
Risco de Complicações Metabólicas	♂	♀
Aumentado	94 – 102 cm	80 – 88 cm
Muito aumentado	> 102 cm	> 88 cm

Fonte: WHO (2000)

Dado que a gordura localizada na região abdominal está associada a um risco aumentado para a saúde relativamente à gordura localizada na região glútea, justifica-se a medição deste perímetro na Consulta Externa de Dietética e Nutrição, uma vez que a grande maioria dos doentes apresentou excesso de peso ou obesidade, particularmente mulheres com cancro da mama.

#### 5.3.4. Perímetro do Braço (PB)

Em internamento era frequente não conseguir obter a altura e/ou o peso dos doentes, uma vez que uma grande parte dos doentes internados no Serviço de Medicina I-D são idosos, muitos deles com várias doenças crónicas e condições geriátricas específicas, anteriormente já descritas, que impossibilitavam o levantar do doente para poderem ser devidamente pesados e, conseqüentemente ser feito o cálculo do IMC. Nessas casos em concreto e quando os doentes não conseguiam responder ou não tinham conhecimento acerca do seu peso e altura, optou-se por fazer a medição do PB, medida antropométrica prática e sensível a variações do peso corporal que se correlaciona com os extremos do IMC: se o PB for inferior a 23,5 cm é provável que o IMC seja inferior a 20 kg/m<sup>2</sup> e o indivíduo tenha baixo peso. Se o PB for superior a 32,0 cm é provável que o IMC seja superior a 30 kg/m<sup>2</sup> e o indivíduo obeso. <sup>47</sup>

Se o **PB** é < 23,5 cm, o **IMC** é considerado < 20,0 kg/m<sup>2</sup>  
Se o **PB** é > 32,0 cm, o **IMC** é considerado > 30,0 kg/m<sup>2</sup>

Este perímetro pode ser obtido na meia distância entre o ponto acromial e o olecrânio, perpendicularmente ao eixo longitudinal do segmento. O observado deve permanecer na posição bípede com os membros superiores pendentes ao longo do tronco. Pode pedir-se ao observado para fazer uma ligeira abdução do braço direito de forma a facilitar a colocação da fita. <sup>40</sup>

No entanto, uma vez que um grande número de doentes hospitalizados no Serviço de Medicina I-D se encontra acamado, o perímetro do braço não foi medido de acordo com as recomendações, pelo que os valores obtidos podem ter sido distorcidos em alguns casos.

#### 5.4. Cálculo do Gasto Energético Total (GET)

Para determinar o GET foi utilizada uma fórmula preditiva, a fórmula de *Harris-Benedict*, um método duplamente indireto que permite obter uma estimativa do Gasto Energético de Repouso (GER) de forma simples e sem grande dispêndio de tempo. Esta fórmula tem em conta o género, o peso corporal, a altura e a idade do indivíduo. <sup>48</sup>

##### **Equação de *Harris-Benedict* (kcal/dia)**

**Homem GER:**  $[66,5 + 13,8 \times \text{Peso (kg)}] + [5,0 \times \text{Altura (cm)}] - [6,8 \times \text{Idade (anos)}]$

**Mulher GER:**  $[665,1 + 9,6 \times \text{Peso (kg)}] + [1,8 \times \text{Altura (cm)}] - [4,7 \times \text{Idade (anos)}]$

Após determinar o GER, deve multiplicar-se o valor obtido pelo fator de atividade que acrescenta ao GER a energia necessária para as atividades diárias do indivíduo. Na presença de doença ou stress fisiológico acrescentam-se o fator de stress e o fator térmico para obter o GET, como proposto por *Long et al.*: <sup>49</sup>

**GET (kcal/dia) = GER x Fator de Atividade x Fator de Stress x Fator Térmico**

Os fatores utilizados para o cálculo do GET são apresentados no **Quadro 4.** <sup>49</sup>

**Quadro 4.** Fatores para o cálculo do GET em indivíduos com doença ou stress fisiológico.

FATOR DE ATIVIDADE		FATOR DE LESÃO (Injúria/Stress)		FATOR TÉRMICO	
Acamado	1,20	Sem complicações	1,0	38° C	1,1
Acamado + Móvel	1,25	Pós-operatório	1,1	39° C	1,2
Ambulatório	1,30	Fratura	1,2	40° C	1,3
		Sépsis	1,3	41° C	1,4
		Peritonite	1,4		
		Politraumatizado	1,5		
		Politraumatizado + Sépsis	1,6		
		Queimadura 30 a 50%	1,7		
		Queimadura 50 a 70%	1,8		
		Queimadura 70 a 90%	2,0		

Fonte: Long (1979)

As equações de predição das necessidades energéticas diárias, como a fórmula de *Harris-Benedict*, apresentam erros inerentes à sua aplicabilidade, podendo sobrestimar ou subestimar o GET. Os métodos indiretos, como a calorimetria indireta e a água duplamente marcada são considerados os métodos ideais para a determinação das necessidades energéticas, porém são procedimentos de custo elevado, requerem equipamento especializado, pessoal treinado para a sua correta utilização e acarretam uma maior exigência para os indivíduos avaliados, o que justifica a aplicação de equações de predição para a determinação das necessidades energéticas em ambiente hospitalar.<sup>50</sup>

No Serviço de Medicina I-D, a não existência de aparelhos de calorimetria indireta ou de água duplamente marcada e os elevados custos associados a estes métodos, justificam a utilização de fórmulas preditivas para obter o GET, o que permite não só reduzir os custos hospitalares e economizar tempo mas também evitar um desconforto desnecessário para os doentes hospitalizados ao serem submetidos aos métodos anteriormente referidos.

## 5.5. Quantificação da Ingestão Alimentar

### 5.5.1. 24H anteriores ou 24H recall

Aos doentes em risco nutricional internados há pelo menos 48 horas era aplicado o Questionário das 24H anteriores durante três dias consecutivos, através de um modelo específico desenvolvido pelos elementos do SDN.

O questionário das 24H anteriores é comumente utilizado tanto como um método intensivo de avaliação da ingestão alimentar para estudos de intervenção, mas também como método de comparação para estudos de validação/calibração de avaliações estruturadas, nomeadamente questionários de frequência alimentar. Segundo um estudo realizado em 2009, três 24H *recall* parecem ser suficientes para minimizar a diferença média entre a ingestão alimentar reportada e a ingestão alimentar real.<sup>51</sup>

Apresenta as seguintes vantagens: baixo custo, fácil aplicação, menor exigência quando comparado com outros métodos pois é de rápida aplicação, requer a memória a curto prazo, pode ser usado em populações menos instruídas e permite estimar a ingestão habitual do indivíduo através de múltiplas entrevistas.<sup>52, 53</sup>

Tendo em conta as vantagens acima enumeradas, este pareceu ser o questionário de quantificação da ingestão alimentar indicado, tanto em regime de internamento como em regime ambulatorio.

## 5.6. Alimentação

### 5.6.1. Via de Administração<sup>54</sup>

- Oral
- Nutrição Entérica (NE)
  - ✓ Suplementos Nutricionais Orais (SNO): ingestão oral de alimentos complementares à dieta com fins médicos especiais, para além da alimentação normal; apresentam-se geralmente sob a forma líquida, mas estão também disponíveis sob outras formas (em pó/creme/em barra)
  - ✓ Alimentação por sonda nasoenteral (nasogástrica, nasoduodenal ou nasojejunal) ou percutânea (gastrostomia ou jejunostomia)
- Nutrição Parentérica (NP)

Sempre que possível, a via de administração de alimentação privilegiada deve ser a via oral, uma vez que é a via fisiológica. Quer em internamento, quer na consulta externa, a dieta era adaptada ao doente consoante a consistência que fosse melhor tolerada, que variava entre consistência normal, mole, pastosa ou líquida.

No entanto, um grande número dos doentes internados no Serviço de Medicina I-D são indivíduos idosos, com múltiplas patologias crónicas e condições geriátricas, que podem dificultar ou até mesmo impedir a alimentação por via oral. O mesmo acontece a alguns doentes com patologia oncológica, nos quais os tratamentos antineoplásicos a que são submetidos e a própria doença são responsáveis por sintomas que podem comprometer a ingestão alimentar por via oral, entre os quais, disfagia, mucosite e anorexia. Segundo as linhas de atuação recomendadas pela ESPEN 2006, na presença de doentes desnutridos ou se for considerado que o doente não será capaz de se alimentar por via oral por mais de 7 dias ou se for prevista uma ingestão alimentar inferior a 60 % do GET durante os 10 dias seguintes, deve iniciar-se uma via alternativa de alimentação.<sup>55</sup>

A NE através da administração de SNO – como primeira opção – e a alimentação por sonda ou percutânea oferecem a possibilidade de aumentar ou assegurar a ingestão de nutrientes nos casos em que a ingestão oral é inadequada. Desde que o trato GI esteja funcionando, a NE deve ser a forma de nutrição artificial de excelência quando a alimentação por via oral não é possível ou é insuficiente.<sup>55</sup>

A NE deve ser a opção exceto se existir: instabilidade hemodinâmica, obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula intestinal de alto débito, vômitos incoercíveis, diarreia intratável, isquemia gastrointestinal ou peritonite difusa.<sup>56,57</sup>

Se mesmo assim não for atingido o GET ou se existir alguma contraindicação anteriormente mencionada deve considerar-se a alimentação por via parentérica.

Ao longo do período de estágio tive apenas contato com doentes alimentados por via oral ou por via entérica, mais concretamente, através de suplementos nutricionais orais ou de alimentação por sonda nasogástrica, pelo que o aprofundamento de conhecimentos foi essencialmente no que a estas vias artificiais de alimentação diz respeito. Não tive a oportunidade de contactar com doentes alimentados por via percutânea ou via parentérica.

**Em Geriatria, foram seguidas as seguintes linhas de atuação baseadas na evidência, recomendadas pela ESPEN 2006:** <sup>58</sup>

“Em doentes que sofram de desnutrição ou que estejam em risco de desenvolver desnutrição deve utilizar-se a suplementação nutricional oral para aumentar a ingestão de energia, proteínas e micronutrientes, manter ou melhorar o estado nutricional e melhorar a sobrevivência.” Evidência de Grau (A)

“Em caso de risco nutricional (por exemplo, ingestão nutricional insuficiente, perda de peso não intencional superior a 5 % em 3 meses ou superior a 10 % em 6 meses, índice de massa corporal igual ou inferior a 20 kg/m<sup>2</sup>), deve iniciar-se a suplementação nutricional oral e/ou iniciar a alimentação por sonda.” Evidência de Grau (B)

“Em doentes geriátricos com disfagia neurológica grave deve optar-se pela nutrição entérica por sonda para garantir o fornecimento de energia e nutrientes e, assim, manter ou melhorar o estado nutricional.” Evidência de Grau (A)

“Os idosos fragilizados podem beneficiar de NE por sonda, enquanto a sua condição geral é estável, (não na fase terminal da doença).” Evidência de Grau (B)

“Os SNO, principalmente com alto teor de proteína, podem reduzir o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.” Evidência de Grau (A)

Aos doentes desnutridos ou em risco de desenvolver desnutrição, detetada através de aplicação de ferramentas de rastreio e avaliação do estado nutricional anteriormente referidas, eram prescritos suplementos calórico-proteicos complementares à dieta *standard* de modo a aumentar a ingestão energética e de nutrientes, na tentativa de melhorar o seu estado nutricional. Se mesmo assim não fosse possível atingir o GET, recorria-se à NE por sonda nasogástrica. Na presença de um doente geriátrico em fim de vida optava-se por não colocar uma sonda nasogástrica para alimentação, por causar um desconforto desnecessário ao doente, dado que a situação clínica é irreversível. Por outro lado, em alguns casos específicos, como os doentes geriátricos com disfagia causada por doença neurológica subjacente, recorria-se à NE por sonda de modo a ser possível fornecer a alimentação adequada. Aos doentes geriátricos internados nos quais fosse detetada a presença de úlceras de pressão, era feita a prescrição de um suplemento calórico-proteico, de toma diária, para evitar o agravamento ou se possível reverter a situação.

**Em Oncologia, foram seguidas as seguintes linhas de atuação baseadas na evidência, recomendadas pela ESPEN 2006:** <sup>55</sup>

“Preferir a via entérica sempre que possível.” Evidência de Grau (A)

“Fazer um aconselhamento dietético e nutricional intensivo e utilizar suplementos por via oral para aumentar a ingestão alimentar, para evitar a perda de peso associada à radioterapia e a sua interrupção.” Evidência de Grau (A)

“Fornecer NE a fim de minimizar a perda de peso enquanto o doente consentir e a fase terminal não tiver início.” Evidência de Grau (C)

“Quando o fim da vida estiver próximo a maioria dos doentes requer quantidades mínimas de comida e água apenas para reduzir a sede e a fome.” Evidência de Grau (B)

“Quantidades mínimas de fluídos podem também ajudar a evitar estados confusionais induzidos pela desidratação.” Evidência de Grau (B)

Sempre que possível a via de alimentação privilegiada era a fisiológica, a via oral. No entanto, na impossibilidade de atingir o GET mesmo com um aconselhamento dietético e nutricional intensivo consideravam-se as seguintes alternativas: a utilização de NE (suplementos calórico-proteicos, como primeira opção, e alimentação por SNG) permitia aumentar a ingestão alimentar, através de um menor volume quando comparado com a alimentação artesanal e, conseqüentemente, era possível evitar uma perda de peso tão acentuada em alguns casos, sendo que noutros permitia a estabilização do peso ou até mesmo o aumento do peso, dependendo do quadro clínico.

Aos doentes em fim de vida era apenas oferecido chá de camomila por via oral ao longo do dia para evitar a desidratação e a xerostomia. A alimentação era liberal, sendo fornecido ao doente apenas aquilo que quisesse ingerir.

#### 5.6.2. Modo de Administração (NE)

- **Contínua:** utiliza-se uma bomba de alimentação entérica, o que permite que a alimentação seja administrada por um longo período, iniciando-se, geralmente, com uma quantidade mínima para possibilitar o desenvolvimento gradual de tolerância ao volume e à osmolaridade da fórmula; geralmente é feita uma pausa noturna com o objetivo de diminuir a população bacteriana intragástrica.

- **Bólus:** a alimentação é administrada com uma seringa durante um curto período de tempo (15 a 30 min), 4 a 8 vezes por dia, precedida e seguida pela irrigação da sonda com 20 a 30 ml de água potável.

A administração por bólus é considerada mais fisiológica, com a possibilidade de normalizar a secreção de insulina, mas com uma eventual ocorrência de aspiração e diarreia. Embora não exista um consenso, a administração contínua, em contraste com a administração por bólus, é sugerida como sendo melhor tolerada e um meio de prevenir complicações em pacientes hospitalizados, nomeadamente distensão abdominal, refluxo gastroesofágico, aspiração e diarreia.<sup>59</sup> No entanto, uma vez que nem sempre estavam disponíveis bombas de alimentação entérica suficientes no Serviço de Medicina I-D, a alimentação nesses casos era feita por bólus.

### 5.6.3. Tipo de Alimentação

- **Alimentação industrializada:** acondicionada em recipientes hermeticamente fechados e apropriados para conexão em bombas de alimentação; fórmulas completas e equilibradas; risco de contaminação diminuído pela menor manipulação na preparação; menor risco de entupimento da sonda; menos dispendiosa.
- **Alimentação artesanal ou caseira:** administrada por via oral ou entérica; requer cuidados adicionais na confeção/manipulação/conservação pelo maior risco de contaminação; os alimentos têm que ser bem triturados/homogeneizados para evitar o entupimento da sonda; mais dispendiosa.

Embora esteja preconizado que a alimentação entérica por sonda deva ser feita através de fórmulas industrializadas pelo maior aporte calórico e/ou proteico em menor volume e menor risco de contaminação e entupimento da sonda<sup>56</sup>, na prática do Serviço de Medicina I-D onde realizei o estágio por vezes os doentes não toleravam a alimentação industrializada. Inicialmente administravam-se fórmulas industrializadas como preconizado mas caso o doente não as tolerasse, optava-se pela administração de batidos caseiros ou pela complementaridade entre alimentação industrializada e artesanal.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O estágio é um processo de aprendizagem indispensável a um profissional que deseje estar preparado para enfrentar os desafios da sua profissão. Nesse sentido, fazendo uma reflexão retrospectiva dos quatro meses de estágio no Hospital de Santa Maria, posso afirmar com toda a certeza que tomei a melhor decisão ao escolher o Estágio de Natureza Profissional como Trabalho Final de Mestrado.

Ao longo do período de estágio foi possível aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do primeiro ano de Mestrado em Nutrição Clínica mas também adquirir novos conhecimentos, competências e metodologias de trabalho, que considero serem extremamente importantes a longo prazo no que diz respeito à minha prática profissional.

Durante este período tive a oportunidade de melhorar a minha capacidade de trabalhar em equipa e a minha autonomia enquanto Nutricionista em ambiente hospitalar, tendo sido possível contactar com esta realidade nas áreas em que estive envolvida. Vivenciei a importância do trabalho de uma equipa multidisciplinar, da relação profissional-doente e da necessidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes quer em internamento quer em ambulatório, melhorando a sua saúde e aperfeiçoando os serviços prestados para aumentar a sua satisfação. Consegui ainda melhorar as minhas metodologias de trabalho no que à investigação científica diz respeito, com a elaboração de um poster eletrónico no contexto da atividade realizada durante o estágio, posteriormente apresentado no 18.º Congresso Português de Obesidade, que decorreu entre 24 e 26 de outubro de 2014, no Hotel Meliá Ria, em Aveiro.

O contacto com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, dietistas e com doentes com diversas patologias, realidades e situações delicadas possibilitou-me um desenvolvimento enorme a nível profissional com a aquisição de experiência na área clínica, mas também a nível pessoal com o estabelecimento de uma boa relação e interação tanto com os profissionais de saúde como com os doentes.

**No meu entendimento penso ter cumprido os objetivos estipulados, pelo que não podia estar mais satisfeita.**

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. World Health Organization (WHO), UNICEF & UN System Standing Committee on Nutrition. WHO, UNICEF, and SCN Informal Consultation on Community-Based Management of Severe Malnutrition in Children – SCN Nutrition Policy Paper no. 21. Food Nutr Bull. 2006 Sep; 27 (3 Suppl).  
Available from:  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/fnb\\_v27n3\\_suppl/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fnb_v27n3_suppl/en/index.html)
2. Lochs H, Allison SP, Meier R, *et al.* Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. Clin Nutr. 2006 Apr; 25 (2): 180 – 6.
3. Hickson M. Malnutrition and ageing. Postgrad Med J. 2006 Jan; 82 (963): 2 – 8.
4. Leistra E, Willeboordse F, Visser M. Predictors for achieving protein and energy requirements in undernourished hospital patients Clin Nutr. 2011 Aug; 30 (4): 484 – 9.
5. Norman K, Pichard C, Lochs H, *et al.* Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition. 2008 Feb; 27 (1): 5 – 15.
6. Pirlich M, Schutz T, Norman K, *et al.* The German hospital malnutrition study. Clin Nutr. 2006 Aug; 25 (4): 563 – 72.
7. Lorenzo A, Hernández J, Planas M, *et al.* Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. Nutr Hosp. 2011 Jul; 26 (4): 701 – 10.
8. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. 2012. Lisboa, Portugal. Pág. 21 – 22.  
Disponível em:  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes)

9. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Projeções de População Residente 2012 – 2060. 2014. Lisboa, Portugal. Pág. 7 – 8.  
Disponível em:  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes)
10. Carneiro R, Freire E, Alves J, Rocha N. Patient Centered Practice In Internal Medicine. *Acta Med Port.* 2010 Mar; 23: 1035 – 1042.
11. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, *et al.* Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *PLoS ONE.* 2011 Nov; 6 (11): e26951.
12. Fricke J. Activities of Daily Living. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). 2010.
13. Shum NC, Hui WW, Chu FC, *et al.* Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Med J.* 2005 Aug; 11 (4): 234 – 42.
14. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr.* 2002 Aug; 56 (8): 779 – 85.
15. Geirsdottir OG & Thorsdottir I. Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening. *Food Nutr Res.* 2008.
16. Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HAH, *et al.* High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals, *Nutrition.* 2012 Nov; 28 (11): 1151 – 56.
17. Giryes S, Leibovitz E, Matas Z, *et al.* Measuring Nutrition Risk in Hospitalized Patients: MENU, A Hospital-Based Prevalence Survey. *Isr Med Assoc J* 2012 Jul; 14 (7): 405 – 9.

18. Mueller C, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011 Jan; 35 (1): 16 – 24.
19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.  
Available from: <http://globocan.iarc.fr>
20. Macedo A, Andrade S, Moital I, *et al.* Characterization of oncological disease: racional, objectives and methodology – perfil study. *Acta Med Port.* 2008 Jul; 21 (4): 329 – 34.
21. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, *et al.* Role of nutritional status in predicting the quality of life outcomes in cancer: a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J.* 2012 Apr; 11 (27).
22. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer.* 2004 Aug; 91 (3): 447 – 52.
23. Vergara N, Montoya JE, Luna HG, *et al.* Quality of Life and Nutritional Status Among Cancer Patients on Chemotherapy. *Oman Med J.* 2013 Jul; 28 (4): 270 – 4.
24. Shahmoradi N, Kandiah M, Peng LS. Impact of Nutritional Status on the Quality of Life of Advanced Cancer Patients in Hospice Home Care. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2009. 10 (6): 1003 – 10.
25. Argilés JM. Cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs.* 2005. 9 (S2): S39.
26. Argilés JM, Olivan M, Busquets S, *et al.* Optimal management of cancer anorexia-cachexia syndrome. *Cancer Manag Res.* 2010 Jan; 22 (2): 27 – 38.

27. Chaves MR, Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, Camilo M, Ravasco P. The diversity of nutritional status in cancer: new insights. *Oncologist*. 2010 Abr; 15 (5): 523 – 30.
28. World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. 2007. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. AICR. Washington, DC.  
Available from: [http://www.dietandcancerreport.org/cup/whats\\_new.php](http://www.dietandcancerreport.org/cup/whats_new.php)
29. Sun B & Karin M. Obesity, Inflammation and Liver Cancer. *J Hepatol*. 2012 Mar; 56 (3): 704 – 713.
30. Carvalho G, Camilo ME, Ravasco P. What is the relevance of nutrition in oncology? *Acta Med Port*. 2011 Dec; 24 (S4): 1041 – 50.
31. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2005; 23 (7): 1431 – 38.
32. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, *et al*. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003 Jun; 22 (3): 321 – 36.
33. Gheorghe C, Pascu O, Iacob R, *et al*. Nutritional risk screening and prevalence of malnutrition on admission to gastroenterology departments: a multicentric study. *Chirurgia (Bucur)*. 2013 Jul-Aug; 108 (4): 535 – 41.
34. Isenring E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *Eur J Clin Nutr*. 2003 Feb; 57 (2): 305 – 9.

35. Kondrup J, Allison SP, Elia M, *et al.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr.* 2003 Aug; 22 (4): 415 – 21.
36. Malafarina V, Uriz-Otano F, Iniesta R, Gil-Guerrero L. Sarcopenia in the elderly: Diagnosis, physiopathology and treatment. *Maturitas.* 2012 Feb; 71 (2): 109 –14.
37. Valenzuela-Landaeta K, Rojas P, Basfi-fer K. Nutritional assessment for cancer patient. *Nutr Hosp.* 2012 Mar-Apr; 27 (2): 516 – 23.
38. Větrovská R, Vilikus Z, Klaschka J, *et al.* Does impedance measure a functional state of the body fat? *Physiol Res.* 2014; 63 Suppl 2: S309 – 20.
39. de Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr.* 1996 Oct; 64 (4): 650 – 8.
40. Fragoso, I & Vieira, F. *Cin antropometria.* Lisboa: MH edições, 2005.
41. Barao K & Forones NM. Body mass index: different nutritional status according to WHO, OPAS and Lipschitz classifications in gastrointestinal cancer patients. *Arq Gastroenterol.* 2012 Apr-Jun; 49 (2): 169 – 71.
42. Cook Z, Kirk S, Lawrenson S and Sandford S. Use of BMI in the assessment of undernutrition in older subjects: reflecting on practice. *Proc Nutr Soc.* 2005 Aug; 64 (3): 313 – 7.
43. Sánchez-García S, García-Peña C, Duque-López MX *et al.* Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health.* 2007 Jan; 7: 2.
44. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 2000.

45. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994 Mar; 21 (1): 55 – 67.
46. Gierach M, Gierach J, Ewertowska M, *et al*. Correlation between Body Mass Index and Waist Circumference in Patients with Metabolic Syndrome. *ISRN Endocrinol*. 2014 Mar.
47. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). The ‘MUST’ Explanatory Booklet: A Guide to the ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) for Adults. BAPEN, 2003.
48. Harris, JA, Benedict, FG. *A Biometric Study of Basal Metabolism in Man*. Boston: Carnegie Institution of Washington, 1919.
49. Long, CL, *et al*. Metabolic Response to Injury and Illness: Estimation of Energy and Protein Needs. *J Parenter Enteral Nutr*. 1979; 3: 452 – 56.
50. Pinheiro Volp AC, Esteves de Oliveira F, Duarte Moreira Alves R, *et al*. Energy expenditure: components and evaluation methods. *Nutr Hosp*. 2011 May – Jun; 26 (3): 430 - 40.
51. Ma Y, Olendzki BC, Pagoto SL, *et al*. Number of 24-hour diet recalls needed to estimate energy intake. *Ann Epidemiol*. 2009 Aug; 19 (8): 553 – 9.
52. Mennen LI, Bertrais S, Galan P, *et al*. The use of computerised 24h dietary recalls in the French SU.VI.MAX Study: number of recalls required. *Eur J Clin Nutr*. 2002 Jul; 56 (7): 659 – 65.
53. Stote KS, Radecki SV, Moshfegh AJ, *et al*. The number of 24h dietary recalls using the US Department of Agriculture's automated multiple-pass method required to estimate nutrient intake in overweight and obese adults. *Public Health Nutr*. 2011 Oct; 14 (10): 1736 – 42.

54. Lochs H, Allison SP, Meier R, *et al.* Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clin Nutr.* 2006 Apr; 25 (2): 180 – 6.
55. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, *et al.* ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2006 Apr; 25 (2): 245 – 59.
56. Pearce C & Duncan H. Enteral feeding. Nasogastric, nasojejunal, percutaneous endoscopic gastrostomy, or jejunostomy: its indications and limitations, *Postgrad Med J.* 2002 Apr; 78 (918): 198 – 204.
57. ASPEN: Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2002 Jan; 26 (1 Suppl): 1SA – 138SA.
58. Volkert D, Berner YN, Berry E, *et al.* ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr.* 2006 Apr; 25 (2): 330 – 60.
59. Tavares de Araujo VM, Gomes PC, Caporossi C. Enteral nutrition in critical patients; should the administration be continuous or intermittent? *Nutr Hosp.* 2014 Mar; 29 (3): 563 – 7.

# LISTA DE APÊNDICES & ANEXOS



## APÊNDICE 1

### Plano Semanal de Atividades

<b>DIA DA SEMANA</b>	<b>HORA DE ENTRADA</b>	<b>HORA DE SAÍDA</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	
Segunda-Feira	9H00	16H00	Apoio ao Serviço de Medicina I – Sector D	<u>Aplicação de Ferramentas de Rastreio e Avaliação Nutricional:</u> NRS 2002 PG-SGA
Terça-Feira	9H00	16H00	Apoio ao Serviço de Medicina I – Sector D	
Quarta-Feira	9H00	16H00	Apoio ao Serviço de Medicina I – Sector D; Reunião Médica	
Quinta-Feira	10H00	17H00	Apoio ao Serviço de Medicina I – Sector D (Manhã); Apoio à Consulta Externa de Oncologia Médica (Tarde)	
Sexta-Feira	9H00	16H00	Apoio ao Serviço de Medicina I – Sector D	

# ANEXO 1



## NRS 2002 - Modelo utilizado pelos Dietistas do SDN do HSM

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE	 <b>HOSPITAL DE SANTAMARIA</b>	 <b>Hospital Pulido Valente</b>																								
Serviço de Dietética e Nutrição	<b>IDENTIFICAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL NRS – 2002</b>																									
<b>IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE</b>																										
<b>Nome:</b> _____ <b>NSC:</b> _____ <b>Serviço de Internamento:</b> _____ <b>Cama:</b> _____ <b>Peso (kg):</b> _____ kg <b>Altura (m):</b> _____ m <b>IMC:</b> _____ <b>Idade:</b> _____ <b>Peso habitual (kg):</b> _____ kg <b>Perda de peso (kg):</b> _____ kg em _____ meses <b>Motivo internamento:</b> _____ <b>Diagnóstico:</b> _____ <b>AP:</b> _____	Vinheta do utente																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Tabela 1: Exame Inicial</th> <th style="text-align: center;">Sim</th> <th style="text-align: center;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>O IMC é &lt;20,5?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>O doente teve uma ingestão dietética reduzida na última semana?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>O doente está severamente doente? (ex. em terapia intensa)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Sim:</b> se a resposta é "sim" a qualquer questão, deve prosseguir com o exame da Tabela 2.  <b>Não:</b> se a resposta é "não" a todas as questões, o utente não se encontra em risco; voltar a reavaliar em uma semana.</p>			Tabela 1: Exame Inicial		Sim	Não	1	O IMC é <20,5?			2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?			3	O doente teve uma ingestão dietética reduzida na última semana?			4	O doente está severamente doente? (ex. em terapia intensa)						
Tabela 1: Exame Inicial		Sim	Não																							
1	O IMC é <20,5?																									
2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?																									
3	O doente teve uma ingestão dietética reduzida na última semana?																									
4	O doente está severamente doente? (ex. em terapia intensa)																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: left;">Tabela 2: Exame Final</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Alteração do Estado Nutricional</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">Severidade da doença (= aumento das necessidades)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ausente</b> Score 0</td> <td>Estado Nutricional Normal</td> <td style="text-align: center;"><b>Ausente</b> Score 0</td> <td>Necessidades Nutricionais Normais</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ligeira</b> Score 1</td> <td>Perda de peso &gt; 5% em 3 meses <b>ou</b> Ingestão alimentar de 50 – 75% das necessidades normais na semana precedente</td> <td style="text-align: center;"><b>Ligeira</b> Score 1</td> <td>Fractura da anca Doentes crónicos, particularmente com complicações agudas: cirrose, COPD, hemodiálise, diabetes, oncologia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Moderada</b> Score 2</td> <td>Perda de peso &gt; 5% em 2 meses ou IMC 18,5 – 20,5 c/ alteração do estado geral ou ingestão alimentar <b>ou</b> 25 - 60% das necessidades normais na semana precedente</td> <td style="text-align: center;"><b>Moderada</b> Score 2</td> <td>Grande cirurgia abdominal, Enfarte <i>Pneumonia severa, cancro hematológico</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Severa</b> Score 3</td> <td>Perda de peso &gt; 5% em 1 mês (&gt; 15% em 3 meses) ou IMC &lt;18,5 c/ perturbação da condição geral <b>ou</b> Ingestão alimentar de 0 - 25% das necessidades normais na semana precedente</td> <td style="text-align: center;"><b>Severa</b> Score 3</td> <td>Lesão cefálica (traumatismo) Transplante de medula <i>Doentes dos Cuidados Intensivos</i>  <b>(APACHE &gt;10)</b></td> </tr> </tbody> </table>			Tabela 2: Exame Final				Alteração do Estado Nutricional		Severidade da doença (= aumento das necessidades)		<b>Ausente</b> Score 0	Estado Nutricional Normal	<b>Ausente</b> Score 0	Necessidades Nutricionais Normais	<b>Ligeira</b> Score 1	Perda de peso > 5% em 3 meses <b>ou</b> Ingestão alimentar de 50 – 75% das necessidades normais na semana precedente	<b>Ligeira</b> Score 1	Fractura da anca Doentes crónicos, particularmente com complicações agudas: cirrose, COPD, hemodiálise, diabetes, oncologia	<b>Moderada</b> Score 2	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18,5 – 20,5 c/ alteração do estado geral ou ingestão alimentar <b>ou</b> 25 - 60% das necessidades normais na semana precedente	<b>Moderada</b> Score 2	Grande cirurgia abdominal, Enfarte <i>Pneumonia severa, cancro hematológico</i>	<b>Severa</b> Score 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC <18,5 c/ perturbação da condição geral <b>ou</b> Ingestão alimentar de 0 - 25% das necessidades normais na semana precedente	<b>Severa</b> Score 3	Lesão cefálica (traumatismo) Transplante de medula <i>Doentes dos Cuidados Intensivos</i>  <b>(APACHE &gt;10)</b>
Tabela 2: Exame Final																										
Alteração do Estado Nutricional		Severidade da doença (= aumento das necessidades)																								
<b>Ausente</b> Score 0	Estado Nutricional Normal	<b>Ausente</b> Score 0	Necessidades Nutricionais Normais																							
<b>Ligeira</b> Score 1	Perda de peso > 5% em 3 meses <b>ou</b> Ingestão alimentar de 50 – 75% das necessidades normais na semana precedente	<b>Ligeira</b> Score 1	Fractura da anca Doentes crónicos, particularmente com complicações agudas: cirrose, COPD, hemodiálise, diabetes, oncologia																							
<b>Moderada</b> Score 2	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18,5 – 20,5 c/ alteração do estado geral ou ingestão alimentar <b>ou</b> 25 - 60% das necessidades normais na semana precedente	<b>Moderada</b> Score 2	Grande cirurgia abdominal, Enfarte <i>Pneumonia severa, cancro hematológico</i>																							
<b>Severa</b> Score 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC <18,5 c/ perturbação da condição geral <b>ou</b> Ingestão alimentar de 0 - 25% das necessidades normais na semana precedente	<b>Severa</b> Score 3	Lesão cefálica (traumatismo) Transplante de medula <i>Doentes dos Cuidados Intensivos</i>  <b>(APACHE &gt;10)</b>																							
<b>Pontos:</b> _____		<b>Pontos:</b> _____	<b>Total =</b> _____																							
<b>Idade:</b> _____ se ≥ 70 anos: + 1 ponto no total acima			<b>Total (c/ idade) =</b> _____																							
<b>Total ≥ 3:</b> o utente encontra-se em risco; iniciar plano de cuidados nutricionais <b>Total &lt;3:</b> reavaliar semanalmente																										
<b>SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO</b>		<b>Dietista:</b> _____ <b>nº mec.:</b> _____ <b>Data:</b> / / 20__																								

SDN\_F.038/02

## ANEXO 2

PG-SGA – Modelo utilizado pelos Dietistas do SDN do HSM (Página 1)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE		 HOSPITAL DE SANTAMARIA		 Hospital PulidoValente	
Serviço de Dietética e Nutrição		<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL</b> <b>AVALIAÇÃO SUBJECTIVA GLOBAL – ASG</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE</b>					
Nome: _____ NSC: _____ Idade: _____		Serviço de Internamento: _____ Cama: _____		Vinheta do utente	
Motivo internamento: _____		Diagnóstico: _____			
<b>AVALIAÇÃO SUBJECTIVA GLOBAL</b>					
<b>1. Peso (ver quadro 1)</b>		<b>2. Ingestão Alimentar</b>			
<b>Peso habitual e actual</b> Peso Habitual _____ kg Peso Actual _____ kg Altura _____ m Peso (1 mês) _____ kg Peso (6 meses) _____ kg <b>Durante as 2 últimas semanas o peso:</b> <input type="checkbox"/> Manteve-se (0) <input type="checkbox"/> Baixou (1) <input type="checkbox"/> Aumentou (0)		<b>Ingestão alimentar durante o último ano</b> <input type="checkbox"/> Igual (0) <input type="checkbox"/> Superior (0) <input type="checkbox"/> Inferior (1) <b>Ingestão alimentar actualmente:</b> <input type="checkbox"/> Dieta geral, inferior ao normal (2) <input type="checkbox"/> Dieta geral, pequenas quantidades (2) <input type="checkbox"/> Apenas líquidos (3) <input type="checkbox"/> Apenas suplementos nutricionais (3) <input type="checkbox"/> Quase nada (4) <input type="checkbox"/> Apenas alimentação entérica ou parentérica (0)			
<b>3. Sintomas – nas 2 últimas semanas</b>			<b>4. Capacidade Funcional – último mês</b>		
<input type="checkbox"/> Sem problemas (0) <input type="checkbox"/> Dor _____ (3) <input type="checkbox"/> Sem apetite (3) <input type="checkbox"/> Vômitos (3) <input type="checkbox"/> Náuseas (1) <input type="checkbox"/> Diarreia (3) <input type="checkbox"/> Obstipação (1) <input type="checkbox"/> Xerostomia (1) <input type="checkbox"/> Mucosite (2) <input type="checkbox"/> Entarçamento (1) <input type="checkbox"/> Disgeusia (1) <input type="checkbox"/> Alteração do olfacto (1) <input type="checkbox"/> Disfagia (2) <input type="checkbox"/> Outros _____ (1)			<input type="checkbox"/> Sem limitações (0) <input type="checkbox"/> Algumas limitações, mas a trabalhar/activo (1) <input type="checkbox"/> Em casa, mas sentado/deitado <50 % (2) <input type="checkbox"/> Sentado ou deitado grande parte do dia (3) <input type="checkbox"/> Acamado (3) <b>SOMA DAS CAIXAS 1 – 4</b> <input type="text"/> <b>A</b>		
<b>5. Patologia e sua relação com necessidades nutricionais (ver quadro 2)</b>					
Diagnósticos relevantes (especifique) _____ Grau de patologia primária (assinale o mais apropriado) I, II, III, IV, V, outros _____ Idade _____				<b>SOMA QUADRO 2</b> <input type="text"/> <b>B</b>	
<b>6. Stress Metabólico (ver quadro 3)</b>			<b>7. Actividade física (ver quadro 4)</b>		
<input type="checkbox"/> Sem stress <input type="checkbox"/> Baixo stress <input type="checkbox"/> Stress moderado <input type="checkbox"/> Stress elevado <b>SOMA QUADRO 3</b> <input type="text"/> <b>C</b>			<b>SOMA QUADRO 4</b> <input type="text"/> <b>D</b>		
<b>SOMA TOTAL DAS CAIXAS A + B + C + D</b> <input type="text"/>					
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL (ver quadro 5)</b>					
<input type="checkbox"/> Bem nutrido ou anabólico (SGA – A) <input type="checkbox"/> Desnutrição moderada ou suspeita (SGA – B) <input type="checkbox"/> Desnutrição grave (SGA – C)					
<small>Recomendação de triagem nutricional: A soma da avaliação é usada para definir intervenções nutricionais específicas incluindo ensino paciente/família, controlo de sintomas incluindo intervenções farmacológicas, e intervenção apropriada de nutrientes (alimentos, suplementos alimentares, intervenção entérica ou parentérica). A intervenção mais importante inclui um bom controlo dos sintomas.          0 – 1 Sem necessidade de intervenção actual. Reavaliar por rotina durante o tratamento.          2 – 3 Ensino paciente/família, efectuado com intervenção farmacológica adequado aos sintomas (CAIXA 3) observados ou valores laboratoriais.          4 – 8 Necessita de intervenção do dietista em conjunto com equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, outros), consoante manifestações indicadas na caixa 3 (sintomas).          ≥9 Indica grandes necessidades para melhorar o controlo dos sintomas apresentados.</small>					
<b>SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO</b>		Dietista: _____ nº mec.: _____		Data: ____/____/20____	
SDN_F.038/02		Pág. 1 de 2			

Quadros e Avaliação de ASG																						
<b>Quadro 1 - Valores de perda de peso</b>		<b>Quadro 2 – Critérios para doença/condição</b>																				
<p>Para determinar o score, use preferencialmente o peso referente à perda o último mês; só considere a perda de peso nos últimos 6 meses se não existir registo da perda de peso do último mês.</p> <p>Utilize os pontos para determinar o score referente à perda de peso e some 1 ponto extra, caso a perda de peso se tenha verificado nas duas últimas semanas.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cancro</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sida</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Caquexia pulmonar ou cardiaca</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Escaras ou fistulas</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Trauma</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Idade &gt; a 65 anos</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>			Categoria	Pontos	Cancro	1	Sida	1	Caquexia pulmonar ou cardiaca	1	Escaras ou fistulas	1	Trauma	1	Idade > a 65 anos	1				
Categoria	Pontos																					
Cancro	1																					
Sida	1																					
Caquexia pulmonar ou cardiaca	1																					
Escaras ou fistulas	1																					
Trauma	1																					
Idade > a 65 anos	1																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Perda de peso no último mês</th> <th>Pontos</th> <th>Perda de peso nos últimos 6 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥10 %</td> <td>4</td> <td>≥20%</td> </tr> <tr> <td>5 - 9.9 %</td> <td>3</td> <td>10 - 19.9 %</td> </tr> <tr> <td>3 - 4.9 %</td> <td>2</td> <td>6 - 9.9 %</td> </tr> <tr> <td>2 - 2.9 %</td> <td>1</td> <td>2 - 5.9 %</td> </tr> <tr> <td>0 - 1.9 %</td> <td>0</td> <td>0 - 1.9 %</td> </tr> </tbody> </table>		Perda de peso no último mês	Pontos	Perda de peso nos últimos 6 meses	≥10 %	4	≥20%	5 - 9.9 %	3	10 - 19.9 %	3 - 4.9 %	2	6 - 9.9 %	2 - 2.9 %	1	2 - 5.9 %	0 - 1.9 %	0	0 - 1.9 %	<p>Pontos quadro 1 <input type="text"/></p>		
Perda de peso no último mês	Pontos	Perda de peso nos últimos 6 meses																				
≥10 %	4	≥20%																				
5 - 9.9 %	3	10 - 19.9 %																				
3 - 4.9 %	2	6 - 9.9 %																				
2 - 2.9 %	1	2 - 5.9 %																				
0 - 1.9 %	0	0 - 1.9 %																				
<b>Quadro 3 - Valores de stress metabólico</b>		<b>Pontos quadro 2</b> <input type="text"/>																				
<b>Stress</b>	<b>nenhum (0)</b>	<b>baixo (1)</b>	<b>moderado (2)</b>	<b>elevado (3)</b>																		
Febre	sem febre	>37 e <38	≥ 38 e < 39	≥ 39																		
Duração	sem febre	< 72 horas	72 horas	>72 horas																		
Corticóides	sem corticóides	< 10 mg/dia	10-30 mg/dia	≥ 30 mg/dia																		
				<b>Pontos quadro 3</b> <input type="text"/>																		
<b>Quadro 4 – Exame físico</b>																						
<p>O exame físico inclui uma avaliação subjectiva de 3 aspectos da composição corporal: gordura, músculos e líquidos. Uma vez que o exame é subjectivo, cada aspecto é avaliado com um grau de défice. O impacto do défice muscular pontua mais que o défice da gordura. <b>Definição de categorias: 0 = sem défice, 1+ = baixo défice, 2+ = défice moderado, 3+ = défice elevado.</b></p> <p>A avaliação do défice nestas categorias não é somado, mas é usado para que clinicamente se possa avaliar o défice (ou excesso de fluidos).</p>																						
<b>Reserva de gordura</b>		<b>Edemas</b>																				
Prega orbitaria	0 1+ 2+ 3+	Edema maleolar	0 1+ 2+ 3+																			
Prega cutânea tricipital	0 1+ 2+ 3+	Edema sagrado	0 1+ 2+ 3+																			
Intercostais	0 1+ 2+ 3+	Ascite	0 1+ 2+ 3+																			
<b>Avaliação do défice global de gordura</b>	<b>0 1+ 2+ 3+</b>	<b>Avaliação da retenção de líquidos</b>	<b>0 1+ 2+ 3+</b>																			
<b>Avaliação muscular</b>		<p>A avaliação do exame físico é determinada pela pontuação obtida de todos os défices corporais; o défice muscular tem prioridade sobre perdas de gordura ou excesso de fluidos.</p> <p>0 = sem défice                      1+ = baixo défice</p> <p>2+ = défice moderado            3+ = défice elevado</p>																				
Têmporas (musculo temporal)	0 1+ 2+ 3+																					
Clavículas (peitorais e deltóides)	0 1+ 2+ 3+																					
Ombros (deltóides)	0 1+ 2+ 3+																					
Intercostais	0 1+ 2+ 3+																					
Escapulares	0 1+ 2+ 3+																					
Coxa (quadrípedes)	0 1+ 2+ 3+																					
Massa gêmeos	0 1+ 2+ 3+																					
<b>Avaliação global do músculo</b>	<b>0 1+ 2+ 3+</b>	<b>Pontos quadro 4</b> <input type="text"/>																				
<b>Quadro 5 – PG – ASG Categorias</b>																						
	<b>Classe A</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe C</b>																			
<b>Categoria</b>	Bem nutrido	Malnutrição moderada ou suspeita de malnutrição	Malnutrição severa																			
<b>Peso</b>	Sem perda de peso ou sem edemas	5% de perda de peso num mês (ou 10% em 6 meses) Sem estabilização ou aumento de peso	a) >5% de perda de peso num mês) ou (+ 10% em 6 meses) b) Sem estabilização ou aumento de peso																			
<b>Ingestão alimentar</b>	Sem défice ou c/aumento da ingestão	Diminuição da ingestão	Grave défice de ingestão																			
<b>Sintomas c/impacto nutricional</b>	Nenhum ou significativo aumento	Presença de sintomas (ver caixa 3)	Presença de sintomas (ver caixa 3)																			
<b>Capacidade Funcional</b>	Sem défice ou c/recente aumento	Défice ou deterioração recente	Grave défice funcional ou recente deterioração																			
<b>Exame Físico</b>	Sem défice ou défice crónico c/recente melhoria	Evidente perda de tecido adiposo/muscular	Óbvios sinais de malnutrição																			
				<b>ASG (A,B ou C)</b> <input type="text"/>																		

## ANEXO 3

Formulário Dietético do CHLN, EPE.

### INTRODUÇÃO

O presente Formulário Dietético, disponibilizado pelo Serviço de Dietética e Nutrição, tem por objectivo facilitar a consulta das dietas standartizadas e disponíveis para prescrição médica, no âmbito da nova prestação de Serviços da Alimentação no CHLN.

Sempre que a prescrição médica da dieta ao utente internado não se enquadre nas demais dietas (ex.: hipo/hiperproteica, hipercalórica, outras...), deverá a equipe clínica optar pela prescrição de dieta personalizada a qual será otimizada pela(o) dietista do serviço de internamento.

### HORÁRIOS

A prescrição de dietas deverá ser realizada:

- **Almoço:** até às **10:30h**; após este horário e até às **14h**, deverá ser requisitado em substituição, um *Pack Refeição* (ver lista de *Pack Refeição*). As refeições seguintes (lanche, jantar e ceia) já serão de acordo com a prescrição médica.
- **Jantar:** até às **17:30h**; após este horário e até às **19:30h**, deverá ser requisitado em substituição, um *Pack Refeição* (ver lista de *Pack Refeição*). As refeições seguintes (ceia e dia seguinte) já serão de acordo com a prescrição médica.
- **Fins-de-semana:** são aplicados os mesmos horários. Na necessidade de personalização da dieta, deverá ser contactada(o) a(o) dietista de urgência.

### CONTACTOS ÚTEIS

	Função	Contactos	Horários
Dietista de urgência	· Personalização ou pedidos de esclarecimentos de dietas/suplementos/nutrição entérica;	<b>99155</b>	2ª a 6ª: 15h às 19h FDS: 10h às 17h
Secretariado do SDN	· Comunicação de falhas no envio de géneros/refeições;	<b>53393</b> <b>99291</b>	2ª a 6ª: 8:30h às 17:30h
Encarregados do SDN	· Comunicação de falhas no envio de géneros/refeições;	<b>91114</b>	2ª a 6ª: 7:30h às 19:30h FDS: 7:30h às 19:30h
Empresa Concessionária	· Comunicação de falhas no envio de géneros/refeições;	<b>51065</b> <b>51013</b> <b>98016</b>	2ª a Dom: 19:30h às 21h

## CODIFICAÇÃO DAS DIETAS STANDARTIZADAS

As diferentes dietas deverão ser identificadas com uma etiqueta colorida, conforme código de cores por tipo de dieta.

Todas as **DIETAS SEM SAL** devem apresentar ***um traco oblíquo*** da esquerda para a direita, a preto.

A informação contida em cada cartão e respectiva disposição deverá ser conforme a ilustrada.

Tipo de Dieta	Cor do cartão/Etiqueta	
Geral	Sem etiqueta	
Geral sem sal		
Ligeira	Lilás	
Mole	Verde	
Mole com Papas	Verde	
Hipolipídica	Rosa claro	
Hipolipídica mole	Rosa claro com letra M	<b>M</b>
Diabética	Amarelo	
Diabética mole	Verde com letra D	<b>D</b>
Diabética pastosa	Amarelo com letra P	
Gástrica	Vermelho	
Pastosa I	Cinzento	
Hipocalórica	Rosa	
Hipocalórica mole	Rosa com letra M	<b>M</b>
Pastosa II	Cinzento com nº 2	<b>2</b>
Sem resíduos Pobre em lactose	Branca	
Sem resíduos Pobre em lactose mole	Branca com letra M	<b>M</b>
Sem resíduos Pobre em lactose pastosa	Branca com letra M	<b>P</b>
Líquida	Branca com letras LQ	<b>LQ</b>
Líquida diabética	Amarelo com letras LQ	<b>LQ</b>
Preparação 1	Branca com letras PI	<b>PI</b>
Preparação 2	Branca com letras PII	<b>PII</b>
Imunocomprometidos	Branca com letras IM	<b>IM</b>
Personalizada	Branca com nº copa e cama	<b>Ex: 14A/8</b>

## DIETAS STANDARTIZADAS

Geral/Ligeira*	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 dl de leite MG</li><li>• 1 Café DI</li><li>• 1 Açúcar DI</li><li>• 1 Pão de mistura DI</li><li>• 1 Manteiga DI</li><li>• 1 Doce DI (2ª, 4ª e 6ª)</li></ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Iogurte de aromas (2ª, 4ª, 6ª)</li><li>• 1 Fruta crua (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li></ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sopa da geral 3 dl</li><li>• Prato da geral/ligeira*</li><li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li><li>• 1 Pão de mistura DI</li><li>• 1 Fruta crua/1 sobremesa do calendário (2ª e sáb.)</li></ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 dl de leite MG</li><li>• 1 Café DI</li><li>• 1 Açúcar DI</li><li>• 1 Pão de mistura DI</li><li>• 1 Manteiga DI</li></ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sopa da geral 3 dl</li><li>• Prato da geral/ligeira*</li><li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li><li>• 1 Pão de mistura DI</li><li>• 1 Fruta crua/1 Sobremesa do calendário (5ª)</li></ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Leite MG DI</li><li>• 1 Descafeinado DI</li><li>• 1 Açúcar DI</li><li>• 1 Bolacha Maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom)/1 Bolacha Água e Sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li></ul>
Observações	* Ligeira: sem fritos, guisados, leguminosas, polvo, lulas, choco, atum e enchidos

<b>Mole</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI (3ª, 5ª, sáb. e dom.)/pão de forma (2 fatias) (2ª, 4ª e 6ª)</li> <li>• 1 Manteiga DI/1 queijo DI (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 Iogurte de aromas sólido (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Fruta assada (3ª e 5ª)/banana (4ª e 6ª)/fruta cozida (dom.)/1 sobremesa do calendário (2ª e sáb.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG</li> <li>• 1 Café DI*</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI (2ª, 4ª e 6ª)/ pão de forma (2 fatias) (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li> <li>• 1 Manteiga DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Fruta assada (2ª, 4ª e dom.)/fruta cozida (3ª, 6ª e sáb.)/1 sobremesa do calendário (5ª)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI</li> <li>• 1 Descafeinado DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	* não enviar 3ª e sáb.

<b>Mole com Papas</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Tapioca c/ovo (2ª, 5ª)</li> <li>• 1 Papa Maizena c/ ovo (3ª, 6ª)</li> <li>• 1 Papa Aveia c/ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 Iogurte de aromas sólido (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Esparregado/Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de forma (1 fatia)</li> <li>• 1 Fruta assada (3ª e 5ª)/banana (4ª e 6ª)/fruta cozida (dom.)/1 sobremesa do calendário (2ª e sáb.)*</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ovo (3ª, 6ª)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> <li>• 1 Papa Aveia c/ovo (2ª, 5ª)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Esparregado/Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de forma (1 fatia)</li> <li>• 1 Fruta assada (2ª, 4ª e dom.)/fruta cozida (3ª, 6ª e sáb.)/1 sobremesa do calendário (5ª)*</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Nestum com Mel (2ª, 4ª e Sáb.)</li> <li>• 1 Leite MG DI (3ª, 5ª, 6ª e dom.)</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (3ª, 5ª, 6ª e dom.)</li> </ul>
Observações	* não enviar arroz doce e fatias de bolo.

<b>Hipolipídica</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Compota DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte de aromas magro (2ª, 4ª, 6ª)</li> <li>• 1 Fruta crua (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral s/ gordura 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão mistura DI</li> <li>• 1 Fruta crua</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3 dl s/ gordura</li> <li>• Prato da hipolipídica</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão mistura DI</li> <li>• 1 Fruta crua</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Descafeinado DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	Confecções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive).

<b>Hipolipídica mole</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Compota DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte de aromas magro (2ª, 4ª, 6ª)</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada/banana (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral s/ gordura batida 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica mole</li> <li>• 1 Esparregado/puré de legumes s/ gordura</li> <li>• 1 Pão mistura DI</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada/banana</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral s/ gordura batida 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica mole</li> <li>• 1 Esparregado/puré de legumes s/ gordura</li> <li>• 1 Pão mistura DI</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada/banana</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Descafeinado DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	Confecções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive).

<b>Diabética</b>	
7h00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI (<i>enviado de véspera, na ceia</i>)</li> </ul>
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG + 1 chá de ervas DI (2ª)</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Manteiga DI (3ª, 5ª, sáb. e dom.)/ 1 queijo magro DI (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Fruta crua (3ª, 5ª e dom.)</li> <li>• 1 iogurte natural (2ª e 6ª)/1 iogurte aroma magro (s/açúcar) (4ª e sáb.)</li> <li>• 1 Adoçante DI (2ª e 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3 dl</li> <li>• Prato da ligeira</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta crua</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte de aromas magro (s/ açúcar) (5ª e dom.)/1 Chá de ervas DI (3ª e sáb.)/1 Leite MG DI (2ª, 4ª e 6ª)</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura</li> <li>• 1 Manteiga DI (2ª, 4ª e 6ª)/1 queijo magro DI (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral</li> <li>• Prato da ligeira</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta crua</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI</li> <li>• 1 Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	

<b>Diabética mole</b>	
7h00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI (<i>enviado de véspera, na ceia</i>)</li> </ul>
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG + 1 chá de ervas DI (2ª)</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Manteiga DI (3ª, 5ª, sáb. e dom.)/ 1 queijo magro DI (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Fruta cozida/assada (3ª, 5ª e dom.)</li> <li>• 1 iogurte natural (2ª e 6ª)/1 iogurte aroma magro (s/açúcar) (4ª e sáb.)</li> <li>• 1 Adoçante DI (2ª e 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte de aromas magro (s/ açúcar) (5ª e dom.)/1 Chá de ervas DI (3ª e sáb.)/1 Leite MG DI (2ª, 4ª e 6ª)</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura</li> <li>• 1 Manteiga DI (2ª, 4ª e 6ª)/1 queijo magro DI (3ª, 5ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da mole</li> <li>• 1 Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI</li> <li>• 1 Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	

<b>Diabética Pastosa</b>	
7h00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI <i>(enviado de véspera, na ceia)</i></li> </ul>
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ ovo (2ª e 5ª)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ovo (3ª e 6ª)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Fruta assada</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da pastosa</li> <li>• Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 batido de fruta para diabético*</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ ovo (4ª e sáb.)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ovo (2ª, 5ª e dom.)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ ovo (3ª e 6ª)</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da pastosa</li> <li>• Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 batido de fruta para diabético *</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Observações	<p>* batido de fruta diabético: 1 fruta assada ou cozida, triturada com 1 bolacha maria + 1 dl de água.</p>

<b>Gástrica</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de Leite MG</li> <li>• 1 Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 2 DI de tostas (4 tostas)</li> <li>• 1 Compota DI (2ª e 6ª)/1 Manteiga DI (4ª e dom.)/1 Marmelada DI (5ª)/1 Queijo DI (3ª e Sáb.)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 Iogurte de aromas sólido (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral passada 3 dl</li> <li>• Prato da mole*</li> <li>• Esparregado/Puré de hortaliça/legumes/cenoura</li> <li>• 1 DI de tostas (2 tostas)</li> <li>• 1 Fruta assada (3ª, 5ª e dom.)/fruta cozida (4ª e 6ª)/1 sobremesa do calendário** (2ª e sáb.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG/1 iogurte aromas sólido (3ª e sáb.)</li> <li>• 1 Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 2 DI de tostas (4 tostas)</li> <li>• 1 Compota DI (4ª e dom.)/1 Manteiga DI (5ª e sáb.)/1 Marmelada DI (3ª)/1 Queijo DI (2ª e 6ª)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral passada 3 dl</li> <li>• Prato da mole*</li> <li>• Esparregado/Puré de hortaliça/legumes</li> <li>• 1 DI de tostas (2 tostas)</li> <li>• 1 Fruta assada (2ª, 4ª e dom.)/fruta cozida (3ª, 6ª e sáb.)/1 sobremesa do calendário (5ª)**</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite MG DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	<p>* sem fritos, guisados, leguminosas, polvo, lulas, choco, atum e enchidos</p> <p>** não enviar qualquer tipo de mousses e sobremesas com chocolate</p>

<b>Pastosa I</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ovo (2ª, 5ª)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo (3ª, 6ª)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (3ª, 5ª e sáb.)/fruta cozida (2ª, 4ª, 6ª e dom.)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da pastosa</li> <li>• Esparregado/Puré de hortaliça/legumes/cenoura</li> <li>• 1 Batido de fruta</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ovo (4ª e sáb)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo (2ª, 5ª e dom.)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ovo (3ª e 6ª)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da pastosa</li> <li>• Esparregado/Puré de hortaliça/legumes/cenoura</li> <li>• 1 Batido de fruta</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Nestum mel</li> <li>• 1 Leite MG DI</li> </ul>
Observações	

<b>Pastosa II</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ovo (2ª, 5ª)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo (3ª, 6ª)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte aromas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral passada enriquecida 3 dl</li> <li>• 1 Boião de fruta*/1 sobremesa do calendário** (2ª e sáb.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa tapioca c/ovo (3ª, 6ª)</li> <li>• 1 Papa maizena c/ ovo (4ª, sáb. e dom.)</li> <li>• 1 Papa aveia c/ovo (2ª, 5ª)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral passada enriquecida 3 dl</li> <li>• 1 Boião de fruta*/1 sobremesa do calendário** (5ª)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Néstum mel (2ª, 4ª e sáb.)</li> <li>• 1 Leite MG DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (3ª, 5ª, 6ª e dom.)</li> </ul>
Observações	<p>* volume mínimo 130g</p> <p>** não enviar arroz doce e fatias de bolo</p>

<b>Hipocalórica</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Fruta crua*</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3 dl</li> <li>• Prato da hipocalórica**</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta crua*</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte de aromas magro (s/ açúcar)</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de mistura</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica**</li> <li>• 1 Salada/hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Fruta crua*</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Descafeinado DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	<p>* não enviar banana e fruta em calda</p> <p>** Confeções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive)</p>

<b>Hipocalórica mole</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Café DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de forma (1 fatia)</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Fruta cozida/assada</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da hipocalórica mole*</li> <li>• 1 Esparregado/Puré de legumes s/gordura</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte de aromas magro (s/ açúcar)</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Pão de forma (1 fatia)</li> <li>• 1 Queijo magro DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral batida 3 dl</li> <li>• Prato da hipocalórica mole*</li> <li>• 1 Esparregado/Puré de legumes s/gordura</li> <li>• 1 Fruta cozida/assada</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Leite magro DI</li> <li>• 1 Descafeinado DI</li> <li>• 1 Adoçante DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Observações	* Confeções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive)

<b>Pobre em resíduos e pobre em lactose</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas DI/1 iogurte natural (3ª e 5ª)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão branco DI</li> <li>• 1 Compota DI (2ª,4ª e sáb.)/Manteiga DI (3ª, 6ª e dom.)/1 Marmelada DI (5ª)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 banana (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão branco DI</li> <li>• 1 Fruta assada (3ª e sáb.)/fruta cozida (2ª, 4ª e 6ª)/1 banana (5ª e dom.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI/1 Iogurte natural (2ª e sáb)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão branco DI</li> <li>• 1 Compota DI (3ª, 5ª,6ª e dom.)/Manteiga DI (2ª, 4ª e sáb.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão de mistura</li> <li>• 1 Fruta cozida (3ª, 5ª sáb. e dom.)/1 banana (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas</li> <li>• Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª 3 sáb.)</li> <li>• 1 puré de maçã</li> </ul>
Observações	<p>* Sopa sem resíduos: canja, cenoura, couve-flor, alface, alho francês; sopa batida se a consistência for mole</p> <p>** Confeções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive)</p>

<b>Pobre em resíduos e pobre em lactose mole</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas DI/1 iogurte natural (3ª e 5ª)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• Pão de forma (2 fatias) (2ª, 4ª, 6ª e dom.)</li> <li>• 1 Compota DI (2ª e 4ª)/Manteiga DI (6ª)/1 Marmelada DI (dom)</li> <li>• Papa de arroz DI (40g) (3ª, 5ª e sáb)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 banana (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica mole** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 fruta assada (3ª e sáb.)/fruta cozida (2ª, 4ª e 6ª)/1 banana (5ª e dom.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI/1 Iogurte natural (2ª e sáb)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 Compota DI (3ª, 5ª, 6ª e dom.)/Manteiga DI (2ª, 4ª e sáb.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica mole** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 Fruta cozida (3ª, 5ª sáb. e dom.)/ 1 banana (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas</li> <li>• Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª 3 sáb.)</li> <li>• 1 puré de maçã</li> </ul>
Observações	<p>* Sopa sem resíduos: canja, cenoura, couve-flor, alface, alho francês; sopa batida se a consistência for mole</p> <p>** Confeccções: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição +++)</p>

<b>Pobre em resíduos e pobre em lactose pastosa</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas DI/1 iogurte natural (3ª e 5ª)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• Papa de arroz DI (40g)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fruta assada (5ª e dom.)/fruta cozida (3ª e sáb.)/1 banana (2ª, 4ª, 6ª)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica pastosa** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 fruta assada (3ª e sáb.)/fruta cozida (2ª, 4ª e 6ª)/1 banana (5ª e dom.)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI/1 Iogurte natural (2ª e sáb)</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 Compota DI (3ª, 5ª, 6ª e dom.)/Manteiga DI (2ª, 4ª e sáb.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa sem Resíduos* 3 dl</li> <li>• Prato da hipolipídica pastosa** sem legumes/hortaliça</li> <li>• 1 Pão de forma (2 fatias)</li> <li>• 1 Fruta cozida (3ª, 5ª sáb. e dom.)/ 1 banana (2ª, 4ª e 6ª)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Chá de ervas</li> <li>• Açúcar DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 Bolacha água e sal DI (3ª, 5ª 3 sáb.)</li> <li>• 1 puré de maçã</li> </ul>
Observações	<p>* Sopa sem resíduos: canja, cenoura, couve-flor, alface, alho francês; sopa batida se a consistência for mole</p> <p>** Confeccões: cozidos, grelhados, assados, estufados em cru, sem gorduras de adição (sopa inclusive)</p>

<b>Líquida</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa batida 3 dl (2ª, 4ª, 6ª, dom.)</li> <li>• 1 Papa Cerelac (3ª, 5ª e sáb.)</li> <li>• 1 Leite MG DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte líquido de aromas</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral enriquecida 3 dl</li> <li>• 1 Batido frutas 2 dl</li> </ul>
15 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte líquido de aromas</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa batida 3 dl (3ª, 5ª e sáb.)</li> <li>• 1 Papa Cerelac (2ª, 4ª, 6ª, dom.)</li> <li>• 1 Leite MG DI (2ª, 4ª, 6ª, dom.)</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral enriquecida 3 dl</li> <li>• 1 Batido frutas 2 dl</li> </ul>
21 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte líquido de aromas</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa batida 3 dl</li> </ul>
Observações	As papas terão consistência tipo batido

<b>Líquida Diabética</b>	
7h00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 leite MG DI (<i>enviado na véspera, na ceia</i>)</li> </ul>
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa, batida (3 dl)</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte líquido de aromas magro (sem açúcar)</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral enriquecida* 3 dl</li> <li>• 1 Batido de fruta para diabético</li> </ul>
15 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte líquido de aromas magro (sem açúcar)</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa, batida (3 dl)</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral enriquecida* 3 dl</li> <li>• 1 Batido de fruta para diabético</li> </ul>
21 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte líquido de aromas magro (sem açúcar)</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Papa Maizena pouco espessa, batida (3 dl)</li> </ul> <p><u>Sem açúcar – c/ adoçante</u></p>
Observações	* sopa enriquecida com carne/peixe.

<b>Preparação 1 (Colonoscopia antevéspera)</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 2 Tostas DI*</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Tostas DI*</li> <li>• 1 Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caldo de carne sem gordura 3 dl (90 g de galinha, desfiada)</li> <li>• 1 Tostas DI*</li> <li>• 1 Pêra cozida</li> <li>• 2,5 dl sumo concentrado translúcido</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Iogurte natural</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 2 Tostas DI*</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caldo de peixe sem gordura 3 dl (60 g de peixe magro, desfiado)</li> <li>• 1 Tostas DI*</li> <li>• 1 Gelatina DI</li> <li>• 2,5 dl sumo concentrado translúcido</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>
Observações	* 1 DI tostas: 2 unidades

<b>Preparação 2 (Colonoscopia e Clister opaco)</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 dl sumo concentrado translúcido</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caldo de canja sem gordura – 3 dl</li> <li>• 5 dl sumo concentrado translúcido</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caldo de canja sem gordura 3 dl</li> <li>• 5 dl sumo concentrado translúcido</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chá de ervas DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> </ul>

<b>Imunocomprometidos</b>	
7h00	
Pequeno-almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG DI</li> <li>• 1 Café DI*</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Manteiga DI + 1 queijo DI (2ª, 4ª, 6ª)</li> <li>• 1 água 50 cc DI</li> </ul>
Meio da manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 iogurte aromas (2ª, 4ª e 6ª)/1 banana (3ª e sáb.)/1 fruta assada (5ª e dom.)</li> <li>• 1 Bolacha maria DI</li> </ul>
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3dl</li> <li>• Prato Especial** (consistência geral, mole ou pastosa)</li> <li>• 1 Hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 fruta em calda DI (3ª, 5ª)/1 banana (4ª e dom.)/1 Boião de fruta*** (6ª)/1 sobremesa do calendário (2ª e sáb.)</li> <li>• 1 água 50 cc DI</li> <li>• 1 Sumo DI</li> </ul>
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG (2ª, 4ª, 6ª e dom.)/1 iogurte aromas DI (3ª, 5ª e sáb.)</li> <li>• 1 Café DI*/****</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Manteiga DI + 1 marmelada DI (3ª e 5ª)</li> <li>• 1 Bolacha maria DI</li> </ul>
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa da geral 3dl</li> <li>• Prato Especial** (consistência geral, mole ou pastosa)</li> <li>• 1 Hortaliça/legumes</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 fruta em calda DI (4ª, 6ª e dom.)/1 banana (2ª e sáb.)/1 Boião de fruta*** (3ª)/1 sobremesa do calendário (5ª)</li> <li>• 1 água 50 cc DI</li> <li>• 1 Sumo DI</li> </ul>
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 dl de leite MG DI</li> <li>• 1 Açúcar DI</li> <li>• 1 Pão de mistura DI</li> <li>• 1 Manteiga DI</li> <li>• 1 Bolacha maria DI</li> </ul>
Observações	<p>* Não enviar nas Crianças C1</p> <p>** De acordo com ementa própria</p> <p>*** volume mínimo 130g</p> <p>**** não enviar às 3ª, 5ª e sáb.</p>

## **PACK REFEIÇÃO PARA UTENTES INTERNADOS**

### Pack 1 (*Consistência Normal/Mole*)

- Sopa geral/diabética/enriquecida
- 1 Pão de mistura
- 1 Manteiga/queijo D.I.
- 1 Fruta crua/assada

### Pack 2 (*Consistência Pastosa/Líquida*)

- Sopa passada da geral/diabética/enriquecida
- 1 Néstum/Cérelac/Maizena c/açúcar/adoçante
- 1 Fruta assada/cozida/batido de fruta (diabético quando pedido)

### Pack 3 (*Amigdalectomizados*)

#### *1º Dia*

- 1 Leite ½ gordo D.I.
- 2 Iogurtes líquidos de aroma
- 1 Ice-Tea
- 1 Gelado D.I. tipo Epá

#### *2ª Dia*

- 1 Leite ½ gordo D.I.
- 3 Iogurtes líquidos de aroma
- 2 Ice-Tea
- 1 Leite c/chocolate D.I.
- 2 Infusões de ervas
- 2 Açúcar D.I.
- 1 Sumo néctar D.I.

### Pack 4

- 3 dl de caldo de canja s/gordura/1 iogurte natural
- 1 Açúcar D.I./Adoçante D.I.
- 1 Fruta cozida
- 2.5 dl de sumo concentrado translúcido/1 tosta D.I.
- 1 Infusão de ervas

### Pack 5 (*Pediatria*)

- 1 Sopa passada
- 1 Iogurte aroma
- 1 Batido de fruta (ou Boião industrializado/peça de fruta)

## MERENDAS PARA HOSPITAL DE DIA

Podem ser requisitadas para os Hospitais de Dia outro tipo de refeições, para além das Merendas estabelecidas para esse fim.

### Merenda 1 (*Líquida*)

- 2 iogurtes líquidos ½ gordo
- 1 sumo néctar DI
- 3 dl sopa batida
- 1 água DI (0,33 cc)

### Merenda 2 (*Líquida fria*)

- 1 iogurte líquido meio-gordo
- 2 DI leite ½ gordo
- 1 Ice Tea DI
- 1 sumo néctar DI
- 2 chás de ervas DI
- 2 DI açúcar
- 2 gelados DI

### Merenda 3 (*Diabética*)

- 1 DI leite ½ gordo
- 1 sandes de queijo (Pão de mistura; queijo magro)
- 1 fruta crua/assada
- 1 água DI (0,33 cc)

### Merenda 4 (*Imunocomprometidos*)

- 1 DI leite ½ gordo /1 iogurte líquido ½ gordo aroma
- 1 sandes de carne assada (pão de mistura)
- 1 bolo seco DI
- 1 boião fruta industrializado (volume mínimo 200cc)
- 1 sumo néctar DI
- 2 águas DI (0,33 cc)

### Merenda 5 (*Pastosa*)

- 3 dl sopa batida enriquecida (c/carne)
- 1 iogurte aroma ½ gordo
- 1 fruta assada/cozida
- 1 sumo néctar DI
- 1 DI Bolacha M<sup>a</sup>
- 1 água DI (0,33 cc)

Merenda 6 (*Gastrenterologia*)

- 1 sumo maçã/pêra DI (concentração de sumo < 20%)
- 1 sandes de fiambre (pão de mistura)
- 1 DI bolacha M<sup>a</sup>
- 1 fruta crua (maçã/pêra)
- 1 água DI (0,33cc)

Merenda 7 (*Hiperclórica*)

- 3 dl sopa batida
- 1 sumo néctar DI
- 1 iogurte líquido de aroma ½ gordo
- 1 sandes de carne assada (pão de mistura)
- 1 sandes de queijo com manteiga (pão de mistura)
- 1 fruta crua
- 1 chocolate DI
- 1 água DI (0,33 cc)

Merenda 8

- 1 sumo néctar DI
- 3 dl sopa batida
- 1 pão mistura DI
- 1 manteiga/DI/1 queijo DI
- 1 fruta assada
- 1 água DI (0,33 cc)

## ANEXO 4

Exemplo de um “Prato Marcado” para entrega na Cozinha

ALIMENTO	PESO	OBSERVAÇÕES
CARNE	90 g	Sem carne de porco ou vaca
PEIXE	90 g	
OVO	Sim	
SOJA		
ARROZ	60 g	
MASSA	Não	Sem massa
BATATA	80 g	
CENOURA	30 g	
LEG. VERDES	60 g	
LEGUMINOSAS	Sim	

**PRATO**

**DIETA TERAPÊUTICA**

SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO DATA: 11/09/2014

NOME:  CAMA: Maca 6




DIETA:  Geral com prato marcado  COPA: 14

CONSISTÊNCIA: \_\_\_\_\_

**Alda Ribas - Dietista**


## ANEXO 5

Exemplo de uma “Dieta Personalizada” para entrega na Copa

		
<b>SERVIÇO DE DIETÉTICA e NUTRIÇÃO</b>		
<b>SERVIÇO:</b> <u>Med 1D</u>	<b>CAMA:</b> <u>Maca 4</u>	
<b>NOME:</b> <input type="text"/>		
<b>DIETA:</b> <u> Geral (Personalizada)</u>		
<b>PLANO ALIMENTAR</b>		
<u>      </u> <b>H:</b>		
<u>      </u> <b>P. Alm.:</b> 1 iogurte sólido de aromas + 1 <i>croissant</i> com fiambre, queijo e manteiga		
<u>      </u> <b>H:</b> 1 iogurte sólido de aromas ou 1 fruta crua		
<b>Almoço:</b> Sopa da Geral + Prato Marcado + 1 salada ou hortaliça e ou legumes + 1 pão D.I. + 1 fruta crua ou 1 sobremesa do <b>Jantar:</b> calendário		
<u>      </u> <b>H:</b>		
<u>      </u> <b>H:</b>		
<u>      </u> <b>Lanche:</b> 1 iogurte sólido de aromas + 1 pão D.I. + 1 manteiga D.I.		
<u>      </u> <b>H:</b> 1 leite MG D.I. + 1 bolacha Maria D.I.		
<u>      </u> <b>H:</b>		

## ANEXO 6

24H anteriores – Modelo utilizado pelos Dietistas do SDN do HSM para quantificação da ingestão alimentar



**Centro Hospitalar LISBOA NORTE, EPE**    **HOSPITAL DE SANTAMARIA**    **Hospital Pulido Valente**

### Ingestão Alimentar do Doente

Serviço: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_ NSC: \_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_ com sal / sem sal

Grau de dependência para comer: Total\_\_ Parcial\_\_ N/A\_\_

Suplementação: Sim\_\_ Não\_\_

Qual: \_\_\_\_\_

Refeição (hora)	Ingestão alimentar incluindo água	%	Motivos para a redução da ingestão
Pequeno-almoço _H_			
M. M. _H_			
Almoço _H_	Sopa		
	Opções: Carne/Peixe/Ovo		
	Farináceo		
	Legumes/salada		
	Sobremesas: Fruta/ Doce		
Bebida (ml):			
Lanche _H_			
Jantar _H_	Sopa		
	Opções: Carne/Peixe/Ovo		
	Farináceo		
	Legumes/salada		
	Sobremesas: Fruta/ Doce		
Bebida (ml):			
Ceia _H_			
_H_			

**% da quantidade ingerida:** 100%; 75%; 50% 25%; 0%



**Motivos para a redução/ausência da ingestão**

a) Não tinha fome	g) Cheiro
b) Náuseas/vômitos	h) Quantidade excessiva
c) Dor	i) Outras: _____
d) Jejum	
e) Apresentação	
f) Sabor	

**Consome alimentos/bebidas de casa? O quê?**

## ANEXO 7

Exemplo de um “Mapa de Refeições” para entrega na Copa

<small>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE LPL</small>  		<i>Mapa de Refeições</i>		<small>Data:</small> 2014/04/29 <small>Hora:</small> 14:18:31 <small>Pág.</small> 1 / 2 <small>Utilizador:</small> 16485
<small>DIETAS/REP</small> <b>Serviço Requisitante: MEDICINA I D</b>		<b>Data: 2014-04-29</b>		
Nome do doente		Jantar	Observações	
71		HIPOCALÓRICA S/SAL		
72		MOLE DIABÉTICA S/SAL	Sopa da dieta geral ;	
73		PERSONALIZADA		
74		PASTOSA II (Sem Prato)		
75		MOLE S/ SAL		
76		MOLE HIPOLIPÍDICA S/SAL		
77		GERAL		
78		LIQUIDA	Tem sopa marcada ;	
79		MOLE S/ SAL		
80		DIABÉTICA		
81		LIQUIDA		
82		DIABÉTICA S/SAL		
83		PASTOSA II (Sem Prato)		
84		GERAL	Tem salada marcada ;	
85		MOLE	Sopa da dieta geral ;	
86				
87		ENTÉRICA		
88		DIABÉTICA S/SAL	Tem prato marcado; Sobremesa: sem banana ;	
89		PERSONALIZADA	Sopa Pastosa II, Prato Marcado, Sobremesa da Mole ;	
90		GERAL S/ SAL	Tem prato marcado. Sobremesa: Sem banana ;	
91	IMUNO (ADULTOS A / CRIANÇAS C2)			
S1	DIABÉTICA S/SAL	Sopa da dieta mole; Tem prato marcado ;		
S2	LIGEIRA S/ SAL	Sopa da dieta mole; Sobremesa: sem laranja ;		

## ANEXO 8

### Valores de Referência da Balança de Bioimpedância (OMRON)

4. Taking a Measurement

#### Interpreting the Body Fat Percentage Result

The table below is based on research by HD McCarthy et al, in the International Journal of Obesity, Vol. 30, 2006, and by Gallagher et al., American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 72, Sept. 2000, and classified into four levels by Omron Healthcare.

Gender	Age	- (Low)	0 (Normal)	+ (High)	++ (Very High)
Female	6	< 13.8%	13.8 - 24.9%	25.0 - 27.0%	≥ 27.1%
	7	< 14.4%	14.4 - 27.0%	27.1 - 29.6%	≥ 29.7%
	8	< 15.1%	15.1 - 29.1%	29.2 - 31.9%	≥ 32.0%
	9	< 15.8%	15.8 - 30.8%	30.9 - 33.8%	≥ 33.9%
	10	< 16.1%	16.1 - 32.2%	32.3 - 35.2%	≥ 35.3%
	11	< 16.3%	16.3 - 33.1%	33.2 - 36.0%	≥ 36.1%
	12	< 16.4%	16.4 - 33.5%	33.6 - 36.3%	≥ 36.4%
	13	< 16.4%	16.4 - 33.8%	33.9 - 36.5%	≥ 36.6%
	14	< 16.3%	16.3 - 34.0%	34.1 - 36.7%	≥ 36.8%
	15	< 16.1%	16.1 - 34.2%	34.3 - 36.9%	≥ 37.0%
	16	< 15.8%	15.8 - 34.5%	34.6 - 37.1%	≥ 37.2%
	17	< 15.4%	15.4 - 34.7%	34.8 - 37.3%	≥ 37.4%
	18 - 39	< 21.0%	21.0 - 32.9%	33.0 - 38.9%	≥ 39.0%
40 - 59	< 23.0%	23.0 - 33.9%	34.0 - 39.9%	≥ 40.0%	
60 - 80	< 24.0%	24.0 - 35.9%	36.0 - 41.9%	≥ 42.0%	
Male	6	< 11.8%	11.8 - 21.7%	21.8 - 23.7%	≥ 23.8%
	7	< 12.1%	12.1 - 23.2%	23.3 - 25.5%	≥ 25.6%
	8	< 12.4%	12.4 - 24.8%	24.9 - 27.7%	≥ 27.8%
	9	< 12.6%	12.6 - 26.5%	26.6 - 30.0%	≥ 30.1%
	10	< 12.8%	12.8 - 27.9%	28.0 - 31.8%	≥ 31.9%
	11	< 12.6%	12.6 - 28.5%	28.6 - 32.6%	≥ 32.7%
	12	< 12.3%	12.3 - 28.2%	28.3 - 32.4%	≥ 32.5%
	13	< 11.6%	11.6 - 27.5%	27.6 - 31.3%	≥ 31.4%
	14	< 11.1%	11.1 - 26.4%	26.5 - 30.0%	≥ 30.1%
	15	< 10.8%	10.8 - 25.4%	25.5 - 28.7%	≥ 28.8%
	16	< 10.4%	10.4 - 24.7%	24.8 - 27.7%	≥ 27.8%
	17	< 10.1%	10.1 - 24.2%	24.3 - 26.8%	≥ 26.9%
	18 - 39	< 8.0%	8.0 - 19.9%	20.0 - 24.9%	≥ 25.0%
40 - 59	< 11.0%	11.0 - 21.9%	22.0 - 27.9%	≥ 28.0%	
60 - 80	< 13.0%	13.0 - 24.9%	25.0 - 29.9%	≥ 30.0%	

EN

#### Interpreting the Visceral Fat Level Result

Visceral Fat Level	Level Classification
1 - 9	0 (Normal)
10 - 14	+ (High)
15 - 30	++ (Very High)

According to Omron Healthcare figures

#### Interpreting the BMI Result

BMI	BMI (Designation by the WHO)	BMI Classification Bar				BMI Rating
		-	0	+	++	
BMI < 18.5	- (Underweight)	■	■	■	■	7.0 - 10.7 10.8 - 14.5 14.6 - 18.4
18.5 ≤ BMI < 25	0 (Normal)	■	■	■	■	18.5 - 20.5 20.6 - 22.7 22.8 - 24.9
25 ≤ BMI < 30	+ (Overweight)	■	■	■	■	25.0 - 26.5 26.6 - 28.2 28.3 - 29.9
30 ≤ BMI	++ (Obese)	■	■	■	■	30.0 - 34.9 35.0 - 39.9 40.0 - 90.0

The above-mentioned indices refer to the values for obesity judgment proposed by WHO, the World Health Organization.

#### Interpreting the Skeletal Muscle Percentage Result (for adults)

Gender	Age	- (Low)	0 (Normal)	+ (High)	++ (Very High)
Female	18-39	< 24.3%	24.3 - 30.3%	30.4 - 35.3%	≥ 35.4%
	40-59	< 24.1%	24.1 - 30.1%	30.2 - 35.1%	≥ 35.2%
	60-80	< 23.9%	23.9 - 29.9%	30.0 - 34.9%	≥ 35.0%
Male	18-39	< 33.3%	33.3 - 39.3%	39.4 - 44.0%	≥ 44.1%
	40-59	< 33.1%	33.1 - 39.1%	39.2 - 43.8%	≥ 43.9%
	60-80	< 32.9%	32.9 - 38.9%	39.0 - 43.6%	≥ 43.7%

According to Omron Healthcare figures

## APÊNDICE 2

### Folheto 1: “Efeitos Secundários do Tratamento do Cancro: Conselhos para os Minimizar”

#### Diarreia

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- **Aumente a ingestão de líquidos, de preferência água**
- Escolha alimentos e bebidas que sejam ricos em potássio e sódio (bebidas energéticas)
- Coma os alimentos à temperatura ambiente
- Evite alimentos ricos em fibra
- Evite alimentos ricos em gordura e utilize pouca gordura na confeção
- Evite alimentos muito condimentados ou muito doces
- Evite o leite, substituindo por leite sem lactose, iogurtes e queijos magros


**Alimentos que ajudam:** carne branca ou peixe cozido, pão branco, cereais refinados (pobres em fibra), cenoura, batata cozida sem casca, arroz, banana, maçã/ pera cozida ou assada sem casca, bebidas sem cafeína e bebidas desportivas

**Evite:** hortícolas, frutas frescas com casca, cereais integrais, alimentos açucarados (sumos de frutas ácida e muito concentrados, doces de frutas e geleias, chocolate), bebidas com gás, cafeína ou álcool, alimentos com lactose, leguminosas (feijão, fava, lentilha, grão de bico)

#### Obstipação (Prisão de Ventre)

- **Beba muitos líquidos ao longo do dia e em pequenas quantidades**
- Ingira uma bebida morna ao acordar
- Escolha alimentos ricos em fibra (ingira-os sem triturar)
- Fale com o seu médico antes de tomar um medicamento com efeito laxativo
- Mantenha-se ativo diariamente (faça caminhadas)

**Alimentos que ajudam:** frutas frescas (maçã, pera, uva, ameixa, morango – com casca – e abacaxi, kiwi, laranja, figo) sumos de frutas (laranja, tangerina, abacaxi e maracujá com as sementes), hortícolas, cereais integrais, pão, bolachas e tostas integrais, leguminosas (feijão, fava, lentilha, grão de bico)



#### EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO DO CANCRO: CONSELHOS PARA OS MINIMIZAR



HOSPITAL DE SANTAMARIA

SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

Nutricionista: Cláudia Penedo

A alimentação é importante em todas as fases da nossa vida, desde a infância até à velhice, quer estejamos saudáveis ou doentes. Alguns tipos de tratamento para o cancro como a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia, podem deixar o seu corpo enfraquecido, cansado, além de serem responsáveis por causar dificuldades a nível da ingestão alimentar


**Uma alimentação adequada pode ajudar a diminuir os efeitos do tratamento contribuindo para o seu bem-estar**

#### Dificuldade para Mastigar ou Engolir

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- **Prepare as refeições na consistência que for melhor tolerada e que ofereça menos dificuldade para mastigar ou engolir – mole, pastosa ou líquida**
- Beba pequenos goles de líquidos durante as refeições

**Alterações na Saliva (Boca seca)**

- Beba bebidas frescas ao longo do dia
- Acompanhe a refeição com água ou sumos de fruta
- Se não tiver aftas, pode chupar cubos de gelo ou mascar pastilhas elásticas (de preferência de menta), que ajudam a produzir mais saliva



#### Dor na Boca ou na Garganta

- **Ingira alimentos moles e com uma textura suave**
- Ingira a comida fria ou à temperatura ambiente
- Evite alimentos duros, secos e/ou ásperos
- Evite alimentos ácidos, muito condimentados, muito quentes ou gelados e bebidas ácidas ou gaseificadas
- Cozinhe os alimentos até estarem macios e tenros
- **Triture/liquidifique os alimentos**
- Corte a comida em pedaços pequenos
- Humedeça os alimentos sólidos com molhos
- Beba com a ajuda de uma palhinha
- Use uma colher pequena para comer
- Escove os dentes e enxague a boca com frequência

**Alimentos que ajudam:** carnes magras picadas, caldeiradas de carne ou peixe, receitas com ovos ou feijão, batidos, iogurtes, pães moles, flocos de cereais e farinhas embebidas em leite, hortícolas e frutas cozidas ou em puré, gelatinas, gelados derretidos, sopa

**Evite:** frutas ácidas (laranja, tangerina, ananás), vinagre, bebidas gaseificadas, condimentos como pimenta, malagueta, noz moscada, pão seco ou torrado, batatas fritas, bebidas com cafeína, álcool, tabaco

#### Alteração do Paladar

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- Experimente alimentos, bebidas e formas de confeção diferentes do habitual
- Opte por refeições bem confecionadas, temperadas e condimentadas, recorrendo ao uso de ervas aromáticas e especiarias (não o faça se tiver a boca dorida)
- Experimente alimentos ou bebidas mais ácidas (não o faça se tiver a boca dorida)
- Ingira alimentos frios ou à temperatura ambiente
- Evite o reaquecimento de alimentos já cozinhados pois intensifica o seu sabor
- Mantenha uma boa higiene oral
- Utilize rebuçados de limão e pastilhas elásticas sem açúcar

**Alimentos que ajudam:** frutas frescas, limonada, comidas com vinagrete ou pickles (caso tenha a boca dorida não se aplica)

**Evite:** alimentos com muito açúcar – sumos de frutas ácidos e muito concentrados, doces de frutas e geleias muito açucarados

## Folheto 2: “Efeitos Secundários do Tratamento do Cancro: Conselhos para os Minimizar”

### Náuseas e Vômitos


- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos
- Beba líquidos durante o dia (evite fazê-lo às refeições) – faça-o devagar, com a ajuda de uma palhinha ou de uma garrafa pequena
- Prefira alimentos que sejam leves para o seu estômago
- Evite alimentos ricos em gordura e utilize pouca gordura na confeção
- Evite alimentos muito condimentados ou muito doces
- Ingira os alimentos frios ou à temperatura ambiente
- Evite cozinhar quando estiver nauseado
- Evite locais abafados e com cheiros intensos
- Chupar gelo pode ajudar a diminuir as náuseas
- Coma alimentos com pouco sabor/cheiro antes de se levantar se tiver náuseas matinais
- Assim que conseguir beber líquidos simples sem vomitar, experimente líquidos mais compostos ou comidas leves para o estômago
- Não coma/beba nas 2h anteriores ao tratamento se costuma ter vômitos durante esse tempo
- Descanse sentado/recostado após as refeições

- Vista roupas confortáveis, evitando comprimir o abdómen
- Escove os dentes e enxague a boca com frequência

**Alimentos que ajudam:** iogurte magro, carne branca ou peixe grelhados ou cozidos, bolachas de água e sal/maria, tostas, cereais, pão seco ou torrado, arroz simples, batata cozida ou em puré, sumos de frutas coados, banana, maçã e pera sem casca, caldo de legumes, gelatina, águas com gás


### Queda da Imunidade

- Mantenha os alimentos a temperaturas seguras para prevenir infeções alimentares
- Lave bem as mãos antes de comer ou cozinhar
- **Lave bem os alimentos, os utensílios e as bancadas da cozinha**



**Evite:** carne, peixe e ovos crus ou mal cozinhados, mariscos, enchidos e fumados, hortícolas e frutas frescas com casca, frutos secos, laticínios não pasteurizados, queijos com fungos ou de pasta mole, mel, bolos com creme, doces com ovos crus, sumos e néctares não pasteurizados, alimentos e refeições pré-confeccionadas, água não tratada, alimentos fora do prazo de validade, partes tocadas ou em início de apodrecimento

### EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO DO CANCRO: CONSELHOS PARA OS MINIMIZAR



HOSPITAL DE SANTAMARIA

SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

Nutricionista: Cláudia Penedo

A alimentação é importante em todas as fases da nossa vida, desde a infância até à velhice, quer estejamos saudáveis ou doentes. Alguns tipos de tratamento para o cancro como a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia, podem deixar o seu corpo enfraquecido, cansado, além de serem responsáveis por causar dificuldades a nível da ingestão alimentar

**Uma alimentação adequada pode ajudar a diminuir os efeitos do tratamento contribuindo para o seu bem-estar**


### Aumento do Apetite

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos
- Planeie antecipadamente as refeições
- Evite alimentos com muita gordura e utilize pouca gordura na confeção culinária (estufados, cozidos, grelhados e cozidos a vapor - varie os alimentos e o tipo de confeção)
- Prefira alimentos ricos em fibra
- Escolha carnes magras
- Prefira leite e derivados magros
- Deixe os doces e salgados para dias de festa
- Reduza a adição de sal na confeção das suas refeições
- Beba líquidos ao longo do dia
- Se puder faça exercício (caminhadas)

**Alimentos que ajudam:** hortícolas, frutas frescas (com casca se possível), cereais integrais, carne branca (frango/peru), peixe, leite, iogurte e queijo magro ou com redução de gordura

### Anorexia (Falta de Apetite)

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia, sem um horário rígido
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos
- Evite a ingestão de líquidos, durante as refeições
- Ingira os alimentos à temperatura ambiente
- Adicione suplementos caseiros para aumentar o valor calórico e proteico das refeições (queijo, manteiga, leite condensado ou em pó, natas, iogurtes, açúcar, mel)
- Utilize temperos e ervas aromáticas para melhorar o sabor e o cheiro dos alimentos
- Escolha os alimentos ou refeições que mais gosta
- Se possível, deixe que outra pessoa prepare a refeição e evite ficar na cozinha
- Experimente novos alimentos e receitas
- Evite ambientes poluídos e com cheiros desagradáveis
- Escolha um local calmo, confortável e bem iluminado para tomar a sua refeição
- Tente manter-se calmo, sobretudo à hora das refeições



- **Tenha sempre disponível uma refeição saudável e de preparação rápida em casa ou quando sai**
- Se puder faça exercício (caminhadas)

### Aumento de Peso

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- Evite alimentos ricos em gordura e utilize pouca gordura na confeção (estufados, cozidos, grelhados e cozidos a vapor - varie os alimentos e o tipo de confeção culinária)
- Prefira alimentos ricos em fibra
- Escolha carnes magras
- Prefira leite e derivados magros
- Reduza a adição de sal às suas refeições
- Se puder faça exercício (caminhadas)

**Alimentos que ajudam:** hortícolas, frutas frescas (com casca se possível), cereais integrais, carne branca (frango/peru), peixe, leite magro, iogurte magro, queijo magro/com redução de gordura

### Diminuição de Peso

- Coma pequenas porções e faça várias refeições ao longo do dia
- Se não lhe apetecer comer opte por ingerir batidos, sumos ou sopas (com mais batata e leguminosas do que habitualmente coloca)
- Adicione um pouco de azeite em cru à sopa e/ou em alguns pratos

**Alimentos que ajudam:** batidos, pão, arroz, massa, batata, carne, peixe, leguminosas (feijão, fava, lentilha, grão de bico), leite gordo/meio gordo, iogurte tipo “grego”, queijo

## **PARTE B**

### **1. NOTA PRÉVIA**

Ao longo do período de estágio fiz a recolha dos dados necessários para a elaboração de um poster eletrónico com posterior apresentação num congresso da área da saúde com visibilidade a nível nacional, dando assim resposta a um dos objetivos a que me propus.

O poster, intitulado “Estado Nutricional dos Doentes Oncológicos seguidos numa Consulta de Dietética e Nutrição” e apresentado no dia 24 de outubro de 2014 no 18.º Congresso Português de Obesidade, organizado pela SPEO, fornece dados sobre a prevalência de desnutrição e excesso de peso/obesidade em doentes oncológicos de acordo com diferentes ferramentas de avaliação do estado nutricional, nomeadamente o PG-SGA, validado para oncologia, o IMC, o perímetro da cintura e a percentagem de gordura corporal obtida através de análise de impedância bioelétrica.

A pertinência deste estudo prende-se com o fato de a doença oncológica ser uma das principais causas de morte e uma das situações com maior impacto a nível da prestação de cuidados hospitalares em Portugal. O estado nutricional destes doentes deve ser valorizado pelos profissionais de saúde, uma vez que os doentes oncológicos malnutridos (por deficiência ou por excesso) apresentam normalmente, entre outras consequências, uma menor tolerância ao tratamento antineoplásico. Além disso, a obesidade tem sido consistentemente associada com a recorrência da doença após os tratamentos antineoplásicos e/ou cirurgia.

## 2. RESUMO SUBMETIDO PARA ACEITAÇÃO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SPEO E PUBLICADO NA REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA (SUPLEMENTO – OUT. 2014)

### Estado Nutricional dos Doentes Oncológicos seguidos numa Consulta de Dietética e Nutrição

Cláudia Penedo<sup>1</sup>, Alda Ribas<sup>2</sup>, Helena Cortez-Pinto<sup>3</sup>

1 – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2 – Serviço de Dietética e Nutrição do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria

3 – Laboratório de Metabolismo e Nutrição; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Departamento de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Correspondência: Cláudia Penedo (e-mail: claudiasgpenedo@hotmail.com)

#### RESUMO

**Introdução:** a doença oncológica é uma das principais causas de morte em Portugal. A desnutrição em doentes oncológicos pode variar entre 40–80%. No entanto, existe evidência recente de que o excesso de peso/ obesidade se pode associar a maiores taxas de incidência de alguns tipos de cancro. Tendo em conta esta realidade, deve existir uma valorização do estado nutricional do doente oncológico por parte dos profissionais de saúde.

**Métodos:** foi realizado um estudo longitudinal prospetivo com doentes adultos com cancro, referenciados para a Consulta de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santa Maria, EPE. A avaliação do estado nutricional incluiu: avaliação antropométrica, análise de impedância bioelétrica e o *Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA), validado para oncologia.

**Resultados:** a amostra incluiu 51 doentes, 78,4% do género feminino, com idades entre 24–82 anos. O cancro da mama foi o diagnóstico mais prevalente (52,9%). De acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria dos doentes (n=30, 58,8%) apresentou excesso de peso/ obesidade; a desnutrição foi raramente observada (n=5, 9,8%). A obesidade abdominal foi encontrada em 84,6% (n=22) dos 26 doentes avaliados. A percentagem de gordura corporal foi obtida em 30 doentes. A maioria apresentou uma percentagem excessiva (n=22, 73,3%) e 13,3% (n=4) uma percentagem abaixo do recomendado. O PG-SGA permitiu categorizar 21,6% (n=11) dos doentes como moderadamente desnutridos e 7,8% (n=4) como gravemente desnutridos; os restantes (n=36, 70,6%) foram classificados como bem nutridos. Foi possível avaliar a eficácia da intervenção em 37,3% (n=19): a maioria dos doentes (n=15) cumpriu o objetivo estabelecido – redução ponderal (n=10) e aumento ponderal (n=4); alterações positivas na classe de IMC (n=3); sem alterações na categoria de PG-SGA (n=0).

**Conclusões:** este estudo fornece dados sobre a prevalência de desnutrição e sobrepeso/ obesidade em doentes oncológicos de acordo com diferentes ferramentas de avaliação do estado nutricional.

#### PALAVRAS-CHAVE

Oncologia • Estado nutricional • Malnutrição • Avaliação nutricional



quantidade de ácidos gordos saturados e uma menor quantidade de ácidos gordos polinsaturados. A aplicação dos diferentes métodos de confeção aumentou ligeiramente o IA comparativamente ao valor obtido na carne crua, sendo o microondas o método no qual foi registado um IA mais baixo. Conclusões – Os métodos de confeção utilizados influenciam apenas o rácio PUFA/SFA e o IA, sendo o microondas o método com o qual se conseguem obter valores mais perto do preconizado, ou seja, mais benéfico para a saúde. A nível de saúde pública, os parâmetros estudados para além de permitirem avaliar o valor nutricional da gordura da carne, após ter sido confeccionada, permitem também verificar o seu impacto na saúde dos seus consumidores.

Palavras-chave: métodos culinários, ácidos gordos, saúde

**C30**  
**Diet supplementation with canned sardines increase LDL particle size and decrease oxidized LDL without significantly changing LDL-chol levels: data from 3 month intervention study**  
 Paulo Bispo, Pedro Rodrigues, Firmina Lebre, Augusta Tavares, Narcisa Bandarra, Gilda Cunha

FCM/CEDOC/IUNL  
 DIVAV/PIPIA  
 ESTeSL IPL  
 paulo@bispo@gmail.com

Background: The recommendations for fish-based dietary consumption is supported mainly by maintenance of cardiometabolic health and/or improve CVD primary prevention. However, the exact mechanisms that support such recommendations remain to be fully elucidated. This work aimed to assess the effect of canned sardines supplementation twice-a-week (=500mg/day of n-3 HUFA), as an integral part of the diet, in CVD risk factors. Methods: Seventy-four adults started and 58 completed the study. Fasting venous blood were collected for lab analysis at 0(BL), 1(T1), and 3(T3) month's time. A small group of participants were randomly assigned for a 6.5(WO) month visit. In this primary analysis, significance between different times were performed by using Friedman's (ANOVA) by ranks or paired sample t-test. Results: After three months intervention there are no significant changes in total-cholesterol, HDL-c, LDL-c, TAG, ApoA1, hsCRP, Lp(a) or EL mass. Conversely, ApoA1/ApoB (BL vs T1) and LDL-c/ApoB (BL vs T1 and T3) ratios and glucose (BL vs T1) significantly increased and ApoB significantly decreased (BL vs T1). In addition, large (LDL) subfractions increased (p=0.041) in T3 compared with baseline and oxLDL decreased (p<0.001) in T3 compared with T1 and BL. In a subset of the same population, the leptin/adiponectin ratio and the TNF $\alpha$  significantly decreased after 3 months. For instance, the LDL/ApoB ratio closely returned to baseline values after the wash-out (WO) period (p>0.05). Conclusions: In this population, canned sardines supplementation increased less atherogenic larger, more buoyant, LDL particles and decreased oxLDL, a strong CVD predictor. Beyond the inverse association between LDL particles size and oxLDL levels, (immuno-)inflammatory modulation and a more protective leptin/adiponectin balance seem to be also mechanistically involved.

Palavras-chave: fish diet supplementation; LDL molecular subfractions; oxLDL; cardiometabolic markers

**C31**  
**Estado nutricional dos doentes oncológicos seguidos numa consulta de dietética e nutrição**  
 Cláudia Penedo, Aida Ribas, Helena Cortez-Pinto

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa  
 Serviço de Dietética e Nutrição do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria  
 Departamento de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE  
 claudiaspenedo@hotmail.com

Introdução: a doença oncológica é uma das principais causas de morte em Portugal. A desnutrição em doentes oncológicos pode variar entre 40–80%. No entanto, existe evidência recente que o excesso de peso/obesidade se pode associar a maiores taxas de incidência de alguns tipos de cancro. Tendo em conta esta realidade, deve existir uma valorização do estado nutricional do doente oncológico por parte dos profissionais de saúde. Métodos: foi realizado um estudo longitudinal prospetivo com doentes adultos com cancro, referenciados para a Consulta de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santa Maria, EPE. A avaliação do estado nutricional incluiu: avaliação antropométrica, análise de impedância bioelétrica e o Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), validado para oncologia. Resultados: a amostra incluiu 51 doentes, 78,4% do género feminino, com idades entre 24–82 anos. O cancro da mama foi o diagnóstico mais prevalente (52,9%). De acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria dos doentes (n=30, 58,8%) apresentou excesso de peso/obesidade; a desnutrição foi raramente observada (n=5, 9,8%). A obesidade abdominal foi encontrada em 84,6% (n=22) dos 26 doentes avaliados. A percentagem de gordura corporal foi obtida em 30 doentes. A maioria apresentou uma percentagem excessiva (n=22, 73,3%) e 13,3% (n=4) uma percentagem abaixo do recomendado. O PG-SGA permitiu categorizar 21,6% (n=11) dos doentes como moderadamente desnutridos e 7,8% (n=4) como gravemente desnutridos; os restantes (n=36, 70,6%) foram classificados como bem nutridos. Foi possível avaliar a eficácia da intervenção em 37,3% (n=19): a maioria dos doentes (n=15) cumpriu o objetivo estabelecido – redução ponderal (n=10) e aumento ponderal (n=4); alterações positivas na classe de IMC (n=3), sem alterações na categoria de PG-SGA (n=0). Conclusões: este estudo fornece dados sobre a prevalência de desnutrição e sobrepeso/obesidade em doentes oncológicos de acordo com diferentes ferramentas de avaliação do estado nutricional. Palavras-chave: Oncologia – Estado nutricional – Malnutrição – Avaliação nutricional

**C32**  
**Assessment of elementary school teachers capacity and health and nutrition training needs**  
 Emília Alves, Ana Valente, Ana Rito

CEIDSS  
 INSA  
 emilialvca@gmail.com

Introduction: On addressing childhood obesity, education and health promotion at school environment play a major role, particularly at elementary schools settings, where teachers act as main pivots to reach and educate children and their families. In this context an assessment of teachers capacity and knowledge on food and nutrition and their needs of Health and Nutrition literacy and training was needed. Methodology: Cross-sectional descriptive study using a convenience sample of 23 teachers from the portuguese city Coimbra. Self-administrated questionnaire was developed and applied with 50 questions assessing the knowledge of the teachers in food and nutrition, their

### 3. POSTER APRESENTADO NO 18.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OBESIDADE

## ESTADO NUTRICIONAL DOS DOENTES ONCOLÓGICOS AVALIADOS NUMA CONSULTA DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

Cláudia Penedo <sup>1</sup>, Alda Ribas <sup>2</sup>, Helena Cortez-Pinto <sup>3</sup>

- 1) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- 2) Serviço de Dietética e Nutrição do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria
- 3) Laboratório de Metabolismo e Nutrição; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Departamento de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Correspondência: Cláudia Penedo (e-mail: [claudiaspenedo@hotmail.com](mailto:claudiaspenedo@hotmail.com))

U LISBOA | UNIVERSIDADE DE LISBOA



### INTRODUÇÃO

A doença oncológica é uma das principais causas de morte em Portugal. A desnutrição em doentes oncológicos pode variar entre 40–80 %, sendo responsável pela diminuição da tolerância ao tratamento antineoplásico, atraso na cicatrização e aumento do risco de infeção, tempo de internamento hospitalar e custos relacionados com a saúde. Contudo, existe evidência recente de que o excesso de peso/ obesidade se podem associar a maiores taxas de incidência de alguns tipos de cancro, nomeadamente o cancro da mama (em mulheres pós-menopáusicas), cancro do endométrio, cancro do esófago, cancro do pâncreas, cancro do rim e cancro colo-retal. Além disso, a obesidade tem sido consistentemente associada à recorrência da doença após os tratamentos antineoplásicos e/ou cirurgia. Tendo em conta esta realidade, deve existir uma valorização do estado nutricional do doente oncológico por parte dos profissionais de saúde.

### OBJETIVOS

- 1) Proceder à avaliação do estado nutricional dos doentes da Consulta de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santa Maria, EPE;
- 2) Avaliar a evolução do peso, da classe de IMC (Índice de Massa Corporal) e da categoria de PG-SGA (*Patient-Generated Subjective Global Assessment*) dos doentes avaliados em consulta subsequente.

### MATERIAL E MÉTODOS

- ✓ Foi realizado um estudo longitudinal prospetivo com doentes adultos ( $\geq 18$  anos) com tumores sólidos, referenciados para a Consulta de Dietética e Nutrição do Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santa Maria, EPE;
- ✓ A recolha de dados decorreu de 6 de fevereiro de 2014 a 29 de maio de 2014;
- ✓ Procedeu-se à recolha de dados epidemiológicos (sexo e idade), dados relativos à história clínica (diagnóstico, data de diagnóstico e antecedentes pessoais), aos parâmetros antropométricos (IMC e perímetro da cintura) e à composição corporal através de bioimpedância (percentagem de massa gorda);
- ✓ Aplicou-se ainda o PG-SGA, validado para oncologia;
- ✓ Quando possível, foi feita a reavaliação do estado nutricional do doente para avaliar a eficácia da intervenção, que consistiu num aconselhamento nutricional adequado e na prescrição de um plano alimentar individualizado.
- ✓ O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 20.0. Foi considerado um nível de significância estatística de 5 % ( $p < 0,05$ ) e um intervalo de confiança de 95 %.

## RESULTADOS

- ✓ A amostra incluiu 51 doentes, 78,4% do género feminino, com idades entre os 24 e os 82 anos, com uma média ( $\pm$  DP) de  $53 \pm 14$  anos;
- ✓ O cancro da mama foi o **diagnóstico** mais prevalente (n=27 ; 52,9%);
- ✓ De acordo com o **IMC**, a maioria (n=30; 58,8%) apresentou excesso de peso e/ou obesidade; a desnutrição foi raramente observada (n=5; 9,8%);
- ✓ A **obesidade abdominal**, obtida com base no perímetro da cintura, foi encontrada em 84,6% (n=22) dos 26 doentes avaliados;
- ✓ A **percentagem de gordura corporal** foi obtida em 30 doentes: a maioria apresentou uma percentagem excessiva (n=22; 73,3%) e 13,3% (n=4) uma percentagem abaixo do recomendado;
- ✓ O **PG-SGA** permitiu categorizar 21,6% (n=11) dos doentes como moderadamente desnutridos (SGA-B) e 7,8% (n=4) como gravemente desnutridos (SGA-C); os restantes doentes (n=36; 70,6%) foram classificados como bem nutridos (SGA-A);
- ✓ Foi possível avaliar a eficácia da **intervenção** em 37,3% (n=19) dos doentes: a maioria (n=15) cumpriu o objetivo – redução ponderal (n=10), de  $76,6 \pm 10,5$  kg para  $74,8 \pm 10,1$  kg ( $p=0,02$ ) e aumento ponderal (n=4), de  $53,4 \pm 4,4$  kg para  $54,5 \pm 5,9$  kg ( $p=0,24$ ); alterações positivas na classe de IMC (n=3); sem alterações na categoria de PG-SGA (n=0).

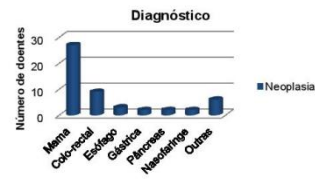


Gráfico 1. Distribuição dos doentes por diagnóstico.

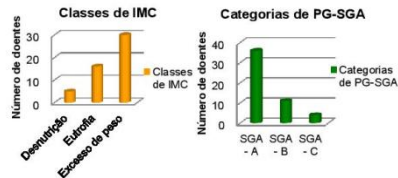


Gráfico 2. Distribuição dos doentes por classes de IMC.



Gráfico 3. Distribuição dos doentes por categorias de PG-SGA.



Gráfico 4. Média de peso no 1.º e no 2.º momento de avaliação.

## DISCUSSÃO

No que diz respeito ao estado nutricional dos doentes, este estudo demonstrou uma alta prevalência de excesso de peso/ obesidade, gordura corporal excessiva e obesidade abdominal. A presença de desnutrição evidenciada pelos diferentes métodos de avaliação do estado nutricional, embora variável foi pouco expressiva em qualquer um dos métodos quando comparada com a eutrofia e o excesso de peso/ obesidade, o que pode ser justificado pela alta prevalência de neoplasia da mama na amostra (52,9 %), normalmente não associada ao quadro de caquexia. Resultados semelhantes foram obtidos por Ravasco *et al.* em dois estudos diferentes.


Relativamente ao segundo momento de avaliação, a média de peso dos doentes cujo objetivo era a perda ponderal (n = 11) foi significativamente mais baixa ( $p < 0,05$ ), ao passo que a média de peso dos doentes cujo objetivo era o aumento ponderal, embora tenha sido mais alta, não teve significado estatístico ( $p > 0,05$ ), o que pode ser explicado pelo número reduzido de elementos da amostra (n = 7).

Inúmeros estudos científicos apontam a composição corporal como um fator determinante na tolerância aos tratamentos antineoplásicos. No caso do cancro da mama hormonodependente, particularmente em mulheres pós-menopáusicas, fatores específicos associados à obesidade, incluindo a leptina, insulina e mediadores inflamatórios, parecem influenciar o crescimento do tumor e o prognóstico ao interagir com a sinalização do estrogénio a nível celular. A biossíntese de estrogénios após a menopausa é catalisada quase exclusivamente pela enzima aromatase presente no tecido adiposo. A distribuição de gordura a nível abdominal tem também sido correlacionada com o risco aumentado de cancro da mama e mortalidade.

## CONCLUSÃO

Este estudo fornece dados sobre a prevalência de desnutrição e sobrepeso/ obesidade em doentes oncológicos de acordo com diferentes ferramentas de avaliação do estado nutricional. O reconhecimento precoce da malnutrição permite aos profissionais de saúde iniciarem uma terapêutica nutricional adequada, na tentativa de melhorar o estado nutricional dos doentes oncológicos, promovendo uma melhor resposta aos tratamentos e qualidade de vida.

#### 4. CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO POSTER



SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE



CONGRESSO DE OBESIDADE NOVOA A NUBES

## 18º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OBESIDADE

*Certificado*

Certifica-se que o Poster,

**C31 - Estado nutricional dos doentes oncológicos seguidos numa consulta de dietética e nutrição,**

da autoria de,

Cláudia Penedo, Aida Ribas, Helena Cortez-Pinto

foi apresentado neste congresso, realizado em Aveiro, no Hotel Meliá, de 24 a 26 de Outubro de 2014



**Prof. Doutor Davide Carvalho**  
Presidente da SPEO  
Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade