

Revista

APNEP

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

Volume IX

Número 1

ABRIL 2015



Órgão Oficial da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

CONTACTOS

www.apnep.pt

Associação Portuguesa de Nutrição
Entérica e Parentérica
Apartado
4408 4007-001 Porto

PRESIDENTE
Aníbal Marinho
anibalmarinho@gmail.com

SECRETÁRIA
Carla Pinto
apnepsecretariado@gmail.com

NOTA: Os originais recebidos para publicação são da responsabilidade dos seus autores, e nem todos se encontram elaborados segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

DIREÇÃO

PRESIDENTE
ANÍBAL MARINHO
Centro Hospitalar Porto, Porto

SECRETÁRIO
LINO MENDES
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
lino.mendes@estesl.ipl.pt

TESOUREIRA
MANUELA OLIVEIRA
Centro Hospitalar Porto, Porto
manela.oliveira@gmail.com

VOGAIS
NUNO CARVALHO
Hospital Garcia de Orta, Almada
nunomdc@sapo.pt

TERESA AMARAL
Faculdade Ciências Nutrição e Alimentação, Porto
amaral.tf@gmail.com

JOSÉ PESSOA
B.Braun Medical
jose.pessoa@bbraun.com

ABÍLIO CARDOSO TEIXEIRA
Centro Hospitalar Porto, Porto
abilio.cardosoteixeira@gmail.com

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO
Faculdade Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
antonioguerreiro@hotmail.com

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
FERNANDO PRÓSPERO
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves
fernandoprosperoluis@gmail.com

VOGAIS
ISABEL MIRANDA
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa
lisamiranda@sapo.pt

JOÃO PEDRO PINHO
Centro Hospitalar Médio Ave, Famalicão
pinhojoao@hfamalicao.min-saude.pt

CONSELHO EDITORIAL

LINO MENDES (Coordenador)
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
lino.mendes@estesl.ipl.pt

MARÍLIA CRAVO
Hospital Beatriz Ângelo, Loures
marilia.cravo@sapo.pt

MARISA CEBOLA
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
marisa.cebola@estesl.ipl.pt

SÓNIA VELHO
Hospital Beatriz Ângelo, Loures
soniavelho@hotmail.com

Breve História da APNEP

Fundação da Associação em 1996

1.ª Direção – 1997-1999

1.ª Presidente – Prof.ª Ermelinda Camilo

Fundadora e 1.ª Presidente da APNEP 1997 – 1999

1.º Key-Member – Prof.ª Marília Cravo



2.ª Direção – 1999-2001

2.º Presidente – Prof. António Sousa Guerreiro

2.º Key-Member – Prof.ª Luiza Kent-Smith



3.ª Direção – 2001-2003

3.º Presidente – Dr. Paulo Martins

3.º Key-Member – Dra. Ana Lopes



4.ª Direção – 2003-2006

4.ª Presidente – Prof.ª Luiza Kent-Smith

4.º Key-Member – Prof.ª Luiza Kent-Smith

Organização do 26.º Congresso da ESPEN em Portugal



5.ª Direção – 2006-2009

5.º Presidente – Dr. Anibal Marinho

5.º Key-Member – Dr. Anibal Marinho



6.ª Direção – 2009-2012

6.º Presidente – Dr.ª Lourdes Tavares

6.º Key-Member – Prof.ª Catarina Sousa Guerreiro



7.ª Direção – 2012-2015

7.º Presidente – Dr. Anibal Marinho

7.º Key-Member – Dr. Anibal Marinho



Editorial

ESTÁ NA ALTURA DE SE IMPLEMENTAR UM “*SURVIVING NUTRITION CAMPAIGN*”?

A sociedade em que vivemos é, cada vez mais, baseada na informação. A quantidade de informação aumenta a um ritmo elevado, a cada dia que passa, tornando-se a sua gestão cada vez mais complicada.

O sucesso depende, entre outros factores, da motivação, da dedicação e persistência, da percepção que se tem do mundo e da própria sociedade de informação.

Quando aplicada à nossa realidade, mais precisamente na necessidade em nutrir de uma forma adequada os nossos doentes, verificamos que nem sempre a estratégia que se tem estado a seguir ao longo dos últimos anos tenha sido um exemplo de sucesso.

O modelo utilizado pela maioria das sociedades internacionais em fomentar a utilização de guidelines como um princípio orientador da nossa prática clínica, se bem que potencialmente inovadora, acabou por não dar a tão desejada garantia de sucesso, como inicialmente se pretendia.

Há todo um conjunto de factores que podem influenciar o atingir ou não esse sucesso.

Sempre que se aborda um tema relacionado com o suporte nutricional temos de ter presente os diferentes factores que influenciam direta ou indiretamente as necessidades nutricionais dos nossos doentes.

Alguns destes factores foram sendo assumidos como verdadeiros, baseados em estudos realizados há mais de duas décadas e a sua permanente citação em artigos recentes fazem com que continuem a perpetuar no tempo embora com um suporte científico discutível.

Infelizmente são ainda poucos os investigadores na área do suporte nutricional com experiência clínica que realizam estudos científicos bem desenhados que de uma forma credível, nos permitam orientar o suporte nutricional que devemos instituir aos nossos doentes.

Ainda recentemente, em 2009, a ESPEN numa tentativa arrojada de fomentar um aumento do valor energético a fornecer ao doente crítico, elaborou uma nova guideline em que promovia o início precoce de nutrição parentérica como um meio alternativo eficaz de se atingir o mais rapidamente possível este objetivo.

A ideia que esteve na base da reformulação desta *guideline* era boa mas na prática acabou por se tornar numa medida de eficácia duvidosa, levando ao aparecimento de diversos estudos que de uma forma incisiva, eu diria até oxidativa, acabaram por ter um efeito contrário ao pretendido.

O que falhou? Quem falhou? O sucesso de uma iniciativa como esta dependia, entre outros factores, da motivação, da dedicação e persistência, mas acima de tudo uma preocupação de validação, de qual a melhor estratégia a seguir, promovendo de uma forma célere a reformulação da *guideline* adaptada à crescente evidência que ia surgindo, que colocavam em causa a sua implementação.

Contamos com a ESPEN para que após seis anos desta publicação, se possa dar um exemplo de um espírito crítico permanentemente, desperto para a necessidade de nutrir a gestação de ideias e de as transformar em verdadeiras oportunidades.

Mais do que nunca temos de ter uma estratégia mais bem delineada para enfrentar este problema. Definida essa estratégia, há que ser consequente e persistente no seu acompanhamento, mesmo quando não é evidente qual vai ser o resultado da sua aplicação; pode parecer um sucesso e transformar-se numa moda, que rapidamente passa ou, pelo contrário, ter um sucesso sustentado, que até pode ser inesperado.

O exemplo mais esclarecedor nestas duas últimas décadas foi o "*surviving sepsis campaign*". Fizeram-se *guidelines* que foram sendo reformuladas periodicamente à medida que a evidência se alterava. O forte contributo das diferentes sociedades internacionais alicerçaram o estudo, a profusão de informação, o aumento do conhecimento, a divulgação e formação dos diferentes profissionais de saúde. Passada mais de uma década desde a sua criação, nunca uma iniciativa como esta teve uma aplicabilidade prática tão generalizada e com um sucesso tão sustentado, sendo um modelo a ser seguido em iniciativas futuras.

Penso que será esta a altura ideal de lançar um "*surviving nutrition campaign*". Este ano particularmente, estão reunidas as condições para levar a cabo uma iniciativa desta dimensão. Temos o congresso nacional da APNEP a realizar abril, temos o congresso europeu da ESPEN que se irá realizar em Lisboa em setembro, pelo que vamos procurar dinamizar a realização de um simpósio em novembro para dar início a esta iniciativa. Até lá iremos procurar sensibilizar diversas entidades, nomeadamente a ESPEN, com o intuito de se promover uma verdadeira cooperação entre diferentes associações, sociedades nacionais e internacionais, procurando assim massificar a informação a ser fornecida aos principais alvos a serem identificados.

Com a ajuda de todos vós, talvez agora se consiga mudar uma realidade que se tem vindo a perpetuar ao longo de várias décadas, revelada num desvalorização dos diferentes profissionais de saúde para a verdadeira importância do suporte nutricional dos seus doentes.

Vamos todos dar o nosso contributo a esta iniciativa. O problema está identificado. É chegada a altura de sermos mais pragmáticos. Bem hajam pela vossa colaboração!

O Presidente da APNEP



Aníbal Marinho

Índice Geral

PALESTRAS

sala 1 | 27 de abril

MESAS DE CONTROVÉRSIAS: NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NO DOENTE CRÍTICO - SERÁ QUE SE JUSTIFICA?

• A favor	
Aníbal Marinho	2
• Contra	
Miguel Tavares	*

A NUTRIÇÃO ARTIFICIAL ESTÁ CONTRAINDICADA NUM DOENTE COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA?

• A favor	
Aníbal Marinho	2
• Contra	
Luísa Trindade	*

MESA REDONDA

• Estudo ANUCI – resultados preliminares	
Mariana Santos	3
• Controlo glicémico do doente crítico: como estamos?	
Ricardo Marinho	4
• Será o fornecimento proteico mais importante que o fornecimento calórico?	
Sónia Cabral	*
• Ao fim de mais de duas décadas continuamos a hiponutrir os nossos doentes. Até quando?	
Aníbal Marinho	4

A IMUNO NUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO FAZ SENTIDO?

• A favor	
Paulo Martins	*
• Contra	
Miguel Tavares	*

sala 2 | 27 de abril

QUANDO ESTOU DOENTE SÓ PRECISO DE “CANJA DE GALINHA”

• Prós	
José Andrade Gomes	*
• Contras	
Paulo Martins	*

ATROFIA MUSCULAR NA DOENÇA GRAVE - POSSÍVEIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

• Atrofia muscular - causas e consequências	
Rosa Mendes	5
• Nutrição e metabolismo muscular	
Pedro Póvoa	*
• Consequência da sarcopenia no doente cirúrgico	
Nuno Carvalho	6

AValiação Nutricional do Idoso Internado

• Importância do seu uso por rotina	
Isabel Fonseca	*
• Métodos antropométricos e bioimpedância	
José Bernardes Correia	*
• Métodos bioquímicos	
Rogério Ferreira	6
• Instrumentos de triagem	
João Pedro Gomes	*

REALIMENTAÇÃO DO IDOSO DESNUTRIDO

• Quantidade e qualidade de alimentos/nutrientes	
João Fonseca	*
• Vias de administração	
Hugo Clemente	7
• Uso de suplementos	
Patrícia Mendes	7
• Uso de anabolizantes esteróides/hormona do crescimento	
Hélder Esperto	*

ÓMEGA 3: UMA PERSPETIVA TRANSVERSAL

• Doenças mentais	
Conceição Calhau	*
• Desporto	
Mónica Sousa	*
• Fontes	
Pedro Carvalho	*

sala 3 | 27 de abril

GUIDELINES USA 2015: NOVOS AMIGOS OU VELHOS INIMIGOS?

• Colesterol e gorduras saturadas	
Marisa Cebola	8
• Sódio e cafeína	
Simone Fernandes	8
• Edulcorantes	
Vera Dias	9
• Padrão alimentar	
Graça Raimundo	*

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE, EMERGENTE A AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO NUTRICIONAL

• Diferentes procedimentos cirúrgicos e implicações nutricionais	
Jorge Limão	10
• Emergência do diagnóstico nutricional no TCO, a longo prazo	
Vânia Costa	10
• Identificação e avaliação do risco nutricional no TCO	
Rossela Bragança	11
• A gestão na utente submetida a TCO	
Mónica Santos	11

MESA DO GRUPO DE ESTUDO DA DESNUTRIÇÃO DA APNEP

• Nutrition Day 2014 em Portugal	
Paula Alves	*
• Atividades do GED 2014	
Teresa Amaral	12
• Pretendo implementar o rastreio da desnutrição no meu hospital: que ferramenta escolher?	
Rita Guerra	*
• Novos parâmetros para o rastreio da desnutrição: força prensora da mão, ângulo de fase, <i>fat-free mass index</i> - Que evidência científica?	
Rita Guerra	*

ESPEN 2015 – HEALTHY LIFE THROUGH NUTRITION

• Conferencista	
Jorge Fonseca	*

sala 4 | 27 de abril

CURSO SATÉLITE. CONCEITOS DE TREINO PARA A NUTRIÇÃO

• Métodos de treino	*
Rui Norte	
• Métodos de avaliação e controlo de treino	*
Rodrigo Martins	
• Do treino à Nutrição	
Marco Pereira	12

FICÇÃO OU REALIDADE?

• Antioxidantes ou anti-treino?	
Sérgio Veloso	13
• Janela ou portão de oportunidade?	
Filipa Vicente	14
• Quilómetro 30 da maratona	*
Marco Pereira	

NUTRIÇÃO GASTRODESportiva

• Glut 4, não insulino-dependentes	*
Sequeira Duarte	
• Complicações gastrointestinais durante o exercício	14
Inês Real	
• Hiponatremia versus desidratação	*
Cláudia Minderico	

TIMING DOS NUTRIENTES

• Vitaminas e minerais	
Vera Fernandes	15
• Proteína, para quando?	
Filipa Vicente	16
• Glicídios durante o exercício	*
Bruno Pereira	
• Lípidos, para quando?	
Sérgio Veloso	17

TRABALHO DE CAMPO EM NUTRIÇÃO DESportiva

• Ingestão glicídica e hídrica durante uma prova de triatlo: Os atletas cumprem as recomendações?	
Catarina Elias	17
• Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Em triatletas de elite em simulação à exposição a condições de altitude	
Solange Fernandes	18
• Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Atletas Portugueses de meio-fundo	
Susana Francisco	19
• Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Equipas profissionais de basquetebol feminino	
Teresa Santos	19

sala 5 | 27 de abril

HISTÓRIAS DE COMER E BEBER - PERSPETIVAS DO ENFERMEIRO

• A história das amas de leite	*
Carlos Subtil	
• Indicações para a alimentação da população no séc - XVIII	*
Helga Rafael	
• Importância da aula de dietética numa ESE Portuguesa de renome internacional em meados do séc - XX	
Óscar Ferreira	20
• A alimentação dos militares portugueses feridos e/ou doentes dos séculos XVII, XVIII e XIX	
Jorge Ferreira	21

CONFERÊNCIA - ENFERMAGEM NAS EQUIPAS DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR: REALIDADE OU UTOPIA?

• Conferencista	*
Abílio Cardoso Teixeira	

NUTRIÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE

• Estado nutricional um indicador para a segurança do doente	
André Coelho	22
• Causas de desnutrição / desidratação no hospital	*
Joana Santos	
• Instrumentos de avaliação do estado nutricional	
Ana Marta Oliveira	23

NUTRIÇÃO E REABILITAÇÃO

• Reabilitação da deglutição da pessoa com AVC	
Ricardo Braga	24
• Reabilitação da mastigação no traumatismo de maxilar	
Silvia Fernandes	24
• Produtos de apoio para a promoção da independência na alimentação	
Simone Francisco	24

CAPACITAR O FAMILIAR CUIDADOR

• Capacitar os Pais para a diversificação alimentar	
Cristina Prego	25
• A criança com NEE	*
Maria João Santos	
• Capacitar o familiar cuidador do idoso dependente	
Isabel Ferraz	26
• A dieta do doente renal especificidades e envolvimento familiar	
Filipe Cristóvão	27

sala 6 | 27 de abril

DIETÉTICA NA PATOLOGIA RENAL: EVIDÊNCIAS

• IRC estadio 3 e 4: dieta	
Fernando Domingos	28
• Hemodiálise	
Brigida Velez	29
• Litíase	
Adelaide Serra	30

RISCO NUTRICIONAL EM CONTEXTO PEDIÁTRICO - ONE STEP BEYOND. QUE INDICADORES? DAS LIMITAÇÕES ÀS IMPLICAÇÕES

• O risco em internamento: Período neonatal	
Luís Pereira da Silva	31
• O risco em internamento: Criança e adolescente	
Helena Mansilha	32
• O risco em ambulatório: Exemplos da prática clínica	
Ana Catarina Moreira	33

CONFERÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NA PARALISIA CEREBRAL

• Preletora:	
Maria Antónia Campos	33

AMAMENTAÇÃO: APGAR À VIDA

• Importância do aleitamento materno	*
Clara Ventura	
• O papel do enfermeiro na promoção da amamentação	*
Ana Cândido	

NUTRIÇÃO NAS "ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS"

• Estado nutricional e hidratação: indicador de qualidade das ERI?	
Tiago Nascimento	34
• Prevenção da desidratação	
António Simões	34
• Gestão da nutrição nas ERI	
Simone Fernandes	35

sala 1 | 28 de abril

NUTRIÇÃO EM ONCOLOGIA – PERSPECTIVAS

- Nutrição integrada na prevenção e diagnóstico precoce de cancro - realidades *
- Telma Barroso *
- Superfoods no tratamento do cancro - mitos ou factos? 37
- Dina João 37
- Nutrir os cancer survivors - especificidades? 37
- Diana Alexandre 37

ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS PARA O SÍNDROMA DO INTESTINO IRRITÁVEL

- Síndrome do intestino irritável: porquê? 38
- Ana Vieira 38
- Suplementos nutracéuticos: moda ou ajuda? *
- Manuel Alejandro Pita *
- Sensibilidade alimentar e síndrome do intestino irritável *
- Pedro Morais Silva *
- FODMAP's - a nova fronteira no tratamento do síndrome do intestino irritável 38
- Sofia Amálio 38

NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO DOENTE CRÍTICO

- Quando começar e com que aporte? 39
- Isabel Miranda 39
- Devo monitorizar o conteúdo gástrico? *
- José Sempere *
- Diarreia limita a nutrição entérica? *
- Fernando Próspero *

DIETA NEUTROPÉNICA.

- Prós *
- Eugénia Santos Silva *
- Contras *
- Isilda Rebelo *

sala 2 | 28 de abril

QUANDO O INTESTINO FALHA

- Falência intestinal - conceitos 40
- Nuno Carvalho 40
- Reabilitação intestinal - O que há de novo? *
- Beatriz Costa *
- Dieta zero na fístula entérica - Faz algum sentido? 41
- Rita Marques 41

NUTRIENTES, FLUÍDO E IMUNIDADE NO PERI-OPERATÓRIO

- Suplementos nutricionais no pós-operatório não complicado *
- Carla Santos *
- Qual o melhor fluído para anastomose? 41
- Diogo Albergaria 41
- Que parâmetros imunológicos para avaliar o estado nutricional? *
- Santos Rosa *

TUBOS E NUTRIENTES

- História da NPT 42
- Nuno Carvalho 42
- Vias de acesso venoso central 42
- Miguel Fróis Borges 42
- NPT no peri-operatório - alimento para o tumor? *
- Pedro Neves *

SARCOPÉNIA: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL

- Hospitalização 43
- Ana Sofia Limas de Sousa 43
- Nutrição 43
- Ana Sofia Limas de Sousa 43
- Exercício *
- Inês Gonçalves *
- Suplementação *
- Mónica Sousa *

sala 3 | 28 de abril

NUTRIÇÃO NA DIABETES

- A educação para o autocuidado ao utente com diabetes na prática dos cuidados de enfermagem 44
- Eva Guilherme 44
- Update na dietoterapia da diabetes *
- Ana Lúcia Narcisa *
- Relação entre a contagem dos hidratos de carbono e a Hba1c 45
- Raquel Oliveira 45
- Benefícios das águas naturais ricas em minerais: uma perspetiva metabólica 45
- Cidália Pereira 45

DIETA MEDITERRÂNICA COADJUVANTE NO TRATAMENTO DAS DCNTS

- Dieta mediterrânica, um princípio de sustentabilidade 46
- Jorge Queiroz 46
- Relação das DCNTs e diabetes mellitus *
- Rute Ferreira *
- DM no tratamento cirúrgico da obesidade 47
- Cristina Tomás 47

TIC E UM CLIC PARA MAIS EDUCAÇÃO ALIMENTAR

- Sistemas e-terapêuticos para adolescentes com excesso de peso 48
- Pedro Sousa 48
- Brocoli à descoberta do mundo dos alimentos 49
- Rute Borrego 49
- Papa bem 50
- Gisele Câmara 50

SERÃO AS SOBRAS ALIMENTARES UM VITAL RESOURCE?

- A evidência da academia 51
- Iva Pires 51
- O poder do poder local *
- CMLisboa *
- A força do voluntariado *
- Hunter Halder *

sala 4 | 28 de abril

SUPLEMENTOS

- Fiscalização *
- Maria Mendes *
- Suplementação em idades pediátricas 52
- Leonor Sassetti 52
- Importância clínica *
- Custódio César *
- Evidência científica *
- Inês Domingos *

MULHER ATLETA

• Diferenças fisiológicas entre homem e mulher atleta	52
Catarina Godinho	
• Efeitos do exercício na mulher	53
Diogo Bruno	
• Prevenção de desordens alimentares em atletas	54
João Lameiras	
• Triade na mulher	*
Arnaldo Abrantes	

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL EM ATLETAS

• Laboratório ao contexto real	55
Analiza Silva	
• Metodologia de Lohman ou ISAK	56
Filomena Vieira	
• Equações antropométricas para atletas	*
Ana Catarina Moreira	

DOPING

• Suplemento e contaminação inadvertida	*
Arnaldo Abrantes	
• Alimentos e doping que relação?	56
Inês Fernandes	
• Sistema de controlo antidoping - Como?	*
António Júlio Nunes	
• Geno doping	57
Constança Coelho	

sala 5 | 28 de abril

NUTRIR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

• Nutrição materna: desafios	58
Adelaide Bento	
• Nutrição infantil: evolução histórica	59
Cláudia Rainha	
• O enfermeiro e a nutrição do dependente em domicílio	60
Cristina Pinto	
• A nutrição da mulher na menopausa: papel do enfermeiro de cuidados de saúde primários	60
Helena Presado	

A NUTRIÇÃO NO DOENTE COM FERIDAS

• A influência da nutrição na cicatrização de feridas - que evidência	61
Paulo Ramos	
• Prevenção e tratamento de úlceras de pressão - novas guidelines	62
Paulo Alves	
• Feridas complexas e a TPN	63
Anabela Moura	

SIMPÓSIO SATÉLITE NESTLÉ: Desafios nutricionais da população geriátrica

• Malnutrição no sénior	*
Zélia Santos	
• Disfagia no sénior: implicações nutricionais	*
Paula Alves	
• Suporte nutricional e feridas/úlceras por pressão - <i>update</i>	64
Diana Mendes	

A ALIMENTAÇÃO VAI À ESCOLA

• Projeto Lanche Saudável	*
Ana Marta Correia	
• Escola e alimentação saudável: o papel do professor	64
Eduarda Gageiro	
• A família na equipa de saúde escolar	*
Amália Costa	

AFINAL JÁ NÃO É DO PRADO AO PRATO...

• Como suplementar selénio no campo?	65
Catarina Galinha	
• Aditivos e bioacessibilidade dos minerais - o pão como exemplo	66
Maria Marquito	
• Do prato à biodisponibilidade	67
Carla Mota	
• Como gerir e comunicar a informação nutricional	68
Isabel Castanheira	

sala 6 | 28 de abril

PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO ORAL POSITIVA NA CRIANÇA PREMATURA

• O desenvolvimento músculo-esquelético e oro-motor	69
Thereza Vasconcellos	
• Escala de observação das competências precoces na alimentação oral	70
Ligia Marques	
• Estudo de validação das escalas de observação das competências precoces na alimentação oral	71
Maria Alice Curado	

ESTADO NUTRICIONAL EM PORTUGAL: DA CONCEPÇÃO À ADOLESCÊNCIA

• Como está a grávida e consequências para o recém-nascido	72
Luís Pereira da Silva	
• Como está a criança pequena (1-3 anos)	73
Carla Régo	
• Como está a criança pré-escolar	*
Carla Lopes	
• Como está o adolescente	*
Elisabete Ramos	

MALNUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

• Ordenamento do território e desigualdades em saúde	74
Francesca Poggi	
• Relação de ocupação do território e doenças crónicas não transmissíveis	74
Zélia Santos	
• Avaliação nutricional em populações de difícil acesso	74
Luzia Gonçalves	
• Malnutrição e desigualdades nutricionais	75
Beatriz Goulão e Daniela Alves	

SUPORTE BÁSICO DE GESTÃO APLICADO AO SDN NA EFICIENTE RESPOSTA

• Visão estratégica e enquadramento do SDN	*
Elisabete Santos	
• Prioridades e rentabilidade na gestão	*
Patrícia Almeida Nunes	
• Desafios do SDN de apoio à comunidade	77
Zélia Santos	

COMUNICAÇÕES ORAIS 79 - 82

POSTERS 83 - 97

palestras

dia 27 e 28 de abril



MESAS DE CONTROVÉRSIAS

Nutrição parentérica no doente crítico - Será que se justifica?

Aníbal Marinho

Serviço de Cuidados Intensivos - Centro Hospitalar do Porto.

Disponível desde o início da década de 60, teve o seu período de maior fulgor até ao fim da década de 80, altura em que se comprovou que a sua utilização com o intuito de promover a hipernutrição tinha um impacto negativo na morbilidade e mortalidade para a maioria dos doentes.

Talvez por nunca se ter esclarecido e demonstrado de uma forma inequívoca que o que esteve sempre em causa neste período áureo da nutrição parentérica foi a sua má utilização, a sua história nas últimas três décadas e meia acaba por se traduzir numa trajetória sucessiva de perdas e danos.

Nela, a nutrição parentérica tem sido, paradoxalmente, vítima daquilo que tem de mais especial — sua magia, sua exuberância e sua riqueza. Conseguir nutrir por dezenas de anos, seres humanos por via parentérica por ausência de um tubo digestivo funcionante, só demonstra o carácter precioso e até um pouco excêntrico desta solução tornando-se uma autêntica poção mágica para todos aqueles que dela dependem para sobreviver.

Quando se houve de uma forma pouco esclarecida e muito mal fundamentada, criticar tão abertamente a sua utilização, como atualmente tem acontecido desde a última revisão das *guidelines* da ESPEN 2009, não deixa de ser estranho que estes críticos ignorem que por exemplo só nos Estados Unidos da América mais de 40.000 pessoas estão dependentes da nutrição parentérica domiciliária desde à vários anos para conseguirem sobreviver.

Em vez de discutirmos a sua utilidade, mais do que comprovada neste grupo muito particular de doentes, devíamos focar a nossa atenção para uma formação sustentada do pessoal de saúde sobre suporte nutricional. Acaba por ser confrangedor a formação atual que muitos profissionais de saúde têm sobre esta matéria.

Anutrição artificial está contraindicada num doente com instabilidade hemodinâmica?

Aníbal Marinho

Serviço de Cuidados Intensivos - Centro Hospitalar do Porto.

Quando se discute qual o suporte nutricional adequado a fornecer a um doente crítico, temos de ter sempre em consideração que se trata de um doente com um internamento prolongado em cuidados intensivos:

- Com uma condição clínica muito grave, com uma elevada taxa de mortalidade.
- Na maior parte das vezes não estabiliza em 24-48h.
- Com um défice tecidual de oxigénio, o que vai limitar uma metabolização adequada dos diferentes macronutrientes fornecidos.
- Pelo que não necessita de um fornecimento energético inicial tão elevado como o preconizado pelas recentes *guidelines* internacionais.

Muitas vezes quando abordamos este tema esquecemo-nos que a nutrição artificial só é fundamental para doentes com internamento superiores a 48-72h em cuidados intensivos. Um doente com internamento de curta duração, aquilo a que comumente se apelida de “recobro em cuidados intensivos”, irá precisar fundamentalmente de uma fonte de energia à base de hidratos de carbono, que serão fornecidos através de soros glicosados, procurando com esta prática limitar o catabolismo proteico destes doentes.

Já os doentes em que se prevê um internamento mais prolongado, desde que se encontre estável hemodinamicamente e com tubo digestivo funcionante deve iniciar o suporte nutricional por via entérica precocemente (< 24h).

Ao longo dos anos tem existido uma grande controvérsia relativamente ao que se considera um doente estável hemodinamicamente. Será que poderemos considerar um doente a quem foi prescrito uma determinada dose de aminas pressoras, um doente estável hemodinamicamente? Será que um doente que está a tolerar um suporte nutricional por via entérica e que por agravamento do seu quadro clínico inicia aminas pressoras, deverá suspender o suporte nutricional por via entérica?

Mas afinal porque é que não podemos utilizar a via entérica num doente com instabilidade hemodinâmica? Aqui talvez esteja o cerne de toda esta questão.

Num doente instável hemodinamicamente, com necessidade de aminas pressoras, é com frequência referido que um suporte nutricional por via entérica pode aumentar a incidência de perfuração intestinal. Penso que não deverá ser esse o fator mais preocupante a ter

PALESTRAS

em consideração.

O indicador que deveremos ter em consideração será o de sabermos se um doente instável hemodinamicamente vai tolerar um fornecimento calórico de 20 a 25 Kcal/kg/dia. E não se coloca o problema de esse fornecimento ser feito por via entérica ou parentérica. Um doente muito instável é um doente em que o suporte nutricional não é prioritário e será na maioria das situações um fator de agravamento do seu quadro clínico.

Um doente instável, com acidemia metabólica, com hiperlactacidemia é um doente que tem um fornecimento inadequado de oxigénio aos tecidos e nunca irá aproveitar o fornecimento energético que lhe está a ser fornecido. Muito pelo contrário, este fornecimento energético irá agravar o défice de oxigénio ao nível das células, irá agravar a sua hiperlactacidemia e irá consequentemente agravar o seu quadro clínico. Nestes doentes torna-se prioritário estabilizar rapidamente o seu quadro clínico e o único aporte energético deverá ser obtido através de fornecimento de uma baixa dose de hidratos de carbono pela soroterapia.

A dúvida reside nos doentes com necessidade de amins pressoras numa dose baixa, sem hiperlactacidemia e sem acidemia metabólica. Devemos suspender ou não iniciar a nutrição entérica ou parentérica nestes doentes? Se o doente não apresenta sinais prévios de fornecimento inadequado de oxigénio aos tecidos (sem acidemia metabólica, sem hiperlactacidemia, com uma saturação venosa central adequada) e que após iniciar um determinado valor energético não se verifica um agravamento destes parâmetros podemos considerar que estamos a fazer um suporte nutricional adequado ao estado clínico do doente.

MESA REDONDA

Estudo ANUCI – Dados preliminares

Mariana Santos

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

O suporte nutricional é reconhecido como parte essencial no tratamento de doentes hospitalizados, nomeadamente daqueles internados em Unidades de Cuidados Intensivos, embora a definição da ingestão energética adequada para doentes críticos seja ainda controversa. Tanto a Sociedade Europeia (ESPEN) como a Sociedade Americana de Nutrição Entérica e

Parentérica (ASPEN) recomendam que a estes doentes seja fornecido, em média, cerca de 25 kcal/kg/dia; no entanto, vários estudos evidenciam que utilizando exclusivamente a via entérica, apenas se consegue suprir 50% das necessidades energéticas do doente na primeira semana, sendo o fornecimento proteico ainda mais deficitário.

Neste momento desconhece-se a posição das UCIs Portuguesas quanto à prática adotada depois de publicadas as novas guidelines da ESPEN em 2009, onde se preconiza o início da Nutrição Parentérica de forma precoce sempre que a Nutrição Entérica não seja suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos doentes críticos.

Objetivos: Avaliar a precocidade com que os DC iniciam nutrição entérica (NVE) e/ou parentérica (NVP), bem como quantificar a energia fornecida a estes doentes, durante 7 dias. Pretendeu-se também verificar quantificar a composição nutricional da dieta e avaliar a adequabilidade do fornecimento energético ao recomendado na literatura.

Material e Métodos: Estudo observacional prospetivo e multicêntrico, efetuado em 11 UCIs de 9 Hospitais Portugueses. Foram avaliados todos os doentes internados com idade superior a 18 anos, ventilados, sob nutrição artificial e com tempo de internamento superior a 7 dias.

Resultados: Foram avaliados 130 doentes, maioritariamente do sexo masculino (63,8%), com idade média de 64 ± 16 anos e com tempo de internamento na UCI médio de 15 ± 6 dias. A maioria dos doentes estava internada por motivos médicos (70%) e apresentava excesso ponderal (43,1%). Relativamente à globalidade da amostra, verifica-se que a Nutrição Entérica foi utilizada em 66% dos dias de avaliação e a Nutrição Parentérica em 14% dos dias. O aporte energético médio foi de $12,4 \pm 6,6$ kcal/kg/dia e de $15,6 \pm 7,4$ kcal/kg/dia, se ignorarmos os 3 primeiros dias de internamento, por se tratar de um período em que o doente está hemodinamicamente instável e é necessária uma adaptação gradual e progressiva do organismo à nutrição artificial. Quando se quantificaram os macronutrientes fornecidos aos doentes, verificou-se que, em média, foram dadas $1,5 \pm 0,9$ g/kg/dia de hidratos de carbono, $0,4 \pm 0,3$ g/kg/dia de lípidos e $0,3 \pm 0,3$ g/kg/dia de proteínas. Em relação ao contributo energético do propofol e soros glicosados para o aporte total, constata-se que o propofol e os soros contribuem com $1,0 \pm 0,6$ kcal/kg/dia e $1,3 \pm 1,0$ kcal/kg/dia, respetivamente.

Estes dados parecem indicar que a maioria das UCIs Portuguesas continua a usar preferencialmente a via entérica para suprir as necessidades energéticas dos doentes, recorrendo em poucos casos à nutrição parentérica. Além disto, parece haver preferência por uma hiponutrição permissiva que garanta 62-78%

das necessidades energéticas destes doentes. Por fim, constata-se que maior que o défice energético é o défice proteico, já que a quantidade de proteínas fornecida suprime apenas 25% das necessidades dos doentes. Esta discrepância pode deve-se, em parte, ao facto do conteúdo glicídico e lípido provir não só da alimentação como também dos soros glicosados e do propofol, respetivamente.

MESA REDONDA

Controlo glicémico no doente crítico: Como estamos?

Ricardo Marinho

Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O doente crítico apresenta uma grande variabilidade glicémica. Classicamente, a hiperglicemia tem-se associado a efeitos adversos nestes doentes. Atualmente, a maioria das organizações internacionais aconselham que, ao doente crítico, se deva proceder à administração de insulina endovenosa para valores de glicemia superiores a 180mg/dL, procurando manter os valores glicémicos destes doentes entre os 140 e os 180mg/dL. Preconizam também evitar níveis de glicemia inferiores a 100mg/dL, definindo como hipoglicemia valores inferiores a 70mg/dL e hipoglicemia grave inferior a 40mg/dL.

Utilizando os dados obtidos de um estudo multicêntrico efetuado em diferentes UCIs portuguesas procurou-se avaliar o controlo glicémico efetuado ao doente crítico internado nestas UCIs procurando também avaliar a incidência de hipoglicemias que estes doentes possam apresentar.

Material e Métodos: Estudo prospetivo observacional multicêntrico. Foram avaliados todos os doentes admitidos em 10 UCIs de 9 Hospitais por um período de 7 dias, tendo-se procedido à colheita de dados demográficos e valores glicémicos diários. Critérios de exclusão: doentes em fase terminal, doentes com idade inferior a 18 anos, indivíduos com tempo de internamento inferior a 7 dias na UCI ou doentes que nunca estiveram ventilados durante o período de avaliação. Foi solicitado o parecer da Comissão de Ética de todos os Hospitais envolvidos.

Resultados: Foram avaliados 130 doentes com uma idade média de 64 ± 16 anos, 63,8% sexo masculino com IMC médio de $27,9 \pm 5,9$, taxa de mortalidade de 26,9%, Destes 29,2% eram diabéticos (n=38) e apenas

31,5% (n=41) eram normoponderais, apresentando os restantes excesso de peso ou obesidade. Relativamente ao motivo de admissão: 70% dos doentes pertence ao foro médico; 8,5% a cirurgia urgente; 3,8% a cirurgia programada; 10% a neurocirurgia e 7,7% a politraumatizados. Nestes 130 doentes foram avaliados 1223 dias de internamento, tendo sido efetuadas 5561 medições de glicemia, o que corresponde a uma média de 6,4 medições diárias por doente (diabéticos – 6,6 e não diabéticos – 6,1 medições/dia/doente). O valor médio das glicemias ao longo dos 7 dias de internamento foi de $156,6 \pm 40,5$ mg/dL (diabéticos – 182 ± 84 mg/dL; não diabéticos – 147 ± 84 mg/dL). Nas 5561 medições efetuadas, observaram-se 65 determinações com valores de glicemia inferiores a 70mg/dL (diabéticos – 0,9% das medições; não diabéticos – 1,3% das medições). No total das 4679 medições, 1452 medições foram superiores a 180mg/dL (diabéticos – 47,1% das medições; não diabéticos – 17,4% das medições).

Conclusão: A hiperglicemia é uma condição frequente no doente crítico. Na atualidade preconiza-se obter valores glicémicos entre 140-180 mg/dL, em vez de objetivos glicémicos mais rigorosos como se recomendava no início do século, dada a incapacidade do doente crítico responder de uma forma adequada a episódios de hiperglicemia. Neste estudo obteve-se um valor médio de glicemias dentro do pretendido, sendo no entanto este valor manifestamente superior nos doentes previamente diabéticos. Verificou-se também que os doentes não diabéticos apresentaram uma maior incidência de hipoglicemias.

MESA REDONDA

Ao fim de mais de duas décadas continuamos a hiponutrir os nossos doentes. Até quando?

Aníbal Marinho

Serviço de Cuidados Intensivos - Centro Hospitalar do Porto.

Não deixa de ser estranho que ao longo da nossa vida ativa, nos preocupamos tanto em nos alimentarmos de uma forma adequada e até muitas vezes, de uma forma desequilibrada e exagerada, quando nos encontramos doentes e dependente de terceiros, sejamos vítimas de uma prescrição energética inadequada e desadequada às nossas reais necessidades.

Como é comumente aceite, nos primeiros dias de

PALESTRAS

sala 2 | dia 27 de abril

internamento a fonte principal de energia baseia-se fundamentalmente em hidratos de carbono, fornecidos sob a forma de soros glicosados.

A soroterapia será uma das prescrições mais frequentemente efetuada pelos médicos. No entanto, logo aqui se verifica um desconhecimento generalizado entre o pessoal de saúde do que é realmente infundido ao doente com estes solutos.

Muitas vezes assume-se que um doente a soro está a ser “alimentado”, seja qual for o tipo de soro que está a ser administrado.

Doentes que estiveram por um período de horas em jejum (para efetuar um exame do foro gastrointestinal, por apresentarem quadro de vômitos ou dejeções líquidas, por mal estar geral, ou outros motivos clínicos) quando chegam a uma instituição hospitalar é-lhes frequentemente prescrito um soro não glicosado (que não tem qualquer valor energético).

Frequentemente nem sequer se procede ao seu controlo glicémico para despiste de uma hipoglicemia. Não raras vezes, o conhecimento de que estamos perante um doente diabético, leva ao pressuposto de que esta será uma contra-indicação para o uso de soros glicosados.

Ao observarmos um desconhecimento tão flagrante, em atos médicos tão banais como estes que acabam de ser referidos, em que se exige apenas conhecimentos muito básicos de medicina, facilmente compreendemos porque se tem perpetuado ao longo de todos estes anos uma cultura de profundo desprezo sobre como nutrir de forma adequada os nossos doentes.

No momento em que o mundo migra para a sociedade do conhecimento, as deficiências de nossa educação sobre um adequado suporte nutricional vão-nos condenando a um estado de hiponutrição permanente, nomeadamente nos doentes mais carenciados e idosos, com implicações que acabam inclusive por pôr em causa a sua própria sobrevivência.

Os modelos de formação que têm sido adotados nestas últimas décadas têm-se mostrado insuficientes e na maioria das vezes ineficazes para mudar esta realidade.

A tolerância com que se aceita esta impreparação do prescritor, a resistência que muitas faculdades de medicina continuam a ter em fornecer uma adequada preparação aos seus alunos sobre suporte nutricional, a passividade com que se assiste a estas práticas lesivas à saúde dos nossos doentes diariamente em diferentes instituições de saúde em todo o mundo, deverá ser um motivo de profunda reflexão por todos os que se interessam por esta matéria.

ATROFIA MUSCULAR NA DOENÇA GRAVE - POSSÍVEIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Atrofia muscular - causas e consequências

Rosa Mendes

UCIP 7, Hospital Curry Cabral, CHLC, Lisboa.

A degradação do tecido muscular faz parte da resposta fisiológica ao stress. Esta degradação é consequência da necessidade aumentada de aminoácidos para a gliconeogénese e síntese de proteínas envolvidas na resposta de fase aguda, imunológicas, proteínas de fase aguda e reparação tecidual. Apesar da síntese proteica estar mantida, o consumo está aumentado, conduzindo a uma perda importante de massa corporal, principalmente massa muscular esquelética, mas também de proteínas viscerais e circulantes. O stress metabólico prolongado, sem fornecimento de suporte nutricional adequado, leva a uma deficiência das funções vitais, culminando na desnutrição.

Em estado anabólico a síntese proteica é superior à degradação resultando num balanço nitrogenado positivo. Sob stress metabólico apesar da síntese proteica estar conservada a degradação está aumentada resultando num balanço nitrogenado negativo.

No doente crítico grave, particularmente na presença de complicações sépticas, a perda de massa muscular ocorre no início e rapidamente durante a primeira semana de doença, sendo mais grave na presença de falência de múltiplos órgãos em comparação com a falência de um único órgão. Vários estudos evidenciam um outcome funcional comprometido.

**ATROFIA MUSCULAR NA DOENÇA GRAVE - POSSÍVEIS
CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

Consequências da Sarcopenia no doente cirúrgico

Nuno Carvalho

Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

O termo sarcopenia deriva do grego, significa “pobreza de carne”. Até à idade adulta vamos ter um aumento da massa e força musculares, de forma homogénea, em diferentes indivíduos. A partir da idade adulta, e em particular na 3ª idade, vai ocorrer diminuição da massa e força musculares, com grande variabilidade em termos individuais.

A sarcopenia acompanha-se de limitação da atividade física, redução da qualidade de vida, aumento do risco de quedas e, no geral, aumento da taxa de mortalidade.

A incidência da sarcopenia é variável, dependendo dos critérios utilizados. Um estudo português demonstrou que a sarcopenia é frequente em doentes hospitalizados, mesmo nos não desnutridos, com excesso de peso e obesos.

Em cirurgia colo-retal a sarcopenia é fator preditivo de infeção, necessidade de reabilitação intra-hospitalar e de prolongamento do internamento. Na ressecção pancreática por adenocarcinoma a sarcopenia é preditivo de sobrevida. Doentes idosos submetidos a cirurgia abdominal urgente têm aumento do risco de complicações infecciosas e de morte se sarcopénicos. No carcinoma hepatocelular e esofágico, a sarcopenia é factor preditivo de sobrevida global e de intervalo livre de doença. Em cirurgia abdominal *major* e vascular a presença de sarcopenia duplica os custos de internamento, em relação aos não sarcopénicos.

O músculo desempenha um papel central no metabolismo proteico, a sarcopenia invariavelmente vai associar-se a aumento de risco de morbi-mortalidade. As estratégias de intervenção, suporte nutricional e exercício têm apresentado resultados com sucesso misto.

AValiação Nutricional do Idoso Internado

Métodos bioquímicos

Rogério Ferreira

Serv. de Medicina Interna A – Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra

Dada a elevada prevalência da desnutrição nos idosos internados (30 a 60% conforme a literatura citada), durante as últimas décadas, muitos foram os parâmetros bioquímicos sugeridos na literatura para tentar avaliar o estado nutricional de um doente internado. As particularidades do doente idoso tornam a questão de uma correcção avaliação ainda mais complexa, no que toca à utilização de parâmetros analíticos isoladamente ou em conjugação com avaliações antropométricas, questionários ou bioimpedância. Entre os parâmetros bioquímicos mais estudados e citados encontram-se a albumina sérica (como indicador das reservas proteicas), a pré-albumina (pela menor semi-vida que a albumina), o colesterol total (enquanto parâmetro de depleção calórica), a transferrina, a contagem leucocitária diferencial (enquanto reflexo da perda de defesa imunitária induzida pela desnutrição), a transferrina, o ferro sérico, a vitamina B12 e o ácido fólico. Dada a elevada prevalência de défices de ácido fólico e vitamina B12 na população geriátrica, muitos autores têm mesmo sugerido a sua investigação sistemática nos doentes internados. Contudo, tem sido intensamente discutido se estes parâmetros reflectem efectivamente o estado nutricional do doente internado ou na verdade são influenciados (em maior ou menor extensão) pela própria gravidade da doença que motivou o internamento. Actualmente, ainda nenhum parâmetro bioquímico doseado isoladamente se mostrou satisfatório para uma avaliação completa do estado nutricional do doente, devendo sempre ser integrado no contexto clínico do doente, atendendo a que algumas patologias e tratamentos podem levar a rápidas alterações dos doseamentos. Quando correctamente valorizados e ajustados para factores confundentes, os parâmetros bioquímicos podem ser muitos úteis e a comunidade científica tem vindo a investigar outros biomarcadores mais específicos e a desenvolver índices / escalas multidimensionais que integram os métodos bioquímicos.

REALIMENTAÇÃO DO IDOSO DESNUTRIDO

Vias de administração

Hugo Clemente

CHUC - Centro Hospitalar da Universidade Coimbra

O aporte nutricional encontra-se frequentemente comprometido nos doentes idosos e os cuidados nutricionais devem constituir uma parte fundamental do seu tratamento. Recomenda-se por isso uma avaliação nutricional regular nesta população e a atuação imediata assim que o risco de desnutrição se torna aparente. A nutrição entérica (NE), seja através de suplementos nutricionais orais ou de alimentação por sonda, oferece a possibilidade de aumentar ou assegurar o aporte de nutrientes em caso de ingestão alimentar oral insuficiente. Embora a evidência existente seja inconclusiva no que diz respeito aos efeitos sobre a duração de internamento hospitalar e a sobrevivência global, a NE parece melhorar o estado nutricional, funcional e a capacidade de reabilitação assim como diminuir o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão nos doentes idosos. A NE poderá assim estar indicada no idoso frágil, deprimido, com anorexia, doença neoplásica, disfagia neurológica e em situações de demência (fases precoces) e de pós-operatório. A alimentação por sonda pode ser realizada por vários tipos de acesso: naso-gástrico, naso-enterico, por gastrostomia ou enterostomia realizadas por via endoscópica, radiológica ou cirúrgica. Os acessos mais comumente utilizados são o naso-gástrico e a gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), estando esta particularmente indicada quando se prevê que a necessidade de sonda alimentar ultrapasse as 4 semanas.

A nutrição parentérica (NP) poderá ser uma opção a considerar em casos de impossibilidade da utilização da via entérica ou do fornecimento adequado de nutrientes por esta via. A NP é um procedimento terapêutico seguro, pode ser administrada por via periférica ou central e a idade por si só não deverá constituir fator de exclusão. Contudo, a decisão da instituição da NP deverá ser ponderada face a uma possibilidade realista de melhoria do estado geral do indivíduo e recomenda-se que seja uma decisão refletida e partilhada, devido a questões éticas que frequentemente se colocam e particularmente em situações de doença avançada ou terminal. Deverão ainda ser equacionadas possíveis complicações associadas à NP, com maior incidência nos idosos, como hiperglicemia, deficiências em micronutrientes e até agravamento das funções cardíaca e renal. A administração subcutânea de fluidos (hipodermóclise) é uma opção válida para a hidratação em indivíduos ligeira a moderadamente desidratados mas não para suprir outras necessidades nutricionais.

REALIMENTAÇÃO DO IDOSO DESNUTRIDO

Uso de suplementos

Patrícia Mende

CHUC - Centro Hospitalar da Universidade Coimbra

A desnutrição, falta de um ou mais nutrientes, é uma realidade cada vez mais frequente nos idosos. Estima-se que cerca de um terço dos idosos portugueses esteja desnutrido. Cabe aos profissionais de saúde estar alerta, prevenir e tratar este desequilíbrio nutricional. Suplementos nutricionais são produtos sintéticos que contêm um ou mais nutrientes de forma a complementar a dieta. Pelas implicações éticas e pelas dificuldades de inclusão em estudos deste grupo populacional, são muito escassos, se não inexistentes, os estudos randomizados, com grandes amostras, sobre o uso de suplementos nos idosos desnutridos. Com base na evidência, apenas se recomenda a administração de suplementos de vitamina D aos doentes com défice vitamínico, o aumento da ingesta proteica e a eventual suplementação com creatina embora a dose e a duração do tratamento com esta substância ainda não seja consensual. É duvidosa também a suplementação com antioxidantes e ácidos gordos Ómega-3, estando apenas recomendada a sua ingestão na alimentação habitual. São necessários mais estudos nesta área pela elevada prevalência da desnutrição no idoso. Também como perspectivas futuras, referem-se ainda alguns estudos em ratinhos com bons resultados no campo da suplementação com ácido ursólico e miméticos de restrição calórica especialmente no que respeita ao tratamento da sarcopenia.

GUIDELINES USA 2015: NOVOS AMIGOS OU VELHOS INIMIGOS?

Colesterol e gorduras saturadas

Marisa Cebola

ESTeSL

As doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cardiovasculares (DCV), são a principal causa de morte em Portugal, atingido os 29,5% em 2013. A idade e a história familiar aumentam o risco de DCV, mas existem outros fatores de risco, nomeadamente o padrão alimentar. Segundo as *DIETARY GUIDELINES FOR AMERICANS*, 2010, os lípidos devem contribuir com 20 a 35% do valor energético total diário para o adulto. Dentro dos lípidos, a recomendação é que a ingestão de lípidos saturados seja inferior a 7%, a de colesterol inferior a 300mg/dia e a de ácidos gordos trans inferior a 1%. As *GUIDELINES* estão em revisão, levantando-se a questão da relação 10% de lípidos saturados e risco de DVC, colesterol da dieta e hipercolesterolemia.

GUIDELINES USA 2015: NOVOS AMIGOS OU VELHOS INIMIGOS?

Sódio e Cafeína

Simone Fernandes

SCM Maíra

As Guidelines Dietéticas para a população Americana (DGA) foram pela primeira vez elaboradas em 1980, e desde então que têm fornecido um suporte científico importante no âmbito da promoção da saúde e redução do risco de doenças crónicas através de uma alimentação saudável e atividade física regular.

As doenças não transmissíveis são a principal causa de mortalidade no mundo, sendo responsáveis por mais mortes do que todas as outras causas combinadas. Intimamente ligadas à génese destas doenças estão fatores relacionados com o estilo de vida e mais propriamente com a alimentação dos indivíduos. Alguns dos constituintes alimentares que continuam

a ser fonte de pesquisa e preocupação face aos consumos da população na atualidade, dizem respeito à cafeína e ao sódio.

A par da estratégia desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde para 2013-2020 na área da Alimentação e Nutrição, que sugere as estratégias na área da redução da ingestão de sal como uma das melhores abordagens para a prevenção das doenças não transmissíveis na população na região Europeia, também nas DGA 2015, a diminuição da ingestão de sódio na alimentação da população americana é novamente uma prioridade.

As DGA 2015 estão de acordo com as 3 conclusões descritas nas Guidelines da American Heart Association/ American College of Cardiology de 2013 e que enunciaram com níveis de evidência científica moderado a elevado que:

1. Os indivíduos que beneficiem de uma redução na pressão arterial devem diminuir o consumo de sódio;
2. Os indivíduos que beneficiem de uma redução da pressão arterial devem fazer um consumo inferior a 2,400mg de sódio por dia. Embora ressalvem que, uma redução para valores de consumo na ordem dos 1,500mg/dia trouxessem ainda mais vantagens na pressão arterial.
3. Os indivíduos que beneficiem de uma redução da pressão arterial devem combinar o modelo de dieta DASH com a redução do consumo de sódio.

Para além disso as DGA 2015 vão ainda mais longe, relacionando não só o consumo de sódio com a pressão arterial em crianças, com a evolução das doenças cardiovasculares, bem como, lançando diretrizes não só a nível individual e de grupo para a população, como ao nível da indústria, na adoção de estratégias para a redução do consumo de sódio pela população.

A par desta latente preocupação, está também o consumo de cafeína pela população.

Qual a relação da cafeína com a mortalidade total? Qual é a relação entre o consumo de cafeína habitual e o risco de doença cardiovascular? Qual é a relação entre o consumo de cafeína habitual e doença de Parkinson? Qual é a relação entre o consumo de cafeína habitual e os seus resultados na gravidez? São estas algumas das preocupações levantadas nestas guidelines e às quais são dadas respostas com diferentes graus de evidência.

Ao contrário de algumas evidências descritas no passado ou do que se possa ter previsto em tempos anteriores, face aos efeitos da cafeína no desenvolvimento de algumas patologias, mais propriamente ao nível cardiovascular, estas conclusões vêm demonstrar que o consumo moderado de café (400mg de cafeína) não está associado ao aumento do risco das principais doenças crónicas, como a doença cardiovascular, o cancro e a morte prematura em

PALESTRAS

adultos saudáveis. A par desta conclusão as evidências indicaram uma associação inversa entre a ingestão de cafeína e risco de doença de Parkinson, bem como, que o consumo moderado de cafeína em gestantes não está associado ao risco de parto prematuro.

Porém, ainda muitas outras questões ficam por responder sendo levantadas hipóteses para estudos futuros, no sentido de fornecer informações mais consistentes face ao consumo de cafeína ou do seu consumo combinado com outras substâncias. Exemplos de algumas das questões que se levantam para investigação futura, dizem respeito a estudos para: definir o consumo excessivo de cafeína e níveis seguros de consumo para crianças, adolescentes e jovens adultos; determinar a prevalência de consumo excessivo de cafeína em crianças e adultos, além da ingestão de bebidas energéticas, e examinar o efeito do consumo excessivo de cafeína e bebidas energéticas em resultados de saúde, tanto em crianças e adultos.

Face ao paradigma “Novos amigos ou velhos inimigos?” podemos dizer da avaliação destas diretrizes que a par das Guidelines para a população americana de 2010, o sódio mantém-se como uma preocupação da atualidade, continuando a figurar na listagem de nutrientes nos quais o consumo deve ser urgentemente reduzido. No que diz respeito à cafeína, as últimas evidências podem-nos levar a equacionar diversos cenários, entre os quais, até que ponto não poderemos estar diante de um novo aliado, especialmente no que diz respeito às doenças neurodegenerativas.

GUIDELINES USA 2015: NOVOS AMIGOS OU VELHOS INIMIGOS?

Edulcorantes

Vera Ruivo Dias

UCCI Cernache do Bonjardim, Santa Casa da Misericórdia de Oleiros

Diversos estudos têm associado positivamente o consumo de açúcar em crianças e adultos, ao aumento do risco para a saúde, nomeadamente, da incidência de doenças não-transmissíveis. As principais patologias associadas a este comportamento são: a obesidade, a diabetes mellitus tipo 2, a doença cardiovascular e as cáries dentárias.

As Guidelines Dietéticas Americanas de 2015 focam as suas recomendações na realização de um padrão alimentar saudável pela população em geral. Um dos princípios deste padrão dietético, consiste em

limitar o aporte diário de açúcares de adição, sendo recomendado o máximo de 10% do valor energético total.

Os açúcares de adição são glicídios, adicionados às bebidas ou alimentos durante o processamento alimentar, aumentando o valor energético do produto. Estes podem ser substituídos por edulcorantes de baixo valor calórico (BVC), que possibilitam a obtenção do sabor doce, com ingestão de um menor aporte calórico.

A modificação de açúcar por edulcorantes com BVC, pode ser recomendado em situações de diminuição de peso a curto prazo em adultos. Ainda assim, a utilização de alimentos ou bebidas com adoçantes de BVC não é considerado uma solução para o excesso de peso e obesidade, porque pode não implicar a redução do consumo ou porção do produto alimentar, que frequentemente tem aumentado o teor de outros nutrientes, como de gordura. Neste sentido o consumo de adoçantes com BVC a longo prazo, deve ser analisado individualmente de acordo com a situação da pessoa, pois pode não ter o efeito pretendido.

A relação entre o elevado consumo de produtos com adição de açúcar e o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 é positiva, sendo que que as pessoas que consomem estes produtos têm elevado risco de desenvolver a doença. O consumo de refrigerantes com edulcorantes é forte, 39% dos produtos com adição de açúcares são refrigerantes.

A existência de cáries dentárias em adultos e crianças tem uma forte relação com o consumo de açúcares. A utilização de produtos alimentares com edulcorantes em detrimento de alimentos com açúcar apresenta benefícios para a saúde dentária, pelo que deve representar um aporte calórico inferior a 10% à ingestão diária.

O elevado consumo de açúcares de adição é associado ao aumento dos triglicerídeos séricos, tensão arterial, peso corporal, diabetes, entre outros; contribuindo para o aumento do risco de doença cardiovascular.

O consumo de açúcares de absorção está associado aos principais problemas de Saúde Pública da atualidade, com importante impacto nas despesas da Saúde. Neste sentido, é fundamental desenvolver estratégias de ação afim de informar os consumidores com o objetivo de possibilitar a tomada de decisões fundamentadas, nomeadamente através do: desenvolvimento de políticas limitantes do marketing dos produtos com elevado teor de açúcares de adição, uniformização dos rótulos e informação nutricional, promoção do consumo de produtos alimentares saudáveis e do desenvolvimento de incentivos económicos ao consumo destes.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE, EMERGENTE A AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO NUTRICIONAL

Diferentes procedimentos cirúrgicos e implicações nutricionais

Jorge Limão

Baroclínica

A avaliação nutricional em Cirurgia Bariátrica e Metabólica deverá ser realizada ainda no pré-operatório e tratada no período antes da cirurgia e após a cirurgia, o que implica suplementação diferenciada na sua fórmula e apresentação da toma.

As necessidades de suplementação diferem conforme o tipo de doente, a doença tratada e a operação realizada. Por isso os doentes submetidos a cirurgia de Banda Gástrica, Sleeve Gástrico e Bypass Gástrico, apresentam necessidades diferentes e toleram apresentações diferentes de suplementação.

Apresentamos os resultados do estudo realizado numa amostra dos nossos doentes, sobre a suplementação em Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE, EMERGENTE A AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO NUTRICIONAL

Emergência do diagnóstico nutricional no TCO, a longo prazo

Vânia Costa

Hospital Lusíadas Lisboa

A obesidade é uma doença cuja prevalência continua em ascensão, e que continuamente desafia dietistas e nutricionistas a desenvolverem a sua qualidade técnica, a aumentarem a sua experiência prática baseada na evidência com vista a darem o seu contributo para a obtenção de resultados visíveis para a prevenção e redução de taxas desta doença metabólica.

O tratamento cirúrgico da obesidade (TCO) continua a ser o procedimento mais eficaz, cujo sucesso depende também do acompanhamento multidisciplinar, nomeadamente do contributo do profissional da área da dietética e nutrição. É recomendável que

gradualmente, a longo prazo, a intervenção do dietista/nutricionista tenha por base o modelo de prestação de cuidados nutricionais, *Nutrition Care Process Terminology* (NCPT) criado pela *Academy of Nutrition and Dietetics* em 2003. Este modelo, além de facilitar a uniformização e estruturação da informação dos documentos e registos sobre nutrição, também simplifica a descrição quantificada da intervenção nutricional, utilizando uma linguagem estandardizada, e contribui para gerar novo conhecimento científico sobre a eficácia e resultados dos cuidados nutricionais realizados. Neste modelo o foco é a relação entre o doente/cliente/grupo e o dietista/nutricionista, ilustrando uma abordagem centrada no doente/cliente/grupo, mas considerando o ambiente envolvente e outros intervenientes (ex. família). O *Nutrition Care Process* organiza-se numa sequência de 4 passos: 1) Avaliação nutricional; 2) Diagnóstico nutricional; 3) Intervenção nutricional; 4) Monitorização e avaliação nutricional.

O diagnóstico nutricional, é o segundo passo do modelo, que assume um papel determinante entre a avaliação e a intervenção nutricional, e é essencial no processo de cuidados nutricionais na obesidade. É importante clarificar que diagnóstico nutricional é diferente do diagnóstico médico. Enquanto o diagnóstico médico descreve, de acordo com determinados critérios estabelecidos (ex. ICD-10), a doença/patologia de órgãos específicos do organismo que podem ser tratadas ou prevenidas, o diagnóstico nutricional é o estado de nutrição ou dietético que afeta a saúde do doente, os resultados analíticos, o diagnóstico médico, problema ou sintoma, ou seja, é o problema nutricional que poderá ser resolvido ou melhorado pela intervenção nutricional orientada por um dietista/nutricionista. Sabemos, por exemplo, que a obesidade, enquanto diagnóstico médico, corresponde ao índice de massa corporal (IMC) superior a 40kg/m². Porém o diagnóstico nutricional poderia ser em determinado momento, por exemplo: "Ingestão energética excessiva relacionada com limitado acesso a opções alimentares saudáveis evidenciado pela história alimentar e IMC>40kg/m². No referido modelo, o diagnóstico nutricional é uma frase, afirmação, raciocínio, sendo recomendada a sua documentação com 3 componentes: problema (P), etiologia (E) e sinais e sintomas (S). Por exemplo, ingestão energética desadequada (P) relacionado com inatividade física (E) evidenciado por aumento ponderal de 20kg durante os últimos 3 meses (S). No caso de um doente em TCO, várias são as fases de avaliação, diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional; desde a fase de pré-avaliação para cirurgia bariátrica, fase de preparação para cirurgia, fase pós-cirurgia bariátrica e sua monitorização continua. Um doente obeso submetido a este processo, em casa fase, vários podem ser os diagnósticos nutricionais (diferentes problemas nutricionais associados a diferentes causas e evidenciados por diferentes sintomas), alvo de diferentes intervenções nutricionais

PALESTRAS

que deverão ser hierarquizadas e negociadas com o doente. Um diagnóstico nutricional desadequado pode comprometer a eficácia da intervenção nutricional.

A emergência de, a longo prazo, se concretizar o diagnóstico nutricional como rotina no TCO, reside nas vantagens e contributos que este modelo pode trazer para um novo nível científico que suporte os cuidados nutricionais de qualidade, a investigação e prática profissional baseada na evidência, que possa contribuir para maior recursos técnicos e científicos no tratamento nutricional da obesidade.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE, EMERGENTE A AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO NUTRICIONAL

Identificação e avaliação de risco nutricional no TCO

Rossela Bragança

Hospital S. José

Excesso de peso e obesidade são problemas crescentes em todo o mundo. A proporção mundial de obesos cresce substancialmente, aumentando o risco de várias patologias, nomeadamente diabetes, doenças cardiovasculares, pulmonares, respiratórias, psicológicas, e outras.

O estado nutricional de um indivíduo é um reflexo entre as necessidades fisiológicas de nutrientes e o gasto energético. Deste modo, deve haver um equilíbrio entre a ingestão alimentar e os gastos, representados pelas necessidades energéticas basais, atividade física, termogénese dos alimentos e em caso de doença, a resposta ao trauma.

A obesidade ocorre quando este equilíbrio é alterado.

Assim, avaliar o estado nutricional é fundamental no contexto hospitalar e em ambulatório. Representa no entanto um grande desafio.. Estes indivíduos apresentam características marcantes na sua composição corporal que podem induzir erros.

A avaliação do estado nutricional e a determinação da quantidade e da distribuição da gordura corporal são fatores essenciais na avaliação clínica nos indivíduos obesos.

Não existe no entanto um método de avaliação nutricional padrão. Cada um apresenta vantagens e desvantagens. Por esse motivo são associados vários métodos no sentido de aumentar a eficácia dos resultados. Logo, é importante na anamnese do paciente obeso, abordar uma história detalhada

das doenças já existentes, das causas do aumento de peso, dos hábitos alimentares e respetivo padrão alimentar, do nível de atividade física, das tentativas de perda de peso e dos antecedentes familiares

Posto isto, a preparação de um paciente obeso candidato a cirurgia bariátrica, deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, composta por diversos profissionais, para que se venha a conseguir o sucesso esperado com o menor risco possível.

O paciente deve ser muito bem orientado sobre todos os cuidados pré e pós operatórios para obter o melhor resultado possível, ou seja emagrecer com saúde.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE, EMERGENTE A AVALIAÇÃO E GESTÃO DE RISCO NUTRICIONAL

A gestação na utente submetida a tratamento cirurgico de obesidade (TCO)

Mónica Santos

Dietista, Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital da Luz

O número de pacientes obesos submetidos a tratamento cirurgico de obesidade (TCO), tem vindo a crescer exponencialmente, sendo maioritariamente as mulheres quem mais recorre a estas intervenções. Destas, pelo menos um terço encontra-se em idade reprodutiva.

Se o tratamento da obesidade é um desafio em saúde pública, a gestação após TCO também o é, constituindo uma responsabilidade dos centros de tratamento de obesidade especializados.

Assegurar o adequado estado nutricional após TCO é, a par do controlo do peso, fundamental, sendo recomendado que todos os pacientes bariátricos, façam suplementação em micronutrientes, adaptada ao tipo de cirurgia, estado nutricional e fisiológico, como medida preventiva de deficiências nutricionais. Apesar disto, a experiência e a investigação identificam que a adesão à suplementação a longo prazo é baixa, o que nesta população tem riscos acrescidos, face às necessidades nutricionais aumentadas.

A dieta, *per si*, é deficiente em micronutrientes, para a maior parte dos pacientes submetidos a TCO e ainda mais para as grávidas, não só pelas alterações anatomofisiológicas digestivas, que conduzem a uma redução da ingestão e/ou da absorção como também as necessidades aumentadas e o risco superior de vômitos no primeiro trimestre, associados às alterações hormonais da gravidez.

O estado nutricional durante a gravidez e a amamentação contribui para a morbilidade e mortalidade natal e maternal.

São exemplo disto a minerais como o ferro, cuja deficiência é causa de anemia; o zinco, que em défice se associa a parto prematuro, baixo peso à nascença e risco de espinha bífida; o magnésio, cuja suplementação está associada à redução do risco de parto prematuro e de pré eclampsia e o cálcio que em deficiência se associa a perda de massa óssea materna, diminuição da produção de leite e mineralização óssea fetal inadequada.

Quanto ao défice de vitaminas destaca-se a importância do ácido fólico, relacionada com os defeitos do tubo neural; a vitamina B12, claramente associada à anemia, mas também pelo aumento dos níveis de homocisteína, associados a aborto e em deficiências severas, alterações neurocomportamentais e anemia nos lactentes; a vitamina A, especialmente importante no desenvolvimento e maturação pulmonar do 2º e 3º trimestres de gravidez.

MESA DO GRUPO DE ESTUDO DA DESNUTRIÇÃO DA APNEP

Atividades do GED 2014

Teresa Amaral

Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto

O Grupo de Estudo da Desnutrição da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (GED) foi constituído em 2008 como um grupo de trabalho informal desta Associação, dependente da Direção da APNEP.

O GED tem como missão colaborar na criação e na divulgação de conhecimentos na área da Desnutrição e estimular a sua aplicação no encurtamento da distância entre o conhecimento e a prática clínica. E assim contribuir para a melhoria da saúde da população Portuguesa.

Para o cumprimento da sua missão, o GED tem vindo a desenvolver, fomentar ou apoiar a investigação, a difusão de ideias e de conhecimentos e a promoção de atividades educacionais nesta área, o desenvolvimento de contactos e de intercâmbio nacional e internacional entre os diversos profissionais ligados a esta problemática e o exercício de atividades de consultoria científica. Nesta apresentação será efetuada uma reflexão sobre este trabalho desenvolvido pelo GED neste último ano. Serão também discutidos os desafios e as principais linhas de ação futuras.

CURSO SATÉLITE. CONCEITOS DE TREINO PARA A NUTRIÇÃO

Do treino à Nutrição

Marco Pereira

Dietista na Federação Portuguesa de Atletismo e Centro de Alto Rendimento de Rio Maior

O treino provoca uma adaptação do organismo à carga externa. O aumento da carga de trabalho é proporcional ao gasto energético resultante da hidrólise de ATP. Este pode ser ressintetizado a partir de diversas vias metabólicas: aeróbia, anaeróbia e fosfatos de alta energia. Todavia estão limitadas às características específicas da carga de treino: intensidade, volume, duração e frequência, cujo objectivo é induzir o organismo a um estado de fadiga, ou seja, uma disfunção na contractibilidade das fibras musculares que é revertida após o descanso. Uma das propriedades das fibras musculares é a sua capacidade de adaptação em resposta a novas necessidades funcionais de forma a melhorar o seu desempenho contráctil.

A fadiga é um processo multifactorial, mas pode ser causada pela disponibilidade das reservas energética e/ou produtos resultantes do metabolismo energético. A disponibilidade de nutrientes é um potente modelador de respostas fisiológicas ao exercício, incluindo várias vias de sinalização moleculares que são reguladoras das adaptações ao treino. A intervenção nutricional poderá aumentar as adaptações melhorando o metabolismo energético durante o exercício e promover uma resposta adaptativa durante os períodos de recuperação. Quando este ciclo de carga de treino e intervenção nutricional é repetido ao longo de semanas e meses tem o potencial de modelar o processo adaptativo, conduzindo a um fenótipo típico da modalidade.

FICÇÃO OU REALIDADE

Antioxidantes ou anti-treino?

Sérgio Veloso

Metabolic Edge

O treino intenso provoca inevitavelmente danos nas fibras musculares activas que se manifestam em dor, rigidez e redução na capacidade de produzir força. A contribuição dos radicais de oxigénio (ROS: *Reactive oxygen species*) e de azoto (RNS: *Reactive nitrogen species*) tem sido imensamente estudada nesse sentido e não é pontual a recomendação do uso de antioxidantes de forma a atenuar o processo degenerativo do tecido induzido pelo treino. Embora em teoria possa fazer algum sentido, não existe evidência que suporte os benefícios dos antioxidantes para prevenir ou atenuar o dano muscular induzido pelo treino. Na verdade, existem sim evidências de um prejuízo para as adaptações em resposta ao exercício físico.

Embora a produção excessiva e crónica de ROS seja inquestionavelmente deletéria, nos últimos anos surgiram dados que apontam para a necessidade de níveis moderados de ROS para um funcionamento celular normal, activação de diversas vias de sinalização, e aumento da resistência à agressão. As adaptações musculares são em grande parte mediadas por mecanismos de sinalização sensíveis ao potencial redox, modulados pelos ROS. O peróxido de hidrogénio formado no espaço extracelular age também como vasodilatador, optimizando assim o fluxo sanguíneo e fornecimento de nutrientes e oxigénio aos músculos. O mesmo papel é desempenhado pelo NO. Embora altamente reactivo, o feito oxidante do NO é geralmente ignorado visto que é insignificante quando comparado aos benefícios que exerce no organismo. Ele intervém não só na modulação da reactividade vascular como também promove a angiogénese (formação de novos vasos), é um importante neurotransmissor, e é um factor necessário à sobrevivência das células de músculo vascular liso. Para mais, uma das funções dos radicais livres, só muito recentemente caracterizada, parece ser promover e regular a sensibilidade à insulina. Há uns anos isto seria impensável já que o stress oxidativo é um dos principais mecanismos na base da dessensibilização do IR e consequente resistência à insulina.

Os efeitos positivos dos radicais livres devem-se em grande parte à estimulação de mecanismos de defesa e adaptação endógenos. É então lógico pensarmos que a administração exógena de antioxidantes vai

reduzir a adaptação do organismo, e bloquear o efeito positivo que de outra forma seria verificado. Uma das “agressões” com efeito mais positivo será certamente o exercício. Vários estudos têm demonstrado que a suplementação peri-treino com antioxidantes atenua as adaptações benéficas e normais ao treino – vasodilatação, maior sensibilidade à insulina, biogénese mitocondrial, e estimulação dos mecanismos celulares de detoxificação e protecção antioxidante que conferem maior resiliência à célula.

Como justificar o papel ambíguo dos ROS nas adaptações ao exercício físico, particularmente a nível metabólico? A maioria dos estudos que mostram um papel prejudicial dos ROS avaliaram-no em modelos de exposição contínua e crónica. A este nível, é consensual que os ROS são altamente deletérios e favorecem a progressão e sintomática das doenças metabólicas. Por outro lado, os seus efeitos agudos, transientes e localizados são fundamentais para a regulação de certas vias de sinalização e actividade de enzimas, importantes para as adaptações induzidas pelo treino no metabolismo em geral. A administração de antioxidantes parece inibir os ROS de forma indiscriminada, resultado numa atenuação tanto dos processos deletérios como dos essenciais à função e adaptação orgânica a um meio de agressão constante.

As evidências de que a suplementação com antioxidantes inibe o dano induzido pelo treino são ténues e anedóticas, baseadas essencialmente em considerações teóricas sem fundamento na investigação. Os poucos estudos que sugerem um ligeiro efeito protector baseiam-se em marcadores de dano indirectos que não permitem mais do que frágeis suposições. Pelo contrário, os estudos que evidenciam um efeito negativo dos antioxidantes na janela do treino aparentam ser bem mais robustos. Não podemos com isto dizer no entanto que os antioxidantes não têm um papel no exercício físico. Muitas vezes o esforço supera a capacidade fisiológica do tecido, e aqui terão o seu lugar como protectores de uma exposição elevada e crónica. No entanto, suplementar indiscriminadamente pode comprometer as adaptações naturais ao exercício e comprometer a performance

FICÇÃO OU REALIDADE

A janela ou portão de oportunidade

Filipa Vicente

ISCSEM

A recuperação é um dos pilares determinantes na melhoria do rendimento desportivo uma vez que inicia os processos bioquímicos, fisiológicos e outros que levam à adaptação do corpo humano ao esforço e consequentemente à melhoria do rendimento desportivo.

São objetivos importantes nesta fase específica a reparação do tecido muscular, através da optimização da síntese proteica a nível muscular, e a reposição do glicogénio muscular. Para assegurar este objetivo é necessário combinar proteína, preferencialmente de alto valor biológico, e hidratos de carbono. De uma forma global recomenda-se a

Nesse sentido o planeamento alimentar do atleta deve incluir uma estratégia nutricional para o momento pós-treino sendo crucial por um lado reforçar a importância desta refeição e por outro facilitar a adopção de boas escolhas que facilitem a adopção do hábito de fazer um bom pós-treino.

O momento em que deve ser feita a refeição, a sua natureza (batido ou refeição sólida), a qualidade das escolhas alimentares são questões essenciais para a intervenção do profissional de ciências da nutrição sendo importante considerar as preferências do atleta, a sua disponibilidade para preparar/transportar uma refeição assim como o apetite e a utilização ou não de suplementos alimentares nomeadamente de proteína.

Adicionalmente, é importante ter em conta que esta temática não é livre de controvérsia. Por um lado, alguns estudos feitos sobre a importância da conhecida “janela anabólica” utilizaram indivíduos com pouca ou nenhuma experiência de treino estruturado o que leva a maiores diferenças na eficácia de algumas medidas, e por outro lado questiona-se a importância de uma refeição face e comparativamente à satisfação das necessidades nutricionais do período de um dia inteiro.

Acresce ainda a controvérsia da necessidade de utilização de suplementos, sobretudo de proteína e da necessidade de inclusão de hidratos de carbono nessa refeição. Todos estes aspectos requerem por parte do profissional de nutrição a necessidade de adequar a estratégia ao atleta, à modalidade, ao treino e período competitivo assim como os objetivos.

NUTRIÇÃO GASTRODESPORTIVA

Complicações gastrointestinais durante o exercício

Inês Real

Nutricionista Holmes Place Alvalade

O Exercício Físico (EF) é considerado um dos principais determinantes da saúde relacionada com estilos de vida. Um reconhecimento generalizado deste fato é essencial para enfrentar o impacto do sedentarismo, juntamente com níveis elevados de pressão arterial, colesterol, ingestão insuficiente de fruta e vegetais, excesso de peso/obesidade e tabagismo, no desenvolvimento de diversas doenças crónicas não transmissíveis na população. No entanto, apesar dos benefícios já cientificamente demonstrados, a literatura tem vindo a revelar uma associação importante entre a prática de EF e o desenvolvimento de **sintomas gastrointestinais (GI)**.

Sintomas como náuseas, vómitos, azia, refluxo gastro esofágico (GE), diarreia, incontinência fecal, dor abdominal e hemorragia GI são comuns durante o exercício, especialmente durante desportos vigorosos. Em geral estes sintomas são transitórios e não prejudicam a saúde a longo prazo, podendo ser considerados protetores de lesões orgânicas visto serem progressivos e por vezes tão severos que podem limitar a performance desportiva obrigando o atleta a reduzir a intensidade e/ou duração do exercício. A incidência dos mesmos é muito distinta, e depende de variáveis como: tipo, duração e intensidade do exercício, idade, género do indivíduo e ingestão alimentar. Em particular, a intensidade do exercício parece ser um fator importante no desencadeamento dos sintomas GI, estando estes mais associados ao exercício intenso, extenuante e esforço. Também é de salientar que os sintomas GI podem dever-se a distúrbios GI pré-existentes como síndrome intestino irritável, mal absorção da lactose e doença celíaca que se podem agravar no contexto da prática de exercício.

Os mecanismos pelos quais o exercício está associado a sintomas GI não são totalmente compreendidos. A irritação do trato GI, o decréscimo da circulação sanguínea no trato GI, o aumento da motilidade intestinal, as alterações modulares neuroendócrinas e estados de desidratação são apontados como influenciadores. Tanto a dismotilidade intestinal como a redução da circulação mesentérica são fatores de risco conhecidos para o Síndrome do Supercrescimento Bacteriano do Intestino Delgado (*Small Intestinal Bacterial Overgrowth* – SIBO) cujas manifestações clínicas envolvem o trato GI com sintomatologia

PALESTRAS

semelhante à descrita pelos corredores, no entanto não está comprovado que seja uma causa comum.

Durante o exercício físico o sangue é redistribuído e desviado para a pele, músculos exercitados, coração, pulmões e cérebro em detrimento do trato GI, podendo a circulação esplâncnica ser reduzida em 80% durante exercícios de alta intensidade apesar do enorme aumento do débito cardíaco. Existem no entanto estudos que sugerem que a redução do fluxo esplâncnico induzido pelo exercício possa ser evitada com a ingestão de alimentos/fluidos. Lesões transitórias pós-exercício têm sido observadas desde estômago ao colon com indicadores de danos **isquémicos**. Estes têm sido propostos como mecanismos causais de perdas hemáticas no trato GI durante e depois do exercício. Apesar destas perdas serem transitórias foram encontrados indicadores de danos na mucosa local, com morte celular e resposta inflamatória consequente. Em teoria, níveis críticos de isquemia e acumulação de produtos metabólicos podem induzir mal absorção, hipersecreção e aumento da permeabilidade GI com endotoxemia.

Os efeitos do exercício sobre o esófago e estômago têm sido estudados maioritariamente em corredores nos quais foi observado um decréscimo da atividade peristáltica esofágica, decréscimo do tônus e aumento transitório do relaxamento do esfíncter esofágico inferior contribuindo para o **refluxo GE** durante no exercício. Por sua vez, o **esvaziamento gástrico** pode ser retardado pela intensidade do exercício, desidratação e hipertermia, e pelo aumento duodenal e diminuição antral da atividade do músculo liso. Também se demonstrou que o esvaziamento gástrico pode depender do volume e conteúdo energético da bebida ingerida durante o exercício e com aumento da pressão intra-abdominal durante exercício pode expulsar fluidos ácidos do estômago para o esófago.

Por fim, a influência do exercício sobre a **absorção GI** depende da intensidade do exercício, estado nutricional e das substâncias absorvidas. Relativamente à absorção de água e hidratos de carbono esta permanece inalterada durante a prática de exercício. No entanto, estudos relatam uma redução da integridade da mucosa intestinal após o exercício, secundária à isquemia GI, e uma permeabilidade agravada se existir toma de anti-inflamatórios não-esteroides. Restrição de água durante exercícios prolongados piora a permeabilidade intestinal. Existem poucos estudos sobre a relação do exercício físico com a **motilidade GI**, colocando-se a hipótese desta explicar sintomas GI como pirose, refluxo GE, vômitos, cólicas e diarreia.

Quanto às recomendações para **redução de sintomas GI**, estas incluem redução de exercício, intensidade, prevenção de desidratação e utilização de fluidos isotónicos. Como tal, todos estes efeitos podem ser prevenidos através da prática de uma **alimentação, hidratação e treino adequada**.

TIMING DOS NUTRIENTES

Vitaminas e Minerais

Vera Fernandes

Dietista coordenadora do Programa Alimentação Saudável do Jumbo

Uma adequada nutrição é essencial à boa performance de um atleta.

O *timing* de ingestão de nutrientes (consumo de combinações de diferentes nutrientes nos momentos próximos e durante a sessão de exercício físico) é uma estratégia muito estudada e utilizada, desenhada com o intuito de maximizar as adaptações ao exercício e facilitar a recuperação dos tecidos danificados. Esta estratégia tem em conta o *timing* em que os macronutrientes proteínas e glícidos, primeiramente, e lípidos, secundariamente, devem ser consumidos para potenciar a performance do atleta.

Os micronutrientes têm um papel importante na produção de energia, síntese de hemoglobina, protecção do organismo contra as oxidações indesejáveis, manutenção da saúde óssea e de uma adequada função imunitária e contribuem para a síntese e reparação do tecido muscular durante a recuperação do treino. Especificamente, as vitaminas são compostos orgânicos essenciais (organismo humano não é capaz de as sintetizar) que participam na regulação de processos metabólicos, sendo que muitas vitaminas do complexo B estão directamente envolvidas no metabolismo energético mitocondrial. Os minerais são elementos inorgânicos, também eles, essenciais ao organismo e necessários para uma miríade de processos metabólicos, intervindo como estrutura para os tecidos, sendo componentes de enzimas e hormonas e regulando o controlo metabólico e neuronal. Determinados micronutrientes, especialmente os minerais, podem estar ou tornar-se deficitários em atletas como resposta ao treino e/ou exercício prolongado. Quando o *status* mineral é inadequado, a capacidade física pode estar comprometida.

O *timing* de consumo de vitaminas e minerais próximo ou durante o treino/competição não é alvo de intervenção dietética pelo facto de estes micronutrientes não contribuírem directamente para os objectivos nutricionais de optimização do treino no imediato. Quando os objectivos nutricionais pré, durante e pós treino/competição, que pretendem potenciar a resposta adaptativa ao exercício físico e, assim a performance, passam sobretudo por - maximizar as reservas de glicogénio endógeno; manter os níveis séricos de glucose durante o exercício de endurance

minimizando a fadiga durante o esforço; diminuir o dano muscular associado ao exercício; aumentar anabolismo muscular; melhorar a recuperação intramuscular – são os glícidos e as proteínas, e não as vitaminas e minerais, que se apresentam como os nutrientes chave para responder a estas necessidades.

Neste sentido, o consumo de vitaminas e minerais na dieta de um atleta deve ser considerado no plano alimentar diário do mesmo, com o objectivo primordial de garantir a sua ingesta nas quantidades recomendadas potenciando assim a manutenção de uma boa saúde e performance.

Para potenciar o consumo diário de micronutrientes nas quantidades adequadas, deve ser dado especial enfoque às maiores refeições do dia, ao serem os momentos com mais potencial para albergar a ingesta de maior quantidade e variedade de micronutrientes. A dieta deve ser variada, equilibrada e completa, enfatizando-se a relevância do consumo de grupos alimentares que fornecem elevada quantidade de vitaminas e minerais e que, concomitantemente, se apresentam em défice “à mesa” da população portuguesa, como é o caso dos hortícolas, frutos e leguminosas. Estratégias para potenciar o adequado consumo deste tipo de alimentos junto do atleta devem ser desenvolvidas. De salientar que também os “produtos alimentares para desportistas”, como as barras energéticas, se apresentam actualmente com fontes válidas de micronutrientes na dieta de um atleta, não sendo todavia, a fonte major dos mesmos. Consequentemente, não deverá ser o conteúdo em micronutrientes a ditar a escolha de um produto em detrimento de outro, sendo que estas barras deverão sobretudo ter uma composição que responda aos objectivos nutricionais desenhados para antes, durante e/ou após a prática de exercício físico.

Em suma, no que à ingesta de micronutrientes diária por parte do atleta diz respeito, mais que o timing das refeições, é a composição das mesmas que importa analisar.

TIMING DOS NUTRIENTES

Proteínas, para quando?

Filipa Vicente

ISCSEM

Entre os macronutrientes, a proteína tem um papel importante ainda que controverso na alimentação do atleta.

As necessidades proteicas de um indivíduo fisicamente activo são mais elevadas do que um indivíduo sedentário. Recomenda-se uma ingestão variável entre 1,2 e 2g Proteína/Kg de Peso/dia, de acordo com a modalidade do atleta.

No entanto, embora esta necessidade seja um conhecimento consciente, a inclusão de proteína no plano alimentar ainda é alvo de algumas controvérsias. A manutenção de um balanço azotado positivo requer a ingestão suficiente de proteína ao longo do dia, preferencialmente fraccionada ao longo do dia, não só para manter níveis estáveis de aminoacidémia mas também pelo pressuposto de promover um fracionamento alimentar equilibrado.

De uma forma geral, recomenda-se que a ingestão proteica diária seja o mais homogeneamente possível dividida nas 4 a 6 refeições que constituem o dia alimentar do atleta. A dose de aminoácidos essenciais que promove de forma eficiente a síntese proteica ronda os 10g o que representa cerca de 20-30g de proteína, na maior parte das suas fontes primárias (carne, peixe e ovos).

Desta forma, o planeamento alimentar do atleta deve otimizar uma ingestão suficiente e o mais equilibrada possível de proteína ao longo do dia sendo essencial facilitar a adopção de boas escolhas alimentares dentro das melhores fontes sendo que por um lado a suplementação pode facilitar mas por outro é crucial ensinar o indivíduo a utilizar fontes alimentares para satisfazer as suas necessidades proteicas diárias.

Este planeamento permite sobretudo facilitar a inclusão de proteína suficiente nas refeições intermédias, nomeadamente os lanches, um momento em que é mais fácil falhar pela dificuldade em procurar fontes primárias especialmente se forem refeições feitas fora de casa.

TIMING DOS NUTRIENTES

Lípidos: para quando?

Sérgio Veloso

Metabolic Edge

Os lípidos são macronutrientes essenciais à vida mas que no contexto da nutrição desportiva ficam muitas vezes para segundo plano. Na verdade, numa perspectiva do timing não apresentam os mesmos efeitos agudos a nível da performance ou variáveis indicadoras de adaptações ao treino. No entanto, isso não significa de todo que não tenham um papel crucial no condicionamento físico e vários trabalhos têm corroborado a sua importância.

Tratar os lípidos em geral é um tema demasiado complexo e abrangente. O efeito das dietas hiperlipídicas tem sido estudado essencialmente no contexto do treino de endurance, com alguns estudos a apontar efeitos benéficos no rendimento a médio prazo e após um período de adaptação metabólica. Mas numa dieta “típica”, com maior proporção de hidratos de carbono, e no que diz respeito ao timing dos nutrientes, acredita-se que seja de evitar o consumo de gorduras. Não apenas pela diminuição da taxa de absorção dos hidratos de carbono e proteínas, mas também pelo efeito inibitório no metabolismo glicídico a nível muscular.

Um assunto de debate aceso hoje em dia são os ómega-3, ou melhor, o rácio ómega-3/ómega-6 da dieta de um desportista. Considerando as fontes disseminadas de ómega-6 na dieta ocidental moderna, o factor limitante e condicionante desta relação são de facto os ómega-3. No que toca à performance desportiva, poucos são os estudos que avaliam o efeito dos ómega-3, em particular suplementação, na performance desportiva a longo prazo – “major endpoints”. Focam-se sim em aspectos “minor”, como a deformabilidade dos eritrócitos, dano muscular, inflamação, e metabolismo em esforço, indicadores da adaptação ao treino.

Estudos mostram que os ómega-3 aumentam a deformabilidade dos eritrócitos, permitindo melhor oxigenação dos tecidos pela microcirculação e fluxo sanguíneo. Mas também o tecido muscular parece ser beneficiado pelos ómega-3. Estudos mostram que suplementação ou maior ingestão potencia os mecanismos de síntese proteica dependentes de insulina, do que resulta melhor performance e ganhos de força. Além disso, o efeito anti-inflamatório dos ómega-3 por competição com o ácido araquidónico parece atenuar também a fadiga e acelerar a recuperação muscular. Mas como é regra na biologia

humana, a dose faz o veneno. A inflamação aguda é necessária para promover as adaptações ao treino, pelo que a performance máxima resulta de um equilíbrio entre os ómega-3 e ómega-6, especialmente a nível da síntese proteica e hipertrofia.

Embora possamos concluir que a ingestão de lípidos deve estar focada fora da janela do treino e do período de recuperação imediato, isto não significa de todo que não sejam importantes para o rendimento de um atleta e adaptação ao treino. Mais do que a quantidade, a qualidade é importante. No que toca aos lípidos, nós somos de facto aquilo que comemos.

TRABALHO DE CAMPO EM NUTRIÇÃO DESPORTIVA

Ingestão glicídica e hídrica durante uma prova de triatlo: Os atletas cumprem as recomendações?

Catarina Elias

A literatura é escassa no que respeita a estudos cujo objetivo consista na determinação da ingestão glicídica e hídrica no decorrer de uma prova de triatlo. Considerando a diversidade de nível competitivo dos atletas e da distância da prova, a caracterização da ingestão torna-se ainda mais específica. Consequentemente existe um relativo desconhecimento em relação ao cumprimento das recomendações nutricionais dos triatletas durante a prova, revelando-se assim necessário abordar este tema. Sendo o triatlo composto por natação, ciclismo e corrida, a ingestão realizada pelos atletas não se espera igual em cada segmento, dado a diferença das suas características e, por conseguinte, das estratégias nutricionais adotadas. No presente estudo, desenvolvido em 2014, pretendeu-se averiguar se atletas portugueses de triatlo de elite cumpriam com as recomendações durante uma prova nacional de distância Olímpica.

A metodologia utilizada, à semelhança de outros estudos, pretendeu ser o menos invasiva possível. Antes do início e no final da prova, os atletas e respetivos produtos ingeridos (água e substâncias ergogénicas) foram identificados e pesados. A extensão da desidratação foi calculada recorrendo à taxa de sudorese, tendo sido contabilizados todos os produtos que contivessem qualquer teor hídrico. Uma vez que a priori se desconhecia a taxa de sudorese, os atletas apenas conheciam as recomendações hídricas genéricas de uma ingestão de 200-300 mL de fluidos a cada 10-20 minutos.

A amostra obtida de seis atletas era constituída de modo equitativo relativamente ao sexo, tendo metade dos atletas acompanhamento nutricional em consulta de dietética e nutrição. As recomendações glicídicas (>30 g/h) foram cumpridas por 66% dos atletas. Os grupos de atletas em que se verificou uma média de ingestão glicídica superior (atletas do sexo feminino e atletas com consulta) coincidiram com os grupos nos quais a quantidade de glícidos disponíveis era maior. No estudo realizado na Austrália, em triatletas de distância Olímpica com aconselhamento nutricional, verificou-se, do mesmo modo, uma maior disponibilidade e ingestão glicídica em atletas do sexo feminino. Em média, a quantidade de glícidos, disponíveis e ingeridos, dos atletas, em estudo, foi superior comparativamente aos atletas australianos (em ambos os sexos).

Nos grupos em estudo, observou-se a existência de atletas que não ingeriram glícidos durante um dos segmentos (ciclismo ou corrida) e apenas dois atletas ingeriram bebidas desportivas. Verificou-se uma ingestão hídrica maior no ciclismo comparativamente à corrida, estando em concordância com estudos publicados. Relativamente à extensão de desidratação, apenas um atleta apresentou um valor inferior a 2% de perda de peso corporal (limite a partir do qual pode condicionar a performance e a saúde do atleta).

O grupo com acompanhamento nutricional em consulta cumpriu com recomendações glicídicas e aproximou-se mais das recomendações hídricas genéricas, comparativamente a atletas sem consulta. A caracterização das práticas de ingestão dos atletas durante uma prova permite estabelecer parâmetros a adequar.

TRABALHO DE CAMPO EM NUTRIÇÃO DESPORTIVA

Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Em triatletas de elite em simulação à exposição a condições de altitude

Solange Fernandes

Introdução: Ao longo dos anos, a prática de exercício em altitude tem sido bastante difundida entre os atletas e as suas equipas técnicas. Na busca por melhores resultados, vários estudos têm sido realizados de maneira a descrever e interpretar as respostas fisiológicas, crónicas e agudas que ocorrem no organismo devido à exposição a ambientes de

moderada ou elevada altitude. Têm sido realizados estudos no terreno, em altitudes moderadas e em laboratório. Nestes últimos são utilizadas câmaras com um ambiente interior hermeticamente controlado para simular as verdadeiras condições em altitude. O conceito de treino em altitude, ou seja, em condições de hipoxia hipobárica, nasceu para ser mais uma ferramenta para a otimização e melhoramento do desempenho dos atletas de alta competição quando retomassem ao nível do mar. Porém, tem sido bastantes as desvantagens apontadas a este tipo de treino, sendo mesmo algumas vezes superiores às vantagens de adaptação fisiológica. Por isso, recentemente, um novo modelo de treino em altitude tem sido descrito: “*Live High-Train Low*”, sendo considerado como a solução para ter as vantagens do treino em altitude sem que comprometa a intensidade e o volume de treino normalmente realizados ao nível do mar.

Objetivo: Avaliar a ingestão alimentar e as características antropométricas e da composição corporal de Triatletas da Seleção Nacional de Júniores e Sub-23 que se encontravam em estágio de preparação para o Campeonato da Europa, em simulação à exposição a condições de altitude.

Métodos: Estudo descritivo com uma amostra de conveniência de 8 atletas de um Centro de Alto Rendimento. Foram submetidos a variadas medições, nomeadamente o peso e altura, através da utilização do estadiómetro vertical SECA Hamburg, Germany e da Tanita BC – 418 MA®, e a composição corporal pelo Akern BIA 101 Body Impedance Analyzer™. Foi realizado o preenchimento de registos alimentares durante 20 dias consecutivos e posterior interpretação e análise no Food Processor™. As variáveis em estudo foram: peso, massa gorda, massa muscular, massa celular, metabolismo basal, macro e micronutrientes ingeridos e o aporte energético destes atletas.

Resultados: Amostra de 8 triatletas da Seleção Nacional, 6 do género masculino e 2 do feminino, sendo a média de idades de $19 \pm 1,669$. O género masculino tinha em média um peso de $69 \pm 4,30$ Kg, altura de $182,5 \pm 3,83$ cm, massa muscular de $48,26 \pm 3,15$ Kg e $3,75 \pm 2,01$ Kg de massa gorda, o que equivalia a $5,36 \pm 2,71\%$. As atletas tinham em média $53,6 \pm 0,77$ Kg de peso, altura de $165,5 \pm 3,53$ cm, a Massa Muscular correspondia a $31,5 \pm 1,90$ Kg e massa gorda de $9,15 \pm 2,47$ Kg, o que equivalia a $17,05 \pm 4,31\%$. Relativamente à ingestão alimentar dos atletas masculinos estes tiveram uma ingestão média de 2859 ± 364 kcal/dia, sendo $57 \pm 5,15\%$ em Hidratos de Carbono, $24,8 \pm 3,5\%$ de Lípidos e $17,8 \pm 2,5\%$ de Proteínas. As triatletas ingeriram em média 2147 ± 129 Kcal/dia, sendo $59,4 \pm 0,6\%$ em Hidratos de Carbono, $23,5 \pm 1\%$ em Lípidos e $17 \pm 1,6\%$ em Proteínas.

Conclusões: Relativamente à composição corporal dos triatletas do género masculino, estes encontravam-se com peso e altura acima dos valores mencionados na literatura, ao contrário da percentagem de massa

PALESTRAS

gorda. Por outro lado, o género feminino encontrava-se com o peso e a altura abaixo do verificado na literatura e com a quantidade em percentagem de massa gorda superior. Analisando a ingestão alimentar dos triatletas de ambos os géneros, percebemos que estes ingerem valores de hidratos de carbono e de lípidos dentro das recomendações para atletas de endurance, ao contrário do que podemos concluir da ingestão de proteínas que se encontrava aumentada.

Palavras-chave: Triatlo, Nutrição desportiva, Características antropométricas, Composição Corporal, Altitude

TRABALHO DE CAMPO EM NUTRIÇÃO DESPORTIVA

Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Atletas Portugueses de meio-fundo

Susana Francisco

O meio-fundo português depara-se com uma apagada expressão internacional. Sendo importante estudar os fatores que poderão influenciar este rendimento. Uma vez considerada um fator fundamental e influenciador do desempenho desportivo, a nutrição destes atletas deve ser estudada, de forma a poder atuar-se no sentido de manter ou melhorar as suas estratégias nutricionais. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a ingestão alimentar de meio-fundistas portugueses, bem como a sua composição corporal, num período de treino pré-competitivo.

A ingestão alimentar de 16 atletas de elite portugueses ($n=11$ masculino; $n=5$ feminino; idade: 19-35 anos) foi avaliada durante um período de sete dias de treino em período pré-competitivo utilizando o método de diário alimentar, posteriormente analisados através do Food Processor®. Depois da semana de avaliação da ingestão alimentar, foram avaliados o peso (Tanita BC418®), a altura (estadiómetro vertical SECA 220®) e a composição corporal através de bioimpedância (Akeron BIA101®).

A dieta dos atletas é composta por 2585 ± 367 kcal e 2115 ± 442 kcal diárias, respetivamente para o género masculino e feminino. Apresenta baixo valor em glicídios para o género masculino ($53.9 \pm 1.9\% \Rightarrow 348 \pm 49.6\text{g}/\text{dia} \Rightarrow 5.5 \pm 0.8\text{g}/\text{kg}$) e adequado para o feminino ($54.2 \pm 5.6\% \Rightarrow 284.2 \pm 55.9\text{g}/\text{dia} \Rightarrow 5.7 \pm 1.8\text{g}/\text{kg}$). O teor proteico da dieta é elevado em ambos os géneros (M: $19.2 \pm 1.9\% \Rightarrow 123.9 \pm 18.9\text{g} \Rightarrow 1.9 \pm 0.3\text{g}/\text{kg}$; F: $17.8 \pm 1.2\% \Rightarrow 94.3 \pm 22.5\text{g}/\text{dia} \Rightarrow 1.9 \pm 0.6\text{g}/\text{kg}$).

Todavia o componente lipídico encontra-se adequado (M: $25.8 \pm 3.4\% \Rightarrow 74 \pm 14.6\text{g} \Rightarrow 1.2 \pm 0.3\text{g}/\text{kg}$; F: $27.4 \pm 5.6\% \Rightarrow 65.6 \pm 22.2\text{g}/\text{dia} \Rightarrow 1.3 \pm 0.5\text{g}/\text{kg}$). A ingestão de água é o principal componente da ingestão hídrica total, representando 50.8% e 48% do componente hídrico ingerido diariamente, respetivamente nos atletas masculinos e femininos. Relativamente à antropometria e composição corporal, verifica-se que apresentam estatura mediana (M: $176 \pm 7.2\text{cm}$; F: $164.2 \pm 8\text{cm}$), baixo peso (M: $64.3 \pm 6.9\text{kg}$; F: $51.1 \pm 5.3\text{kg}$), bem como baixo valor de massa gorda (M: $5.3 \pm 2.3\%$; F: $8.2 \pm 3.3\%$). Os atletas encontram-se hidratados, com os valores de água corporal total de $69.3 \pm 1.7\%$ e $67.2 \pm 2.4\%$, respetivamente para o sexo masculino e feminino. Verifica-se que os atletas de meio-fundo curto são mais pesados, mais altos e têm menor percentagem de massa gorda que os atletas de meio-fundo longo ($p < 0.05$).

Não foram observadas relações com resultado significativo entre a ingestão alimentar e a composição corporal dos atletas.

A dieta destes atletas não está de acordo com a maioria das recomendações para esta modalidade, sendo hipocalórica, hiperproteica, normolipídica, hipoglicídica, com baixo

consumo hídrico e deficiente ingestão de micronutrientes. Porém, a sua composição corporal é adequada à prática da modalidade, característica de baixo peso, altura mediana, baixa massa gorda, baixa massa muscular e bom estado de hidratação, sendo similar à de outros estudos com atletas meio-fundistas de outras nacionalidades. Assim, pensa-se que, nesta fase da época, o treino é, possivelmente, o fator que mais contribui para a manutenção da composição corporal adequada.

TRABALHO DE CAMPO EM NUTRIÇÃO DESPORTIVA

Caracterização da ingestão alimentar e composição corporal: Equipas profissionais de basquetebol feminino

Teresa Santos

Introdução: Hoje em dia sabe-se que determinadas estratégias nutricionais podem melhorar o desempenho, a recuperação e resultar numa melhoria na adaptação ao treino. Assim, as atletas de basquetebol devem adoptar estratégias nutricionais adequadas antes,

durante e após os treinos e competições de forma a maximizar o desempenho físico e mental. A monitorização da composição corporal das atletas profissionais oferece informações ligadas à avaliação do estado físico, importantes para melhorar a saúde, o bem-estar e o rendimento desportivo das atletas.

Objectivo: Avaliar, caracterizar e comparar a ingestão alimentar e a composição corporal de duas equipas profissionais de basquetebol feminino, relacionando com as suas classificações no campeonato.

Métodos: A amostra foi constituída por 25 jogadoras com idades compreendidas entre os 16 e 38 anos, pertencentes a duas equipas da Liga Portuguesa de Basquetebol. As medições corporais foram efectuadas num único momento, antes do último treino semanal de preparação para os Play-Off. A ingestão alimentar foi avaliada na mesma altura, utilizando registos alimentares de sete dias consecutivos.

Resultados: Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição de macronutrientes entre as duas equipas. Foram encontrados valores de ingestão significativamente superiores de ácidos polinsaturados Ω -6, colesterol, ferro, vitaminas A, B1 e C na *equipa melhor classificada*, quando comparada com a outra. Relativamente à composição corporal, verificou-se que as atletas de ambas as equipas apresentavam valores de massa gorda e massa muscular dentro do recomendado para a modalidade mas valores de água intra e extracelular baixos, não havendo diferenças significativas entre equipas. Por último, o rácio sódio/potássio foi significativamente superior na *equipa melhor classificada*, verificando-se que a *equipa pior classificada* não atingiu os valores recomendados para atletas.

Conclusão: Verificou-se que as atletas de ambas as equipas têm uma dieta normoproteica, hipoglicídica e hiperlipídica, sendo que esta não estava de acordo com a maioria das recomendações. O aporte hídrico e de micronutrientes de ambas as equipas foi inferior ao recomendado. No caso da composição corporal observou-se que apresentavam níveis de massa gorda e massa muscular adequados, mas apresentavam níveis de água corporal baixos, podendo concluir-se que as atletas não se encontravam bem hidratadas e o seu consumo hídrico nas 12 horas que antecederam o treino foi muito reduzido. Relativamente ao rácio sódio/potássio, encontrava-se dentro dos valores recomendados, o que me levou a concluir que o facto de as atletas apresentarem níveis mais baixos de água extracelular deveu-se à baixa ingestão de água e não a carências de ingestão de sódio.

HISTÓRIAS DE COMER E BEBER - PERSPETIVAS DO ENFERMEIRO

Importância da aula de dietética numa ESE Portuguesa de renome internacional, em meados do século XX

Óscar Ferreira

Departamento de Fundamentos de Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Introdução: Foi na década de 1920 que a Fundação Rockefeller começou a desenvolver a enfermagem na Europa. Com essa finalidade ajudou a criar escolas de Enfermagem na Polónia e Hungria entre outros países do centro e norte da Europa.

Em Portugal a Fundação Rockefeller chegou no início da década de 1930, mas só a partir de 1935 começou a planear a construção de uma Escola de Enfermagem de características similares às das congéneres norte americanas e europeias.

A criação de uma tal instituição de ensino implicava a construção de um edifício próprio. O primeiro projeto foi vetado por não se compreender a necessidade de um laboratório de Dietética. Seria posteriormente Duarte Pacheco a aprovar a construção em Lisboa do edifício da Escola Técnica de Enfermeiras (ETE).

Nesta comunicação importa relevar a importância das disciplinas de Nutrição e Dietética no curriculum académico da ETE em meados dos anos de 1950; identificar os espaços onde se ensinava e aprendia Dietética e Nutrição; compreender a evolução destas disciplinas nos planos de estudos da Escola e lembrar as suas docentes.

Metodologia: A metodologia incluiu a reconstituição e recolha de informação no Arquivo e Biblioteca da ESEL; no Arquivo Histórico do Ministério da Educação; da Direção Geral de Saúde; e da Fundação Rockefeller em Nova Iorque; a caracterização das fontes e a análise da documentação, seu tratamento heurístico e hermenêutico, a que se seguiu a inferência de um sentido evolutivo.

O enquadramento teórico inclui autores como Ferreira (2013) e Mendes (2009).

Resultados: Na opinião do *Committee on Curriculum of the National League of Nursing Education* (1937), uma escola de Enfermagem profissional devia possuir espaços que estimulassem o ensino, o estudo e o desejo de aprender.

OS ESPAÇOS ONDE SE ENSINAVA E APRENDIA DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

PALESTRAS

No primeiro edifício onde funcionou a ETE (1940 a 1943), não existia laboratório de Dietética e Nutrição. As aulas de demonstração realizavam-se na cozinha.

Ao que parece, não havia em Portugal nenhuma outra escola que preparasse para se compreender os fundamentos e os princípios relacionados com as necessidades nutricionais do ser humano, chegando-se a ponderar abrir a frequência destas disciplinas a pessoas externas à escola.

O novo edifício escolar foi inaugurado em 1944. A sua construção teve por base os planos da escola de enfermagem de Lyon. Nos seus espaços sobressaíam os laboratórios de dietética.

AS DISCIPLINAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA NOS PLANOS DE ESTUDOS DA ESCOLA

No primeiro plano de estudos da ETE (1940/41 a 1944/45) as aulas de Nutrição e Cozinha tinham a duração de 30 horas e havia uma disciplina de Nutrição Normal e Orçamento com a duração de 10h.

As práticas clínicas de Dietética surgiam em simultâneo com as práticas clínicas de Medicina e Cirurgia e tinham a duração de duas semanas e meia, das quais quinze horas eram destinadas a aulas teóricas.

AS DOCENTES DAS DISCIPLINAS

Para lecionar estas disciplinas foi designada em 1940, Mrs Long, diplomada por uma escola norte-americana de dietistas.

A partir de 1942/43 a leção passou a ser da Diretora, diplomada na América do Norte pela Fundação. Após a sua morte, em 1944, as lições foram assumidas por outras enfermeiras.

Conclusões: Quando comparado o plano de estudos da ETE, na década de 1940, com o da Escola de Enfermagem Artur Ravara e o de Visitadoras Sanitárias da Direção Geral de Saúde, verifica-se que estas disciplinas não eram esquecidos em nenhum dos cursos pois importavam tanto à formação de enfermeiras hospitalares, quanto de saúde pública.

A designação e a duração do ensino das disciplinas estudadas mantiveram-se na ETE durante toda a década de 1940.

Na década de 1950 a disciplina de Nutrição e Cozinha viu o seu nome reduzido para Nutrição, mantendo-se as práticas clínicas de Dietética. Na década de 1960 estas disciplinas fundiram-se tomando a designação de Nutrição e Dietética e a prática clínica desapareceu formalmente. Para tal poderá ter contribuído, em 1955, a oficialização do primeiro Curso de Dietistas. Dessa forma não havia necessidade de preparar enfermeiras com prática clínica de dietética, quando esta atividade se estava a autonomizar da enfermagem por complexificação dos seus saberes e competências.

HISTÓRIAS DE COMER E BEBER - PERSPETIVAS DO ENFERMEIRO

A alimentação dos militares portugueses feridos e/ou doentes dos séculos XVII, XVIII e XIX

Jorge Ferreira

ESEL

No século XVII, a visão da medicina era ainda primordialmente Hipocrática ou Galénica, com ou sem influência árabe, com muita ajuda do Divino e de práticas populares. Havia na época uma grande simpatia pelos unguentos, e um dos mais famosos era *óleo de cam* (p.495). Para além do uso de unguentos, repelentes, resolutivos, supurativos, usava-se a sangria a todos militares doentes ou feridos, com excepção daqueles que tivessem perdido muito sangue, mas mesmo estes eram sangrados no dia seguinte, todos serão sangrados as vezes que forem necessárias para que *“não corra o sangue à parte doente, e faça inflamação e apostema”*, (p.151). A melhor dieta para um ferido *“é lentilhas, caldo de miolo de pão, ameixas passadas, maçãs, peras assadas, frango e galinha, e de tudo um pouco, porque com comer pouco se resolvem, e evacua os humores que estão no corpo, e se fazem poucos excrementos, e a ferida fica menos húmida, e beber água fria lhe é proveitoso, porque o corpo com as feridas se aquecem, e inflama, e água bebida, tempera, e resfria”*. Por exemplo, as feridas nos nervos, devem ser tratadas segundo os ensinamentos de Hipócrates, Galeno e Avicena como refere António da Cruz, aconselham a que se dê pouco de comer, basta água de cevada e caldo de miolo de pão. A alimentação era constituída por tisanas, caldos, alface, maçãs assadas, peras, marmelos, lentilhas e de seguida poderia começar a comer carne (frango, galinha, cabrito e carneiro), para sobremesa *“confeitos de coentro seco”* para que não *“subam fumos à cabeça”*. Para beber, *“água cozida com cevada”* ou *“água cozida sem nada”*. *“O sujeito do corpo humano, animado, fabricado pelas mãos do Artífice Divino”*, (p.1) é uma pessoa que é sujeita *“a misérias e achaques”* para a cura é necessário que haja dieta e remédios. A dieta é a mais necessária para a cura, para conservar a saúde aos que a têm e restituí-la àqueles que a não têm. Para *“curar as enfermidades seja necessária dieta, purga e sangria”*, (p.3).

No século XVIII, o alvará 7 de Agosto de 1797, observa os aspectos relacionados com os alimentos e a sua distribuição. Importa referir que nesta época a alimentação ainda é vista como fundamental para a cura das pessoas doentes, pois neste regulamento é

recomendado que “a determinação da dieta precederá sempre à dos remédios”.

Durante o século XIX, com o Regulamento de 27 de Março de 1805, a alimentação ainda tinha um aspecto fundamental na cura dos doentes ou dos feridos. As rações eram distribuídas a horas certas, o jantar era distribuído às onze horas e a ceia pelas cinco horas no Outono e no Inverno; na Primavera e no Verão as rações da ceia eram distribuídas às seis horas. Nos hospitais militares do Reino havia “*quatro espécies de rações ordinárias designadas pelos números*”.

Uma causa frequente para os soldados adoecerem é pelo alimento que fazia mal, quer pela sua grande quantidade, quer pela sua pequena quantidade, quer ainda pela sua má qualidade. A comida se é pouca não chega para suprir as necessidades continuadas de um soldado em campanha, que vai desta forma passar fome e perder a sua robustez, havendo menos chylo, diminui a “*circulação do sangue; os fluidos fazem-se de má qualidade; e os sólidos perdem a sua força. Seguem-se todas as doenças, e as de podridão depressa degeneram em contagiosas*” (p.25).

As dietas são feitas de uma forma muito rigorosa e a sua constituição obedece a critérios constantes numa tabela.

NUTRIÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE

Estado nutricional: um indicador para a segurança do doente

André Coelho

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Cuidados de saúde inseguros resultam num aumento (evitável) da morbilidade e mortalidade, contribuindo ainda para o aumento dos encargos para os serviços de saúde. Estudos realizados em contexto hospitalar em vários países mostram a associação entre a ocorrência de eventos adversos (EA), incidentes que ocasionam danos aos doentes, e o aumento do tempo de internamento, da mortalidade e dos gastos hospitalares. As taxas de incidência de EA em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% - 11.1% nos hospitais portugueses -, sendo que desses a maior fatia (40 % a 70 %) são considerados preveníveis ou evitáveis.

Estima-se ainda que a nível europeu, 1 em cada 18 doentes hospitalizados adquiram uma infecção associada aos cuidados de saúde, o que significa que 80.000 doentes são infectados todos os dias. Em Portugal, estima-se que, pelo menos 5 em cada 100

doentes tratados a nível hospitalar adquiram uma infecção durante o seu tempo de internamento.

É neste contexto que se tem assistido nos últimos anos à promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros, destacando-se a criação de programas para a monitorização da qualidade em saúde e segurança do doente com base em indicadores.

Um indicador de qualidade em saúde representa uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado prestado ao doente. Especificamente, um indicador de segurança do doente pode ser definido como um indicador de qualidade característico que também reflecte a qualidade do cuidado nos hospitais, focado em aspectos da segurança do doente. A sua utilização permite rastrear problemas que os doentes vivenciam como resultado da sua exposição ao sistema de saúde e que são susceptíveis a serem prevenidos, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador. Representam, por isso, uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do doente hospitalizado.

No entanto, a viabilidade de qualquer programa de monitorização de indicadores de segurança do doente deve ser assegurada, não importando uma sobrecarga de trabalho e, consequentemente, de custos com a sua recolha, construção de sistemas de informação e posterior análise. Por essas razões, a maioria dos programas define um conjunto pequeno de indicadores que facilmente possam ser geridos e utilizados de forma optimizada.

Em Portugal, a utilização de indicadores de segurança do doente é uma prática em desenvolvimento. O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS – é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde e que permite a avaliação de cinco dimensões, a saber: excelência clínica, segurança do doente, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e satisfação do utente.

Na dimensão “segurança do doente”, são avaliados vários procedimentos de segurança desde a cultura de segurança da instituição, às práticas de identificação dos doentes, aos mecanismos de comunicação e identificação, às práticas relacionadas com medicação de alta vigilância, cirurgias seguras e outros riscos relacionados com úlceras de pressão, quedas, entre outros aspectos.

Um dos aspectos que é avaliado é o estado nutricional dos doentes, nomeadamente na avaliação dos riscos associados à nutrição no momento da admissão hospitalar e no seguimento do estado nutricional por equipa multidisciplinar competente durante o internamento.

É sabido que o estado nutricional, associado a outros factores como a imobilidade dos doentes, frequentemente associada à permanência numa cama

PALESTRAS

hospitalar, bem como a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue, aumenta o risco de úlceras de pressão, em particular e feridas crónicas, em geral. O desenvolvimento de úlceras de pressão não só causa sofrimento aos doentes, como aumenta a prevalência de infecções, diminui a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores e pode, em situações extremas, levar à morte.

Neste contexto, a Direção-Geral da Saúde produziu orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, tendo disponibilizado, para o efeito, a Escala de Braden, bem como os respetivos critérios de avaliação do risco. Esta escala permite a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, sendo constituída por seis subescalas, que têm como objectivo a avaliação das seguintes dimensões: percepção sensorial, humidade da pele, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento.

Portanto, neste contexto, a avaliação sistemática e regular do estado nutricional, baseada na melhor evidência permite, entre outros aspectos, a redução da frequência e severidade das úlceras de pressão, contribuindo dessa forma para a segurança do doente.

NUTRIÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE

Instrumentos de avaliação do estado nutricional

Ana Marta Oliveira

HVFX

A prevalência de desnutrição hospitalar assume valores entre 20 e 50%. Em Portugal, em seis hospitais públicos, numa amostra de 1.144 doentes, verificou-se que um em cada três apresentava desnutrição no momento de admissão hospitalar. Esta situação poderá estar relacionada com aumentos no custo com tratamentos, do tempo de internamento, da probabilidade de complicações e do risco de morbilidade e mortalidade.

Apesar da avaliação do estado nutricional (EN), em meio hospitalar, ser quase sempre desvalorizada⁶, é considerada a primeira etapa no tratamento da desnutrição.

O EN influencia a resposta de cada indivíduo à doença.⁶ Para a avaliação do EN nenhum parâmetro deve ser considerado isoladamente, pelo que se pretende a avaliação de um conjunto de procedimentos que permitem uma abordagem completa por forma a diagnosticar os problemas nutricionais. Tem como

finalidade reunir informações adequadas para fazer um julgamento face ao EN de determinado indivíduo.⁸ Fazem parte da avaliação do EN a avaliação da ingestão alimentar, a avaliação de parâmetros antropométricos e bioquímicos e outras considerações clínicas, como o exame físico, a história médica e social e a presença de patologia(s) aguda(s) e/ou crónica(s).

O exame físico consiste em avaliar manifestações que podem estar relacionadas com algumas deficiências nutricionais.⁸ Deve ser tida em conta a aparência física do indivíduo – cabelo, pele, unhas, mucosas, dentição, gengivas, edemas, excesso de gordura, mobilidade, apatia, depleção de massa muscular, sinais de desidratação e de má cicatrização de feridas.

A história médica engloba informações que se encontram no processo clínico do indivíduo, tais como idade, género, história familiar e pessoal de patologias, condição atual de saúde, historial de cirurgias, limitações físicas, aspetos psicossociais e terapia medicamentosa.

Através da anamnese alimentar, obtêm-se informações acerca da ingestão alimentar do indivíduo, ou seja, da qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos, bem como informações relativas à possibilidade de anorexia, alterações do paladar, aversão, alergias e intolerâncias alimentares, problemas de mastigação ou deglutição, restrições culturais e religiosas e toma de suplementos nutricionais. Outros sintomas como náuseas, vómitos, diarreia ou rápida perda ponderal não intencional devem ser interrogados.⁸ A ingestão alimentar pode ser aferida por vários métodos, sendo o recall 24 horas, o questionário de frequência do consumo alimentar e o diário alimentar os mais utilizados.

As medidas antropométricas apresentam uma vantagem na prática clínica por poderem ser realizadas de forma rápida, pouco dispendiosa e relativamente fiável. As medições mais utilizadas na avaliação do EN são o peso, a altura, os perímetros corporais e as pregas cutâneas.⁹ Com recurso a fórmulas matemáticas validadas é possível combinar algumas destas medições e calcular, por exemplo, o índice de massa corporal, a circunferência muscular do braço ou estimar a gordura corporal total.

Outros métodos para a avaliação da composição corporal vão sendo cada vez mais utilizados, tais como a bioimpedância elétrica, a absorciometria de raios-x de dupla energia (DEXA), o potássio 40 (40K), a diluição de isótopos, a pletismografia por deslocamento de ar, a análise da ativação de neutrões, a tomografia axial computadorizada, o ultrassom e a ressonância magnética.

Na avaliação do EN, os parâmetros bioquímicos, tais como proteínas plasmáticas, vitaminas e minerais, são utilizados como um complemento aos dados da história atual, exame físico e medições antropométricas. Estes valores podem revelar-se medidas objetivas e sensíveis do EN, embora nem todos os parâmetros sejam apropriados para esta avaliação.

Existem questionários considerados bons preditores do EN, muito úteis na prática clínica, por reunirem vários indicadores nutricionais numa única ferramenta, sendo de utilização prática, fácil, não-invasiva nem dispendiosa. O SGA® (Subjective Global Assessment) avalia vários componentes do estado nutricional: alterações no peso corporal, ingestão dietética, fatores de risco, sintomas gastrointestinais que podem influenciar a ingestão e/ou absorção de nutrientes, capacidade funcional, stress metabólico, bem como três itens de exame físico. O MNA® (Mini Nutritional Assessment) é uma ferramenta de avaliação nutricional validada para a população idosa.

A avaliação do EN é uma metodologia complexa e que requer um examinador com experiência. A deteção precoce dos pacientes desnutridos permite que estes sejam submetidos a uma intervenção nutricional completa e personalizada. A terapia nutricional deve ser iniciada de imediato e monitorizada continuamente.

NUTRIÇÃO E REABILITAÇÃO

Reabilitação da deglutição da pessoa com AVC

Ricardo Braga

CHLC - HSJ

Como enfermeiro de reabilitação a exercer funções numa unidade de AVC, sou confrontado diariamente com doentes que apresentam alterações da deglutição.

A incidência da disfagia após um AVC é superior a 50%, sendo responsável por uma maior incidência de complicações médicas e aumento global da mortalidade. Entre as complicações mais frequentes estão: pneumonia de aspiração, desnutrição, desidratação e obstrução da via aérea. Estas alterações levam a uma maior tempo de internamento e de dependência na altura da alta.

A disfagia na pessoa com AVC pode dever-se a alterações do estado de consciência, da atenção, percepção, coordenação, força, sensibilidade, comportamentos compulsivos, etc.

Como tal, é fundamental efectuar uma rigorosa avaliação da deglutição do doente, antes de iniciar a alimentação por via oral. Com base no resultado desta avaliação é possível definir estratégias que permitem uma deglutição segura, mesmo para alguns doentes que apresentam disfagia.

Ao longo desta apresentação serão focados aspectos referentes a avaliação da deglutição, sinais de aspiração, estratégias para prevenir as complicações da disfagia e reabilitação.

NUTRIÇÃO E REABILITAÇÃO

Reabilitação da mastigação no traumatismo maxilar

Sílvia Cristina Monteiro Fernandes

Enfermeira Especialista em Reabilitação e Mestre em Reabilitação

As fraturas maxilares, para além de influenciarem a fonação e a deglutição, provocam uma alteração da amplitude dos movimentos, que interfere no processo de mastigação e, consequentemente, no tipo de dieta a ingerir.

A dieta prescrita depende do tipo de tratamento, sendo que naqueles em que é efetuada uma redução incruenta com bloqueio maxilo-mandibular (no qual são colocadas Barras de Erich na maxila e na mandíbula, utilizando elásticos ou fios de aço, para bloquear a abertura da boca), a pessoa, durante um período de seis semanas, apenas, pode ingerir uma dieta líquida.

A diminuição da amplitude dos movimentos a nível maxilar, quer seja provocada pela dor quer pelo tipo de tratamento, provoca um conjunto de alterações fisiológicas, sendo necessário um plano de reabilitação adequado.

A reabilitação da mastigação é um processo que envolve várias etapas devido à complexidade das estruturas envolvidas. Assim sendo, na fase aguda do pós-operatório intervêm-se a nível do controlo do edema facial, da prevenção de aderências e fibroses, na redução de possíveis dores musculares e no despiste de asfixia e infeção. Introduzindo-se ligeiros exercícios isométricos. Numa fase mais tardia aumenta-se a complexidade dos exercícios isométricos e iniciam-se os exercícios isotónicos, que vão auxiliar no ganho de amplitude articular e no fortalecimento muscular. Paralelamente, a reabilitação deve incidir, ainda, na restauração da função fonética e na deglutição.

NUTRIÇÃO E REABILITAÇÃO

Produtos de apoio para a promoção da independência alimentar

Simone Carreira Francisco

Enfermeira Especialista em Reabilitação - H Luz

A população mundial está cada vez mais envelhecida, e prevê-se que continue a aumentar nos próximos anos, o que faz com que doenças associadas ao

PALESTRAS

envelhecimento, isto é, doenças com maior prevalência na população idosa, sejam mais frequentes. Estima-se que atualmente existam cerca de 24 milhões de casos de demência em todo o mundo, sendo que só na Europa existem mais de 7 milhões. A doença demencial mais comum é a doença de Alzheimer.

As refeições são muito mais do que apenas a ingestão de alimentos. Trata-se de um momento social e de aprendizagem, sendo que ser autónomo nas refeições e fazê-lo em conjunto melhora a autoestima e reduz a probabilidade de isolamento social. Assim, é importante que todos os doentes mantenham a autonomia às refeições.

De uma forma geral, nos casos de demência, surgem várias dificuldades que condicionam a ingestão alimentar, onde se destacam dificuldades em mastigar, deglutir e em manusear os próprios talheres, uma vez que a própria doença pode provocar diminuição da capacidade motora. Este comprometimento da ingestão alimentar traz consigo consequências graves, revelando-se no estado nutricional dos doentes, tornando-os indivíduos dependentes de cuidadores. No que diz respeito à dificuldade de mastigação e deglutição, deve-se adaptar a consistência dos alimentos, utilizando espessantes sempre que necessário. Atualmente existem diversos materiais, tais como pratos, talheres e copos, adaptados à capacidade motora dos doentes. No entanto, com a progressão da doença, por vezes, deixa de haver capacidade para manuseá-los ou até mesmo para reconhecê-los como objetos necessários para a refeição.

De forma a ultrapassar esta situação, promovendo a independência dos doentes às refeições, vários estudos propõem o *finger food* que, tal como o nome indica, refere-se a alimentos aptos

para serem consumidos com os dedos, não havendo necessidade de utilizar talheres. Desta forma, os doentes ficam capacitados para se alimentarem sozinhos, preservando a sua autonomia durante mais tempo.

Este conceito já está a ser aplicado em várias instituições, nomeadamente britânicas e francesas, existindo manuais específicos sobre esta temática elaborados por profissionais de saúde.

A Associação Portuguesa de Alzheimer também refere o *finger food* como uma estratégia de forma a manter a independência dos doentes no momento das refeições, durante mais tempo. Pequenas sanduiches, biscoitos, bolinhas de arroz, pequenas almôndegas, bolinhas de bacalhau à Brás, cenouras baby, tomate cherry e cubos de fruta, são algumas soluções a ter em conta para uma alimentação *finger food*.

Uma vez que a utilização deste tipo de produtos pode preservar a autonomia, trazendo benefícios não só para o doente como também para o cuidador, seria uma mais-valia que este conceito fosse aplicado em hospitais, lares e outras instituições do nosso país.

CAPACITAR O FAMILIAR CUIDADOR

Capacitar os Pais para a diversificação alimentar

Cristina Preguiça

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - USF Arruda

As crianças são o futuro de qualquer sociedade e quando nascem dependem dos seus pais para crescerem e desenvolverem face à sua vulnerabilidade própria.

É um dever dos pais proporcionar um desenvolvimento equilibrado e saudável a um filho, respeitando a sua vulnerabilidade.

Educar um filho passa por lhe proporcionar um ambiente saudável que estimule o seu desenvolvimento e lhe confira uma resiliência como um substrato estrutural que lhes dará capacidade para recuperarem das agressões psicológicas, físicas e sociais que a vida inevitavelmente lhes trará com maior ou menor intensidade.

Esta missão da parentalidade é uma tarefa muito desafiante para qualquer adulto e exige uma dedicação diária, um compromisso em que pais aprendem a ser pais e filhos aprendem a ser filhos numa relação constante entre si e com a sociedade em que vivem.

O exercício do papel parental requer competências e consequentemente um processo de interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de novas habilidades para assumir este papel.

Nesta comunicação pretende-se apresentar uma experiência profissional no âmbito da comunidade, na consulta de enfermagem de Saúde Infantil na capacitação dos pais para a diversificação alimentar.

A diversificação alimentar é uma etapa do primeiro ano de vida, que qualquer criança tem que ultrapassar, dependendo completamente dos seus pais; e caracteriza-se por um plano de transição desde a alimentação láctea, com introdução de diferentes alimentos, até à alimentação da família.

Não é uma etapa rígida, sendo condicionada pela personalidade da criança, tipo de pais e suas competências, bem como da família, cultura em que se insere e profissionais de saúde que acompanham a família.

A diversificação alimentar é um período muito importante na vida da criança porque:

- É um momento de descoberta de sabores, cores, texturas, proporcionando ao bebé experiências sensoriais únicas;
- Define gostos e preferências alimentares;

- Estimula a coordenação e o desenvolvimento de habilidades do bebé por meio da comida;
- Promove laços afetivos entre pais e bebé, quando a refeição é um momento de família;
- Fornece a energia e os nutrientes necessários ao desenvolvimento equilibrado do bebé a partir dos quatro/seis meses de idade dependendo da maturação fisiológica e neurológica da criança.

Capacitar os pais para proporcionarem ao seu filho todo este desenvolvimento, fazendo as melhores escolhas é fundamental, uma vez que é um período marcante no gosto alimentar pela alimentação saudável, ao longo da sua vida, proporcionando um crescimento saudável.

A informação a proporcionar aos pais deve ser consistente, coerente, honesta e progressiva de acordo com as características e cultura de cada família.

Os pais necessitam de explicações repetidas e continuadas sobre a alimentação do bebé, bem como aquilo que se espera deles. Esta informação deve ser sempre que possível apoiada em material escrito, ou qualquer outro suporte de apoio, centrando-se naquilo que é relevante para a família.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, responsáveis pelo desenvolvimento das competências parentais conseguem resultados mais satisfatórios se colocar na relação que estabelecem com a família, todo o potencial terapêutico, todas as capacidades e atitudes de ajuda, facultando aos pais a autogestão dos seus problemas de saúde e consequentemente o encontro de soluções equilibradas na estimulação do desenvolvimento da criança.

Resumindo, a capacitação dos pais para a diversificação alimentar é um período de grandes aprendizagens para pais e filhos e pode condicionar a personalidade de uma criança. Os profissionais de saúde devem apoiar respeitando cada particularidade individual, cultural, socioeconómica, colocando na relação com as famílias todo um processo de ajuda.

CAPACITAR O FAMILIAR CUIDADOR

Capacitar o familiar cuidador do idoso dependente

Isabel Ferraz Pereira

Professor Coordenador; Departamento de Fundamentos de Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas potencialmente incapacitantes conduzem a situações de dependência e de vulnerabilidade, não só para as pessoas

dependentes no autocuidado, como também para os cuidadores familiares. A falta de experiência de alguns cuidadores familiares, a complexidade dos cuidados e as insuficientes estruturas de apoio exigem dos enfermeiros uma particular atenção.

A discussão sobre preparar o cuidador familiar para assistir no autocuidado alimentar, no cenário mundial, é um fenómeno que não sendo recente, é motivada pela importância que a alimentação saudável tem na recuperação e manutenção da saúde da pessoa idosa dependente.

Este estudo teve por finalidade estruturar a ação de enfermagem de modo a aumentar o repertório de recursos internos do cuidador familiar, para fazer face aos desafios colocados pela transição para o papel de prestador de cuidados.

Por considerarmos que o processo de preparação do regresso a casa do cuidador familiar da pessoa dependente no autocuidado alimentar é um processo complexo que definimos o seguinte objectivo: identificar as ações que facilitem a transição hospital/casa do cuidador familiar da pessoa dependente no autocuidado alimentar.

Entendendo-se por autocuidado a capacidade do próprio *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (OE, 2006:46).

Metodologia: Adotamos o paradigma construtivista, partimos de uma perspetiva ontológica onde coexistem diferentes perspetivas e diferentes realidades, que pretendemos identificar tendo em conta o contexto da ação. Recorremos à metodologia de investigação-ação, sendo esta uma metodologia útil nos ambientes atuais em que as mudanças nos cuidados de saúde são rápidas, podendo fornecer mecanismos que possibilitam mudar a prática e, simultaneamente, permitam avaliar o sucesso dessas mudanças.

Como técnicas e instrumentos de recolha de dados desenvolvemos entrevistas: dezanove entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros, dezassete entrevistas semiestruturadas aos cuidadores familiares durante o internamento hospitalar e dez entrevistas semiestruturadas aos cuidadores familiares um mês após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado; análise documental (registos inscritos nas notas de enfermagem referentes às intervenções de enfermagem dirigidas aos cuidadores familiares); notas de campo das reuniões com os enfermeiros, das reuniões de passagem de turno e das interações observadas entre enfermeiro/pessoa dependente no autocuidado/ cuidadores familiares no contexto de internamento hospitalar e em casa.

Resultados: A pesquisa em curso centrou-se num serviço de pneumologia geral e oncológica, onde as pessoas dependentes no autocuidado eram maioritariamente idosas.

PALESTRAS

Os enfermeiros em interação com os cuidadores familiares fizeram emergir novos saberes que estruturaram o seu modo de agir. Por vezes, os cuidadores familiares chegavam junto dos enfermeiros com ideias pouco claras relativamente ao modo como perspetivavam prestar os cuidados, mostrando-se pouco despertos para a prevenção de complicações decorrentes desses cuidados.

Posicionar para alimentar uma pessoa com dificuldade na deglutição, por exemplo, representava uma das necessidades das pessoas dependentes, face às quais os cuidadores familiares nem sempre estavam conscientes das oportunidades de desenvolverem a mestria. Apesar dos cuidadores familiares terem referido dificuldades para assegurar cuidados como alimentar a pessoa idosa face à dificuldade em deglutir, esta representava uma das necessidades face às quais os cuidadores familiares revelavam menor disposição para desenvolver as competências e menor disposição para participar com os enfermeiros durante o internamento.

O processo de preparação do regresso a casa exigiu que o enfermeiro fosse capaz de identificar a oportunidade de desenvolvimento e de interpretar o significado singular de cada situação apresentada pelo cuidador familiar, de modo a encontrar e a antecipar uma nova ordem, que possibilitasse a continuidade dos cuidados após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado.

Apesar da consciência que os cuidadores familiares demonstraram ter da necessidade, esta não significou ter disposição para desenvolver a competência, de acordo com os dados obtidos.

Ter consciência da necessidade e disposição para desenvolverem a competência, não significa ter vontade ou desejo para participar com os enfermeiros durante o internamento.

Conclusões: A aprendizagem implicou que os cuidadores familiares estivessem despertos para identificarem sinais/sintomas de agravamento da situação; saberem prevenir complicações, saberem manipular equipamento; prestarem cuidados; gerirem recursos; avaliarem os efeitos dos cuidados na pessoa idosa dependente.

O modelo possibilitou: maior consciência e participação de todos no processo; maior articulação na equipa interdisciplinar; aumento da comunicação na equipa face ao processo de preparação; maior capacidade na identificação das dificuldades dos cuidadores familiares; maior capacidade de decidir sobre as intervenções de enfermagem a implementar; maior capacidade de monitorizar os resultados através do reconhecimento da mestria do cuidador familiar.

CAPACITAR O FAMILIAR CUIDADOR

A dieta do doente renal especificidades e envolvimento familiar

Filipe Cristóvão

ESEL

A doença renal é um problema de saúde pública em todo o mundo e estima-se que atinja mais de 800 mil portugueses (Vital Health, 2014). O envelhecimento da população, a hipertensão arterial e a diabetes são das principais causas do crescimento da doença renal crónica (DRC), que evolui geralmente de forma lenta e silenciosa, comprometendo a função renal. O rim regula o equilíbrio hídrico e a pressão arterial, regula o equilíbrio eletrolítico (eliminando o excesso de sódio, potássio e fosforo), excreta produtos tóxicos que resultam do metabolismo (ureia) e tem ainda uma função endócrina que influencia, por exemplo, a absorção do cálcio (Thomas, N. 2005).

Enquanto nas fases iniciais da DRC os sintomas não existem ou passam despercebidos, nas fases intermédias os sintomas podem ser geridos com dieta e medicação. Mas na sua fase terminal, a doença e o tratamento são muito exigentes, penosos, caros e afetam a qualidade de vida do doente e família.

Um dos pilares do tratamento da DRC é a nutrição. Nas primeiras fases da doença recomenda-se o controlo da TA e da glicémia. A partir do estadio 3, junta-se a necessidade do reforço hídrico para facilitar a excreção renal, e a redução do consumo de proteínas até 0,75g/Kg/dia (The Renal Association, 2015) para não esforçar o rim e evitar as complicações da uremia. No estadio 5, em que o doente precisa de um tratamento substitutivo da função renal, a dieta é muito restritiva em alimentos ricos em sódio e potássio, há necessário restringir os alimentos com fósforo e pode ser necessário reduzir os líquidos a cerca de 500 ml/dia. O consumo de proteínas já pode ser de 1,2g/Kg/dia (The Renal Association, 2015), mas a estas exigências somam-se o controlo da TA e da diabetes. Daí a dieta renal ser muito complexa e exigente.

A família do doente renal deve integrar a equipa de saúde, pois a família exerce um papel de suporte social inestimável, ajuda a cumprir o tratamento e é quem melhor conhece, compreende e mais se dedica ao familiar doente. A maioria dos doentes renais terminais em Portugal é masculina e idosa (SPN, 2014), muitas vezes depende do cônjuge que assume o papel de cuidador especialmente no que respeita à dieta. Por isso, a família precisa ser envolvida no tratamento, informada, educada e incluída na tomada de decisões.

O doente e a família precisam se esforçar continuamente para reduzir os líquidos, por exemplo, comendo menos sopa, ou comendo-a mais espessa, reduzindo o consumo de sal e de doces, sobretudo se o doente é hipertenso e diabético, e aprendendo a distribuir os líquidos ao longo do dia (Lindberg et al. 2011). A restrição de alimentos ricos em potássio passa por consumir menos batata cozida ou frita, demolhar e cozer a batata e os legumes em abundante água, sem a aproveitar no cozinhado, reduzir os legumes e comer pouca fruta crua, especialmente sem casca (NephroCare, 2006). Controlar o fósforo da alimentação é mais difícil, pois muitos dos alimentos mais consumidos são ricos em fosfatos. Assim, recomenda-se moderar o consumo de leite e derivados, da carne e do peixe, não abusar no consumo de pão e das farinhas (NephroCare, 2006). Muitas destas restrições são acompanhadas por medicação que interfere com a alimentação, como por exemplo os alimentos que limitam a absorção do fosforo, os anti hipertensores e os antidiabéticos.

O contacto diário com alguns doentes tem permitido identificar alguns erros como: confundir o consumo de líquidos com água, excluindo o chá, os sumos e os refrigerantes doces; tornar a sopa espessa adicionando farinha ou pão, ao caldo; achar que pastelaria salgada não faz mal; beber água e comer alimentos ricos em potássio imediatamente antes de iniciar o tratamento dialítico; e até compensar o consumo de sal ingerindo doces.

Em conclusão, a dieta renal é complexa e pode incluir restrições associadas a outras doenças. A família é desafiada a cuidar de uma pessoa numa situação penosa e muitas vezes é obrigada a gerir várias dietas em simultâneo no ambiente familiar. Este desafio só pode ser ultrapassado por uma família bem estruturada, equilibrada e dedicada, de preferência incluída na equipa de saúde. A consulta de enfermagem à família e a visita domiciliária são perspetivas que desafiam os profissionais de saúde neste domínio.

DIETÉTICA NA PATOLOGIA RENAL: EVIDÊNCIAS

IRC estadio 3 e 4: dieta

Fernando Domingos

Nephrocare

A dieta é um componente importante do tratamento da doença renal crónica (DRC). Uma dieta adequada deve limitar a ingestão de substâncias potencialmente tóxicas, nomeadamente do sódio, potássio e fosfato, diminuir os sintomas e garantir um bom aporte nutricional. Na DRC moderada a grave, o papel da dieta no retardar da progressão da doença renal tem sido estudado principalmente através da redução da ingestão proteica.

Alguns estudos randomizados e controlados mostraram que a restrição de proteínas na dieta ($< 0,6$ g/Kg/dia) pode atrasar a progressão da DRC antes do início da terapêutica substitutiva da função renal; contudo, estes resultados não foram confirmados noutros estudos e restrições tão acentuadas podem provocar desnutrição calórico-proteica, pelo que as *guidelines* internacionais recomendam ingestão proteica de 0,8 g/Kg/dia.

A desnutrição calórico-proteica pode tornar-se evidente a partir do estágio 4 da DRC, não só pela menor ingestão de proteínas e outros nutrientes, em consequência de anorexia ou intervenção dietética, mas também pelo aumento do catabolismo em resultado do estado inflamatório crónico, stress oxidativo e acidose metabólica que caracterizam a DRC. É recomendado que os doentes com DRC consumam aproximadamente 30-35 Kcal/Kg/dia para evitar a desnutrição calórico-proteica. Nos doentes desnutridos podem ser necessários suplementos hipercalóricos que forneçam aminoácidos essenciais.

Não existe evidência de que a restrição alimentar de sódio retarde a progressão da DRC moderada/grave, embora contribua para o tratamento da hipertensão arterial, diminua a perda de proteínas na urina, potencie o efeito dos fármacos hipotensores e diminua a retenção hidrossalina. Pelos motivos expostos, independentemente do estágio da DRC, é recomendada internacionalmente a restrição de sódio a 100 mmol/dia (2300 mg/dia).

O potássio sérico mantém-se em valores normais até às fases avançadas da DRC. Nos doentes com hipercaliémia, a ingestão de potássio deve ser limitada a 1 mmol/Kg peso/dia.

Nas fases iniciais da DRC não há aumento do fósforo sérico porque os mecanismos de adaptação

PALESTRAS

fisiológica promovem a sua excreção. Tipicamente, a hiperfosfatémia só costuma ser observada a partir do estágio 4 da DRC. Não há evidência de que a restrição alimentar de fosfato possa retardar a progressão da DRC moderada/grave, mas a hiperfosfatémia está associada a complicações cardiovasculares. Nos doentes hiperfosfatémicos é recomendada restrição de fosfato e nos estádios 3-5 a ingestão de fósforo deve ser reduzida para 800-1000 mg/dia.

No estágio 2 da DRC, o aumento da ingestão de frutas e legumes fornece substâncias alcalinas e pode compensar a acidose metabólica. O consumo de frutas e legumes também diminui a acidose nos estádios 3-4 da DRC, sem aumentar significativamente o potássio sérico. Os alimentos vegetais também são importantes como fonte de proteínas, com menor absorção de fósforo inorgânico.

Serão revistas as recomendações atuais para a dieta na DRC nos estádios 3-4 e discutidos os estudos com maior grau de evidência que suportam estas recomendações.

DIETÉTICA NA PATOLOGIA RENAL: EVIDÊNCIAS

Hemodiálise

Brígida Velez

Dietista Diaverum

A doença renal crónica tornou-se um problema mundial de saúde pública, devido à elevada morbilidade e mortalidade. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos doentes em hemodiálise e embora a elevada mortalidade esteja relacionada com os factores cardiovasculares, a malnutrição também foi descrita como um factor de risco. Estima-se que a prevalência de malnutrição, em doentes em hemodiálise, seja de 18-75%.

Sabe-se que a malnutrição na doença renal crónica deriva de causas directamente relacionadas com a doença em si e de factores etiológicos da caquexia na população não doente renal. Assim, a *International Society of Renal Nutrition and Metabolism* (ISRNM) propôs uma nomenclatura, etiologia e critérios de diagnóstico destas alterações em contexto de doença renal crónica. Definiu a *Protein-Energy Wasting* (PEW) como o estado patológico, onde existe uma contínua diminuição ou depleção dos depósitos de proteína e das reservas de energia, incluindo a perda de gordura e de músculo. No que diz respeito às causas

são enumeradas sete categorias, nomeadamente: diminuição da ingesta energética e proteica (anorexia, dieta restritiva, alterações em órgãos que envolvem a ingestão de nutrientes, depressão e acesso limitado à alimentação); hipermetabolismo (aumento do gasto energético, alterações hormonais); acidose metabólica; diminuição da actividade física; diminuição do anabolismo (diminuição da ingesta, resistência GH/GF-1, deficiência de testosterona, diminuição da hormona tiroideia); comorbilidades e estilos de vida (diabetes mellitus, doenças cardiovasculares) e a diálise *per se* (perda de nutrientes no dialisado, diálise-inflamação, diálise- hipermetabolismo, perda da função residual). Relativamente aos critérios de diagnóstico sugere-se que seja preenchido, pelo menos, um critério em três das quatro categorias propostas: bioquímicos, massa corporal, massa muscular e ingestão dietética.^{3,4} Recentemente foi elaborado, também pela ISRNM, um algoritmo de prevenção da PEW.

De acordo com *guidelines*, para a manutenção de um bom estado nutricional proteico- energético deve existir uma avaliação com combinação de medidas válidas e complementares, isto é, utilizando medidas que avaliem diferentes aspectos do estado nutricional proteico-energético, entre elas, avaliação antropométrica, avaliação dietética, avaliação subjectiva global, albumina, pré-albumina, nPCR e colesterol sérico. De forma a prevenir a PEW e a manter a ingestão adequada de nutrientes, as *guidelines* recomendam uma ingestão de energia de 30-35kcal/kg peso/dia e de proteína de 1.1-1.2g/kg peso/dia. É, também, necessário ter em atenção as recomendações de fósforo, de potássio e de sódio.

Além da PEW, o controlo deficitário do fósforo e dos ganhos ponderais interdialíticos (GPID) também estão relacionados com uma elevada morbilidade e mortalidade. A hiperfosfatémia é comum nos doentes renais crónicos em hemodiálise, contribuindo para a calcificação vascular e aumentando o risco de mortalidade cardiovascular.⁹ O fósforo é encontrado em diversos alimentos, particularmente nos alimentos ricos em proteína. Existe o fósforo orgânico de origem animal (absorção 40-60%), o fósforo orgânico de origem vegetal (absorção <50%) e o fósforo inorgânico, presente nos aditivos alimentares (absorção > 90%). Sabe-se que uma elevada ingesta proteica está associada a uma elevada ingestão de fósforo e, por isso, potencia a hiperfosfatémia. Contrariamente, uma dieta com restrição de fósforo está frequentemente relacionada com a redução da ingesta proteica e, consequentemente, associada à malnutrição proteica.¹⁰ Neste sentido, e para melhorar o controlo do fósforo sérico deverá ser realizada a adequação da ingesta proteica (11mg de P/g de proteína), a fervura dos alimentos, a evicção de alimentos com aditivos alimentares, a utilização de quelantes e é fundamental o aconselhamento nutricional.

O GPID corresponde à diferença entre o peso pós-dialise e o peso pré-dialise da sessão seguinte. Estudos demonstram que elevados GPID estão associados ao aumento da morte cardiovascular, pelo que é recomendado que os doentes em hemodiálise não excedam GPID de 4% a 4.5% do peso seco. O GPID é sobretudo influenciado pela ingestão de líquidos, sendo a ingestão de líquidos condicionada pela sede. A sede é sobretudo desencadeada pela ingestão de sódio, uma vez que aquando desta ingestão existe o aumento da osmolaridade extracelular e, conseqüentemente, o aumento de volume extracelular. Nos doentes em hemodiálise, este aumento de volume extracelular não pode ser compensado pela excreção renal de sódio e de líquidos, dado a diurese residual mínima ou a anúria. Existem também estudos que revelam que embora o GPID possa ser um marcador de nutrição, é fundamental a adesão à restrição na ingestão de sal e de líquidos e, no caso dos diabéticos, manter um bom controlo glicémico.

Perante as evidências acima mencionada torna-se, portanto, fundamental o papel do dietista/nutricionista na manutenção do estado nutricional dos doentes em hemodiálise, de forma a prevenir as deficiências nutricionais, a manter o controlo dos electrólitos e dos líquidos e a prevenir as complicações cardiovasculares.

DIETÉTICA NA PATOLOGIA RENAL: EVIDÊNCIAS

Litíase

Adelaide Serra

HF Fonseca

A prevalência da litíase renal (LR) continua a aumentar, afectando cerca de 10% da população mundial. Consideram-se 4 tipos principais de cálculos renais: cálcio (fosfato e oxalato), ácido úrico, estruvite e cistina. Os dois tipos mais frequentes são os de oxalato de cálcio (OxCa) e os de ácido úrico (AU). Saber o tipo de cálculo é essencial, quer para o tratamento quer para a prevenção de recorrências.

A avaliação médica da LR visa a prevenção das recorrências e assenta sobretudo na avaliação metabólica, efectuada através de análises de urina das 24h e algumas determinações séricas. Quando são detectadas alterações metabólicas (factores de risco), são instituídas medidas dietéticas dirigidas, com o objectivo de as corrigir. No entanto, as causas nutricionais nem sempre são responsáveis pela

formação de cálculos, podendo existir patologias sistémicas ou renais que predisponham a sua formação. Mesmo nestas situações, a instituição de uma dieta dirigida às alterações encontradas poderá ajudar a diminuir o número de recorrências.

O tratamento preventivo da LR deverá ser o mais individualizado possível. As alterações urinárias que constituem factores de risco para a formação de cálculos renais são sobretudo a hipercalcúria, hiperoxalúria, hiperuricosúria, baixo volume urinário (promotores), a hipocitraturia, hipomagnesiúria (inibidores) e o pH urinário (que pode actuar como inibidor ou promotor). Após a sua identificação através do estudo metabólico é importante perceber a história dietética do doente, nomeadamente os hábitos de consumo de água, sal, proteínas, fibra, frutas e legumes. Num indivíduo com história de cólicas renais de repetição, tudo o que é ingerido (ou não) pode afectar a formação de cálculos.

Independentemente do tipo de cálculo, é frequentemente necessário aumentar a ingestão de líquidos, de forma a obter um débito urinário mínimo de 2 litros/dia. *A ingestão hídrica adequada é o factor mais importante na prevenção da litíase renal* e tem que ser adaptada a cada indivíduo, às condições climáticas, às condições de trabalho, etc.. Existe ainda falta de consenso em relação ao tipo de líquidos que devem ser aconselhados. Algumas bebidas, como o café e o chá, actuam como diuréticos e podem ajudar a aumentar o débito urinário; os sumos naturais, que contêm citrato, podem aumentar o pH urinário e prevenir a formação de cálculos em alguns casos. As águas gaseificadas devem ser evitadas devido ao seu elevado teor em sódio; as chamadas águas “duras” são mais ricas em minerais e parecem estar menos associadas à formação de cálculos renais.

Podemos considerar quatro tipos principais de alimentos problemáticos na dieta dos doentes com LR recorrente: proteínas, cálcio, oxalatos e sal.

A ingestão proteica deve ser controlada tanto nos formadores de cálculos de OxCa como nos de AU. As proteínas animais promovem a formação de cálculos renais porque:

1. contêm grande quantidade de purinas, que são metabolizadas em ácido úrico e uratos;
2. aumentam a carga ácida diária a excretar, que implica diminuição do pH urinário, com conseqüentes diminuição da solubilidade do ácido úrico urinário e diminuição da produção de citrato;
3. um dos aminoácidos presentes em todas as proteínas, a glicina, é metabolizada em oxalato, e outro aminoácido, a metionina, aumenta a excreção urinária de cálcio.

Sabe-se actualmente que a ingestão de cálcio não deve ser restringida, excepto em casos muito específicos, sobretudo porque a diminuição da sua disponibilidade a nível intestinal aumenta a absorção de oxalatos, condicionando hiperoxalúria. Por outro lado,

PALESTRAS

os doentes com cálculos de OxCa têm habitualmente uma baixa densidade óssea, que a restrição de cálcio iria agravar. Em situações particulares pode mesmo ser necessária suplementação oral com cálcio.

Os oxalatos são produtos finais do metabolismo geral e proteico, e não causariam nenhum problema se não cristalizassem com o cálcio. Estão presentes em muitos legumes, tomate, cenoura, frutos secos, etc.. A hiperoxalúria pode ser mais importante do que a hipercalcúria na LR por OxCa.

O sódio está presente em quantidades importantes em muitos dos alimentos que consumimos diariamente: produtos de panificação, enlatados, cereais, bebidas gaseificadas, adoçantes artificiais, conservantes, caldos, pastas dentífricas, etc. Sempre que é excretado sódio é excretado cálcio, ou seja, a necessidade de maior excreção urinária de sódio condiciona hipercalcúria. Mesmo os fármacos utilizados para diminuir a quantidade de cálcio na urina não conseguem actuar quando a ingestão de sal está aumentada.

Tão importante como o que se ingere, é o quanto se ingere destes alimentos. A dieta para prevenir a formação de cálculos renais deve ser rica em legumes e frutas, sementes e alimentos integrais e pobre em carne e gorduras.

RISCO NUTRICIONAL EM CONTEXTO PEDIÁTRICO - ONE STEP BEYOND. QUE INDICADORES? DAS LIMITAÇÕES ÀS IMPLICAÇÕES

O risco em internamento: Período neonatal

Luís Pereira da Silva

Unidade de Neonatologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC

De entre os recém-nascidos, os muito pré-termo (<33 semanas de idade de gestação) são os que estão em maior risco nutricional, uma vez que ficaram privados de parte ou a totalidade do terceiro trimestre de gestação, quando ocorre importante transferência transplacentar de nutrientes. Ao atingirem a idade de termo, estima-se que a maioria destas crianças tenha restrição de crescimento, em comparação com o crescimento de fetos com idêntica idade de gestação. Para isto, contribui a dificuldade em administrar nos primeiros dias ou semanas pós-natais, o suporte nutricional desejável por via parentérica e entérica, somado ao facto de uma proporção importante de prematuros já nascer com

restrição de crescimento intrauterino. Os principais efeitos da desnutrição precoce reflectem-se a médio e longo prazo no crescimento e composição corporal, na nutrição cerebral e no neurodesenvolvimento.

É necessário dispor de indicadores do estado nutricional neonatal, que reflectam adequadamente o crescimento e a composição corporal. Recentemente foram publicadas curvas de crescimento baseadas na maior meta-análise de registos de somatometria ao nascer⁹. Estas curvas proporcionam valores próximos ao padrão, sendo um instrumento útil para avaliar o estado de nutrição ao nascer (desde as 24 semanas de gestação), assim como o crescimento durante o período neonatal e, depois, até às 10 semanas após a idade de termo. Ao não entrarem em conta com a perda de peso por excreção fisiológica de água extracelular, que ocorre pelo menos durante os primeiros dias pós-natais, será necessário recorrer a valores de referência para este período, como as de Ehrenkranz et al, que contemplam tal perda.

Existe controvérsia sobre o suporte nutricional precoce nos recém-nascidos muito pré-termo, pois a nutrição parentérica e entérica mais agressiva pode predispor à obesidade e à síndrome metabólica, mas uma nutrição modesta incorre no risco de má-nutrição cerebral com consequências nefastas a nível morfológico e funcional. Na dúvida, tem-se preferido salvaguardar a nutrição cerebral.

A avaliação da composição corporal utilizando métodos confiáveis proporciona indicadores da qualidade do crescimento e permite com mais segurança evitar o aumento excessivo de adiposidade, com implicações futuras. Entre os métodos não invasivos mais usados para medição da composição corporal incluem-se a absorciometria por raios-x de dupla energia e a pletismografia de deslocação de ar. Sabe-se que crianças nascidas muito pré-termo, ao atingirem a idade de termo têm menor peso, comprimento e perímetro cefálico, mas maior adiposidade do que as nascidas de termo. Estes e outros achados também têm originado controvérsia relativamente à nutrição após alta hospitalar de crianças nascidas pré-termo, nomeadamente quando alimentadas com fórmula láctea. Baseados na medição da adiposidade, alguns autores sugeriram fórmulas com reforço proteico e energético enquanto outros propuseram fórmulas com reforço proteico mas não de energia, procurando evitar o acúmulo exagerado de adiposidade. Em crianças de termo, a restrição lipídica nos primeiros meses de vida, pelo receio de programar obesidade, levou ao efeito contrário, mediado pela resistência à leptina a longo prazo¹⁸. Desconhece-se se o mesmo pode ocorrer em crianças nascido pré-termo, o que tem implicações no tipo de alimentação destas durante os primeiros meses de vida.

RISCO NUTRICIONAL EM CONTEXTO PEDIÁTRICO - ONE STEP BEYOND. QUE INDICADORES? DAS LIMITAÇÕES ÀS IMPLICAÇÕES

Risco em internamento: Criança e Adolescente

Helena Ferreira Mansilha

Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria
CMIN (Centro Materno-Infantil do Norte)

As crianças e adolescentes hospitalizados têm maior risco de desenvolver malnutrição devido às exigências nutricionais do crescimento, especialmente quando apresentam patologia subjacente crónica como cardiopatias, patologias do foro cirúrgico, doenças neurológicas, doenças metabólicas, entre outras. Apesar dos grandes avanços na qualidade dos cuidados assistenciais, a prevalência de malnutrição nos doentes hospitalizados pediátricos é elevada, e nas últimas décadas não tem vindo a diminuir.

Assim, trabalhos provenientes de vários países da Europa e USA, e publicados desde há três décadas, apontam para prevalências da ordem dos 20-30% de malnutrição, da qual 6.1 a 14% são classificados como malnutrição moderada a grave, em população pediátrica hospitalizada. Em Portugal, a prevalência encontrada foi de 18,9 % num estudo nacional (resultados ainda não publicados).

Ainda nesta década, um relatório elaborado por peritos do Conselho da Europa trouxe a público o reconhecimento da existência de grandes deficiências nos cuidados nutricionais nos Hospitais Europeus, emitindo recomendações que incluíram a implementação de Equipas de Suporte Nutricional. Posteriormente, o comité de Nutrição da ESPGHAN publicou, sob a forma de *Medical Position Paper*, uma opinião especializada sobre a necessidade e pertinência da implementação de Equipas de Suporte Nutricional em unidades pediátricas para a prevenção da malnutrição hospitalar e promoção da optimização do suporte nutricional.

A malnutrição hospitalar, apesar de ter um grande impacto no prognóstico e na morbilidade e complicações associadas bem com o tempo de internamento, não é muitas vezes reconhecida e, por isso, também não prevenida e tratada, uma vez que a atenção do clínico está muitas vezes focalizada no problema médico primário. Embora o tempo médio de permanência no hospital para a grande maioria das crianças e adolescentes, seja de poucos dias, nos doentes crónicos ou com problemas subjacentes esse tempo pode ser consideravelmente maior.

Torna-se então claro que, a avaliação sistemática do risco nutricional de todas as crianças e adolescentes,

realizada precoce e atempadamente à admissão hospitalar seria de todo desejável, sendo certo que assim possibilitaria a gestão de suporte nutricional adequado no sentido de prevenir a instalação ou promover a recuperação de um estado de malnutrição.

No entanto, os instrumentos propostos para rastreio do risco nutricional neste grupo etário, muitas vezes adaptados de outros já existentes para adultos, têm limitações como a falta de validação e aceitação consensual bem como, muitas vezes, a sua complexidade possa ser um obstáculo ao seu uso por rotina.

A PNRS (Pediatric Nutritional Risk Score), desenvolvida por um grupo francês, embora parecendo um instrumento simples e rápido, não especifica certas condições de aplicabilidade e não foi demonstrada a sua reprodutibilidade. O SGNA (Subjective Global Nutritional Assessment), desenvolvido por um grupo canadiano, embora correlacione o score com o outcome clínico, é muito demorada a sua aplicação, sendo mais um processo de avaliação nutricional do que de avaliação de risco. A STAMP (Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics) e a PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score), desenvolvidas por grupos britânicos, também não foram validados. A STRONGkids (Screening Tool Risk On Nutritional status and Growth), desenvolvida por um grupo holandês, embora de fácil aplicação, apresenta alguma subjectividade na atribuição do score.

A ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) defende alguns requisitos a ponderar na avaliação do risco nutricional, que deverão ser consideradas nestes instrumentos:

1. Avaliar o estado nutricional actual;
2. Avaliar se este estado é estável;
3. Avaliar se o estado tem perspectivas de piorar;
4. Avaliar se, no decorrer da patologia a deterioração do estado nutricional, se este pode agravar.

A ausência de consenso de critérios baseados na evidência para o diagnóstico de malnutrição e de risco para malnutrição, especialmente em idade pediátrica em constante crescimento, bem como dos respectivos *cut-offs* para intervenção nutricional será um óbice à interpretação de dados clínicos destes instrumentos. Também a interpretação e avaliação destes dados será especialmente difícil em face de grupos de patologia subjacente, nomeadamente os doentes neurológicos.

Assim, a elevada prevalência de malnutrição entre crianças e adolescentes admitidos no hospital é considerada intolerável, dadas as consequências adversas na sua saúde e bem-estar, a curto e a longo prazos, muitas vezes subestimadas.

A documentação do impacto no *outcome* clínico, bem como na relação custo/benefício, da aplicação de um instrumento de rastreio de risco nutricional devidamente validado e consensual será essencial para que o seu uso faça parte da rotina dos cuidados em idade pediátrica.

PALESTRAS

RISCO NUTRICIONAL EM CONTEXTO PEDIÁTRICO - *ONE STEP BEYOND*. QUE INDICADORES? DAS LIMITAÇÕES ÀS IMPLICAÇÕES

O risco em ambulatório: Exemplos da prática clínica

Ana Catarina Moreira

Lic. Dietética e Nutrição - Esc. Sup. de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Durante o internamento hospitalar as crianças, especialmente as com doença subjacente, apresentam um risco elevado de desnutrição. Nos últimos anos a prevalência de desnutrição em crianças hospitalizadas foi descrita com valores entre 6% e 40%.(Joosten and Hulst 2011) Para prevenir a desnutrição e as suas implicações na recuperação da criança, deve ser realizada a identificação do risco nutricional, de modo a identificar as crianças que necessitam de realizar avaliação nutricional e deste modo permitir precocemente a instituição do suporte nutricional adequado.

É importante reforçar que a identificação de risco nutricional visa identificar rapidamente indivíduos desnutridos ou em risco nutricional e determinar a necessidade de realizar avaliação nutricional e posterior intervenção dietética. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, deve ser simples, fácil de aplicar, ter elevada sensibilidade e especificidade. (Elia et al, 2011) Os questionários apresentam a sua avaliação com recurso a vários indicadores, como comparação com avaliação antropométrica, incidência de complicações infecciosas, perda de peso durante o internamento, número de dias de internamento, custo hospitalar ou necessidade de apoio nutricional.

Apesar de ainda não existir consenso sobre o questionário/ferramenta ideal para determinar quais crianças que na admissão hospitalar estão em risco de desenvolver desnutrição durante o internamento, começa a ser prática comum a sua aplicação nos hospitais pediátricos. Atualmente, em Portugal decorreu um estudo multicêntrico que inclui crianças de Lisboa, Porto e Coimbra adaptando o questionário desenvolvido por Hulst et al.(Hulst, Zwart et al. 2010)

Os dados dos questionários para identificação de risco nutricional em pediatria publicados à data, apontam diferentes prevalências de risco nutricional, sendo afetadas principalmente pelo tipo de hospital (central ou regional) (White, Dennis et al. 2015), a tipologia de serviço de internamento (medicina vs cirúrgico), a patologia associada,(White, Dennis et al. 2015) pelas características da população estudada mas também pelo questionário utilizado. Existem ainda alguns

questionários desenvolvidos para situações específicas associadas a patologia, como cancro,(Murphy et al. 2015) fibrose quística,(McDonald, 2008) doença inflamatória intestinal ou doença cardíaca congénita. (St. Pierre et al. 2010)

Apesar do desenvolvimento destes vários instrumentos e da sua aplicação na população pediátrica hospitalar estar já referenciada num número significativo de publicações, a identificação do risco nutricional no ambulatório ainda não surge sistematizada como uma prática regular. Actualmente, apenas nas consultas de rotina, recomendadas pela Direção Geral de Saúde, é possível fazer esta identificação. Em cada idade considerada, a respectiva consulta preconiza um guião com questões que visam detectar algumas situações de risco, nomeadamente situações de risco nutricional (por carência ou por excessos). Não existe actualmente sistematização desta informação. Nesta apresentação será discutida esta necessidade e os meios possíveis para a sua concretização.

CONFERÊNCIA

A Importância da Nutrição na Paralisia Cerebral

Maria Antónia Campos

Nutricionista do Centro de Reabilitação da APPC

A Paralisia Cerebral (PC) é um termo abrangente para designar um grupo de desordens clínicas. É a causa mais comum de deficiência motora na infância. Resulta de uma alteração/lesão/anomalia não progressiva do cérebro imaturo e em desenvolvimento.

A classificação da PC pode contemplar diferentes critérios, o que origina diferentes tipos de classificação. Contudo, a classificação mais comum baseia-se no tipo de perturbações do movimento.

Associados à PC podem estar diversos problemas clínicos, nomeadamente disfagia, obstipação, refluxo gastroesofágico, contraturas/escolioses, convulsões/epilepsia e pneumonias.

Em alguns casos de lesão encefálica pode haver um comprometimento da capacidade de mastigação, podendo acarretar graves dificuldades alimentares. Deste modo, a **intervenção nutricional é indispensável** dado haver, frequentemente, um **atraso no desenvolvimento da criança, dificultando o ganho ponderal**.

Para uma correta avaliação nutricional na paralisia cerebral é realizada uma anamnese adaptada aos principais problemas, relativamente à alimentação.

São usados indicadores antropométricos, que em casos de presença de escolioses/contraturas em que não é possível a medição da estatura são usadas medidas segmentares para a extrapolação da estatura. Existem também ferramentas complementares (GMFCS, EDACS, CDA, CCB) e curvas de crescimento específicas para a paralisia cerebral.

A posterior intervenção nutricional assenta na prescrição de um plano alimentar individualizado; possíveis correções de erros alimentares nomeadamente relativos à monotonia alimentar; prescrição de espessantes e prescrição suplementos nutricionais.

A intervenção nutricional tem como principais objetivos melhorar qualidade de vida, contribuir para uma melhor integração social e aumentar esperança de vida de indivíduos com PC.

dos residentes em Estruturas Residenciais para Idosos, e que deve ser monitorizado, tal como referido por Aleixo et al (2011). A monitorização destes indicadores poderá assim ser passível de comparabilidade com outras instituições, permitindo uma análise da qualidade dos cuidados que estão a ser prestados. Existe uma elevada prevalência de baixos índices de massa corporal, falta de apetite, desnutrição e de carências alimentares, notificados nos residentes de Estruturas Residenciais para Idosos. Os estudos realizados apontam para uma falta de indicadores padronizados e uma grande variabilidade nos indicadores nutricionais entre os países. É assim necessário que as equipas de saúde destas instituições se apropriem da necessidade de implementar programas de melhoria contínua da qualidade e monitorizar estes mesmos indicadores de forma a ter um diagnóstico imediato e poder assim intervir de forma individualizada no residente.

NUTRIÇÃO NAS “ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS”

Estado Nutricional e Hidratação: Indicador de Qualidade nas ERI's?

Tiago Nascimento

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Para avaliarmos a qualidade, necessitamos que esta seja mensurável. As políticas em saúde de hoje têm por base um financiamento que assenta numa vertente maioritariamente médica, não considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros e outros profissionais na obtenção dos ganhos em saúde para a população. A ausência da aplicação de indicadores é assim um *handicap* que tem tido em ser colmatado. No entanto estes indicadores requerem um maior desenvolvimento nas Estruturas Residenciais para Idosos e necessitam de uma diferenciação relativamente ao já existente apesar de Doran (2006) num estudo realizado, que teve como metodologia a colheita de dados de indicadores sensíveis aos cuidados do enfermagem em instituições com prestação de Cuidados de Longa Duração, defender que “as ferramentas de resultados foram sensíveis à mudança do estado do paciente. As intervenções selecionadas relacionaram-se com o estado funcional, o autocuidado terapêutico, e os resultados dos sintomas.” A nutrição e a hidratação são um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, pela sua pertinência e impacto na qualidade de vida

NUTRIÇÃO NAS “ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS”

Prevenção da Desidratação

António Simões

Seção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade, assim, o desafio será o de satisfazer uma maior procura de cuidados de saúde e adaptar sistemas de saúde à nova realidade e manter os sistemas viáveis.

Com o aumento da esperança média de vida, os residentes nas Estruturas Residenciais de Idosos (ERI) são, na sua grande maioria, pessoas com idade avançada, elevado nível de dependência assim como um alargado número de patologias. Em 2011 tínhamos 83,8% utentes com mais de 75 anos nas ERI dos quais 44,9% tinham mais de 85 anos. (Carta social 2011).

O investimento numa equipa de saúde nas ERI é urgente, uma gestão eficaz da doença crónica, diminui as agudizações dessas patologias, diminui idas aos serviços de urgência e um menor número de dias de internamento, com repercussão económica para a instituição, Serviço Nacional de Saúde, idoso e família.

É necessário um olhar atento e para a Legislação que regula esta atividade, por forma a identificar pontos a melhorar e a alterar, nomeadamente no que se refere à equipa de saúde.

PALESTRAS

O envelhecimento é um processo natural e dinâmico com alterações que aumentam o risco de défices nutricionais, nomeadamente a desidratação, que na pessoa idosa está relacionada com a diminuição da percepção da sede e consequente diminuição da ingestão hídrica ou pela perda de líquidos devido a processos de infeção, demência e uso de diuréticos.

A avaliação do risco de desidratação é o primeiro passo após a admissão nas ERI, permitindo uma intervenção precoce e personalizada.

Considera-se em estado de desidratação um indivíduo com perda de 3% ou mais do seu peso corporal.

A água é essencial para o normal funcionamento corporal, garante uma hidratação adequada aos tecidos assegurando o transporte de nutrientes e a manutenção da temperatura corporal.

A desidratação é um dos fatores que mais contribui para o aumento dos internamentos dos idosos, bem como da mortalidade.

A boca seca, axilas e pele seca, obstipação, alterações da cor e odor da urina, diminuição da quantidade de urina, cansaço físico, perda da capacidade de atenção, memória, dores de cabeça e perda acentuada de peso são indicadores para o diagnóstico de desidratação

Está recomendado uma ingestão hídrica de 1ml/Kcal ou 30ml/Kg de peso, devendo aumentar-se em situações inflamatórias, diarreias, febre, vômitos, queimaduras ou uso de diuréticos bem em dias de calor, mesmo não sentindo sede.

O consumo de chás ou infusões sem açúcar, sumos de fruta, caldos e sopas podem contribuir para a satisfação das necessidades hídricas do idoso.

Um consumo inadequado de líquidos nos idosos aumenta o risco de infeções urinárias, insuficiência renal, hipertermia no verão, obstipação, cefaleias, confusão e delírio e em situações extremas pode causar a morte.

O receio da incontinência também leva a uma diminuição da ingestão.

O idoso com demência apresenta dificuldade na coordenação motora, e consequentemente na manipulação de copos. A adaptação do tipo de copos é uma solução que deve ser implementada para que se possa manter a alimentação oral nomeadamente a de hidratação.

Na disfagia requer-se maior atenção para garantir a adequada ingestão de líquidos.

É também fundamental despertar a pessoa idosa para os benefícios que a água tem para a sua saúde, quer através do consumo de água quer de outras bebidas e alimentos ricos em água.

O tratamento da desidratação deve começar com uma revisão da medicação e eliminação sempre que possível, dos fármacos que a induzem. A avaliação das perdas deve ser feita com base na estimativa da relação entre a ingestão de líquidos e as perdas.

A via oral deve ser sempre a eleita como principal, quando esta via se torna impraticável temos os métodos de hidratação as vias endovenosas, entérica, protocolise, e subcutânea intermitente ou continua com muito bons resultados e sendo esta uma técnica muito segura.

Devem ser criados instrumentos de registos onde conste a informação sobre o estado nutricional/ hidratação de cada idoso, a avaliação, o plano de intervenção sendo imprescindível a monitorização dos líquidos ingeridos e do peso semanal dos idosos.

Os idosos em fim de vida necessitam de significativamente mais baixos para manter uma hidratação adequada (500 a 600 ml/ dia).

Alguns estudos que referem que os idosos em fim de vida deixam gradualmente de ingerir líquidos e alimentos e que não é acompanhado de sofrimento quando são prestados bons cuidados de higiene oral.

NUTRIÇÃO NAS “ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS”

Gestão da Nutrição nas Estruturas Residenciais para Idosos

Simone Fernandes

SCM Mafra

O progressivo envelhecimento demográfico é um fenómeno marcante da sociedade moderna mas que nem sempre corresponde a um nível de bem-estar ou a um grau de autonomia que possibilite aos idosos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.

A Organização Mundial de saúde lançou o conceito de envelhecimento ativo e saudável, que traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria.

A realidade mostra porém, que há um número considerável de pessoas idosas que frequentemente têm a necessidade de recorrer a respostas sociais, como as Estruturas Residenciais para Idosos (ERI's), a título temporário ou permanente. É fundamental que a ERI se constitua como um contexto humanizado, tendo sempre em consideração que os utentes são o centro da sua atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser considerado de acordo com os seus desejos e interesses.

Existem diferenças significativas entre os cuidados em ERI's comparativamente a todos os outros cuidados prestados à pessoa idosa nos mais diversos tipos de estruturas. Uma pessoa não planeia viver os seus dias num hospital, por outro lado a ERI torna-se a casa da pessoa, onde esta pode viver a sua vida. Cada alimento, ambiente à refeição, conduta dos colaboradores e tomadas de decisão servirão para limitar ou melhorar a nutrição e o prazer na toma das refeições à disposição do utente. Entre os fatores preditivos de envelhecimento saudável, a alimentação é um dos principais determinantes.

Verificam-se frequentemente nas pessoas idosas institucionalizadas situações de malnutrição e perdas de peso não intencionais que podem ser sintoma de défices alimentares e de ingestão de líquidos. A malnutrição aumenta a probabilidade de infeções, úlceras de pressão, anemia, hipotensão, diminuição da cicatrização de feridas e fraturas que podem contribuir ainda mais para o declínio cognitivo das pessoas institucionalizadas.

Os cuidados nutricionais prestados aos idosos residente nas ERI devem assim atender a dois grandes objetivos: manutenção da saúde e da qualidade de vida. Objetivos estes que frequentemente parecem competir, resultando na necessidade de uma abordagem única. Normalmente, a abordagem nutricional inclui a avaliação do estado nutricional através do desenvolvimento de um plano de intervenção nutricional individualizado que frequentemente apresenta uma dieta terapêutica adaptada. Porém a intervenção nutricional deve sempre atender ao equilíbrio entre as necessidades médicas e de qualidade de vida, não podendo as metas globais de saúde por si só justificar o uso de uma dieta terapêutica em detrimento da qualidade de vida dos utentes. Muitas vezes, uma intervenção nutricional que permite a participação ativa dos utentes nas tomadas de decisão relacionadas com a sua alimentação pode promover melhorias na alimentação, diminuindo os riscos da malnutrição. Serão as dietas restritivas necessárias? Terão este tipo de dietas benefícios de saúde para justificar a sua utilização? Quais os utentes de beneficiam de uma dieta terapêutica?

Estas perguntas devem ser respondidas de forma individual para cada utente. As alterações na dieta podem ter um impacto sobre o seu sabor, variedade, textura dos alimentos, afetando o seu consumo. A meta do serviço de refeições a estes idosos deve ser a de criar uma situação de refeição o mais natural e independente possível.

Um dos principais papéis dos dietistas/nutricionistas na gestão da intervenção nutricional para os residentes das ERI é desenvolver um plano de cuidados nutricionais de acordo com a avaliação do estado nutricional realizada a cada utente, com a sua condição médica geral, com as suas preferências pessoais e necessidades. Porém estes profissionais estão ainda

incumbidos do planeamento e desenvolvimento de todo um outro conjunto de tarefas, que visam a o bem-estar nutricional dos seus utentes, tais como:

- Determinar adequada intervenção nutricional para cada utente;
- Prestar aconselhamento nutricional aos utentes;
- Monitorizar e avaliar os resultados das intervenções desenvolvidas;
- Promover hábitos alimentares saudáveis;
- Planear, conceber e elaborar ementas, tendo em conta as especificidades e necessidades alimentares dos utentes;
- Implementar, supervisionar e monitorizar do sistema de gestão de segurança alimentar;
- Garantir o serviço de refeições seguras do ponto de vista nutricional e de higiene e segurança alimentar;

A malnutrição, a segurança alimentar, a educação alimentar e a satisfação dos utentes são questões sérias que precisam ser abordadas por dietistas/nutricionistas que trabalhem em ERI's. Para atender a estas necessidades, estes profissionais devem considerar cada pessoa de forma holística. Os alimentos têm importância emocional, estando a relação com os mesmos ligada a questões culturais, étnicas, religiosas ou com significado pessoal devendo merecer uma consideração especial em qualquer intervenção nutricional. O dietista/nutricionista deve priorizar assim, os problemas de nutrição e recomendar a intervenção nutricional que equilibre tanto as necessidades de saúde quanto as de qualidade de vida.

NUTRIÇÃO EM ONCOLOGIA - PERSPECTIVAS

Superfoods no tratamento do cancro - mitos ou factos?

Dina Raquel João

Laboratório de Nutrição – Faculdade de Medicina de Lisboa

O termo *superfood* ou superalimento é uma designação aplicada como instrumento de marketing, usado para descrever alimentos com aparente capacidade para prevenir ou tratar várias patologias, incluindo o cancro. Como *superfoods* estão associadas as bagas (mirtilo, framboesas), os frutos secos, as sementes, os bróculos, o alho, o chá verde, entre outros. No entanto, a base científica dos seus efeitos em oncologia é escassa, pelo que esse termo não é usado com frequência pelos Nutricionistas/Dietistas. A partir de 2007, a comercialização de produtos designados como superfoods foi proibida na União Europeia, a menos que estes sejam acompanhados de uma menção específica apoiada por uma base científica credível.

Todavia, têm surgido vários estudos não referentes a *superfoods*, ao alimento propriamente dito, mas a determinados compostos de alguns alimentos (nutracêuticos) que parecem ter efeito inibitório da carcinogénese, da angiogénese e da proliferação tumoral. Os componentes que parecem ter efeito anticancerígeno são compostos fenólicos (ácidos fenólicos, ácido elágico, flavonoides, stilbenos, curcuminóides), terpenóides (carotenóides), compostos organosulfurados e fitosteróis, os quais têm vindo a ser estudados como possíveis adjuvantes no tratamento oncológico.

Nesta apresentação, pretende-se explorar os conhecimentos atuais acerca dos superfoods e dos nutracêuticos.

NUTRIÇÃO EM ONCOLOGIA - PERSPECTIVAS

Nutrir os *cancer survivors*: especificidades

Diana Pereira Alexandre

Inst Portug de Oncologia de Lisboa | Unidade de Nutrição e Dietética

Segundo os dados mundiais do GLOBOCAN foram identificadas como sobreviventes de cancro após 5 anos do diagnóstico 32,6 milhões de pessoas no ano 2012. A população de sobreviventes de cancro tem aumentado nas últimas décadas como resultado da detecção precoce da doença e por conseguinte o início atempado dos tratamentos, assim como da melhoria dos cuidados de suporte. Entendem-se por sobreviventes de cancro os indivíduos em fase de tratamento ou em fase de recuperação; os indivíduos que vivem um período longo sem doença ativa ou com a doença estável; ou ainda, viver com cancro avançado. Em cada uma destas fases podem existir necessidades nutricionais e condição física diferentes, devendo a intervenção ser ajustada à situação. Se durante muito tempo o cancro foi associado a estados de desnutrição e caquexia decorrentes da doença e dos tratamentos, hoje em dia é também reconhecida a prevalência de obesidade na população oncológica e o ganho de peso após o diagnóstico em alguns tipos de cancro pode ser visto como uma complicação do tratamento.

Os indivíduos em fase de tratamento ou de recuperação têm normalmente uma maior motivação para aderir a estilos de vida saudáveis, com o intuito de melhorar a resposta ao tratamento, reduzir o risco de recidiva da doença e melhorar a qualidade de vida. Para muitos, torna-se prioritário manter um peso saudável, uma dieta equilibrada e actividade física regular não só para prevenir a recorrência, mas também um segundo cancro e as doenças crónicas. Para outros, sobretudo os que têm doença avançada, estas alterações de estilo de vida podem ser um desafio.

Relativamente à sobrevivência livre de doença, a evidência científica divulgada pela *American Cancer Society* desde 2006 tem sido contraditória e ainda pouco conclusiva sobre a relação entre a nutrição e a atividade física na recidiva do cancro, no aparecimento de segundos tumores primários e na sobrevivência global, contudo, embora a evidência seja fraca, é crescente.³ Ao longo das últimas décadas têm sido desenvolvidos estudos específicos sobre a influência da alimentação na prevenção de recidiva de determinados tipos de cancro. Duas revisões de estudos publicados entre 2006 e 2012 demonstram o benefício da manutenção de um peso corporal saudável na sobrevivência de

doentes com cancro da mama, colorectal e da próstata e que a intervenção dietética com base na redução da ingestão lipídica e num consumo adequado de frutas e vegetais parece ser benéfica na prevenção da recorrência destas doenças, mas a investigação deve ser continuada, sobretudo através de ensaios clínicos para originar conclusões mais sustentadas. É o caso do estudo clínico randomizado WINS (*Women's Intervention Nutrition Study*) que demonstra a influência da dieta com restrição lipídica na redução do risco de recidiva de cancro da mama feminino, aos 5 anos após o diagnóstico.

O comité do *World Cancer Research Fund International* preconiza para os sobreviventes (após o tratamento) as mesmas orientações para a população geral prevenir o cancro e que passam por 1) adotar ou manter uma alimentação equilibrada, 2) alcançar ou manter um peso corporal saudável e 3) ser fisicamente ativo. Há ainda referência à não utilização de suplementos dietéticos como forma de prevenir a doença.

A etiologia de um segundo cancro em sobreviventes adultos é complexa e multifactorial, com um papel importante dos factores de risco ambientais e de estilo de vida, entre eles a alimentação, pelo que devem adotar as referidas recomendações, não só pelo risco acrescido de desenvolver um segundo tumor primário, como para melhorar a sua saúde global, aumentar a longevidade e a qualidade de vida.

ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS PARA O SÍNDROMA DO INTESTINO IRRITÁVEL

Síndrome do Intestino Irritável – Porquê?

Ana Margarida Vieira

CHA - HP

O Síndrome do Intestino Irritável (SII) é uma patologia “funcional” do intestino, crónica e recorrente, que se caracteriza por alteração dos hábitos intestinais associado a dor ou desconforto abdominal e frequentemente a flatulência, a distensão abdominal e a distúrbios defecatórios.

Segundo a classificação “ROME III”, pode ser de tipo diarreia (SII-D), tipo obstipação (SII-O) ou misto (SII-M).

Apresenta elevada prevalência, estimada entre 10 a 20%; acomete indivíduos jovens em idade produtiva, entre os 15 e os 65 anos é a idade de início dos sintomas; é muito perturbadora da qualidade de vida dos doentes e consequentemente tem importante

impacto económico mundial. Curiosamente, apesar da ausência de completa homogeneidade dos estudos epidemiológicos disponíveis, é notável a semelhança da prevalência mesmo entre países distintos do ponto de vista geográfico, cultural e social.

A fisiopatologia não está totalmente esclarecida. Alguns autores conceptualizam o SII como um conglomerado de pequenas doenças orgânicas do intestino. O distúrbio da motilidade, a hipersensibilidade visceral, a inflamação em baixo grau, o stress e alterações genéticas capazes de modular os sistemas de sinalização gastrointestinal, a resposta imunológica e inflamatória locais, são mecanismos possíveis envolvidos e que podem estar presentes em concomitância.

O diagnóstico é desafiante pela necessidade de valorização apropriada dos sintomas que caracterizam a doença, que se pautam por serem tão comuns e frequentemente encontrados noutras patologias, nomeadamente “orgânicas”. É portanto um diagnóstico de exclusão, que muitas vezes assenta essencialmente na história clínica e no exame físico. A minúcia destes dois e a sua correta interpretação são fundamentais na abordagem do doente, de modo a não deixar escapar algum sinal de alarme.

A eficácia do tratamento farmacológico distancia-se largamente dos valores que nos dias de hoje são aceites como razoáveis e do desejo do doente. Também por esta razão, frequentemente é o próprio doente que de forma autónoma inicia uma marcha de busca de relação dos sintomas com os alimentos e põe em prática por vezes dietas tão restritivas quanto ameaçadoras do bem estar psicossocial e nutricional.

ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS PARA O SÍNDROMA DO INTESTINO IRRITÁVEL

FODMAP's - a nova fronteira no tratamento do Síndrome do intestino irritável

Sofia Amálio

CHA - HP

O Síndrome do Intestino irritável (SII) é a doença funcional do intestino melhor estudada. Ainda assim a sua fisiopatologia não está completamente compreendida e as opções terapêuticas são limitadas e pouco eficazes.

Por outro lado há uma elevada porção de doentes (60%) que relaciona a ingestão alimentar com o surgimento de sintomas abdominais. Esta relação entre

PALESTRAS

os alimentos e os sintomas é difícil de determinar, e os mecanismos pelos quais os alimentos induzem os sintomas no SII permanecem por esclarecer. Estes mecanismos podem incluir: hipersensibilidade visceral; alteração da motilidade intestinal; fermentação e mal absorção de hidratos de carbono que levam à produção de gás e chamada de líquido ao lúmen intestinal com consequente distensão abdominal. Na última década surgiu investigação significativa fornecendo novas estratégias dietéticas para o SII. Tem havido um interesse crescente por dietas centradas na redução da ingestão de pequenas moléculas de hidratos de carbono mal absorvidas.

Na Monash University, em Melbourne, na Austrália uma equipa de investigadores procurava validar uma dieta dirigida a doentes com Doença Celíaca, que mantinham sintomas, apesar de uma dieta com exclusão de glúten. Esta dieta começou por ser aplicada exclusivamente a doentes que demonstravam ter má absorção de frutose, avaliada pelo teste respiratório de hidrogénio expirado, e chamava-se “Dieta para má absorção de frutose”. Nesta dieta existia restrição de frutose e frutanos e, nos doentes que também tinham evidência de má-absorção de lactose, esta também era restringida. Investigação subsequente levou os autores a perceber que existiam outros hidratos de carbono de cadeia curta que também eram mal absorvidos e foi assim que nasceu o conceito de FODMAPs. Para definir estes hidratos de carbono de pequenas dimensões foi criado o acrónimo FODMAPs que significa “fermentable oligossacarídes, dissacarídes, monossacarídes and polyols” ou em português “oligossacáridos, dissacáridos, monossacáridos e poliois fermentáveis”. Os FODMAPs estão presentes em muitos alimentos incluindo os que contêm frutose e frutanos, galacto-oligossacáridos, lactose e poliois.

Esta equipa de investigadores foi construindo tabelas de composição detalhada de alimentos, para identificarem os alimentos com níveis relevantes de hidratos de carbono de cadeia curta. Isto permitiu desenvolver uma dieta que consiste em substituir alimentos com elevado teor em FODMAPs por outros, do mesmo grupo nutricional, com baixo teor em FODMAPs. Numa fase inicial pode ser uma dieta mais restritiva, mas havendo resposta sintomática, pode passar-se rapidamente para uma fase de reintrodução individualizada, para determinar a tolerância daquele indivíduo a cada FODMAP em particular. Este método não tem estudos clínicos a apoiá-lo, mas as observações, ainda não publicadas, do grupo australiano que criou o conceito de FODMAP sugerem que os doentes não necessitam de uma restrição rigorosa durante um longo período de tempo.

Há evidência crescente com estudos randomizados e controlados a suportar o uso da dieta com restrição em FODMAPs. Esta dieta demonstrou melhoria sintomática em 68-76% dos doentes com SII. Com a força dos

dados já disponíveis, as abordagens dietéticas já não podem ser subestimadas no tratamento do SII, sendo a dieta com exclusão de FODMAPs já considerada em orientações internacionais de várias sociedades científicas para o tratamento do SII. Os estudos disponíveis demonstram ainda um efeito aditivo dos diferentes FODMAPs na dieta, sugerindo que devem ser considerados como um todo e não individualmente.

Algumas críticas têm sido dirigidas à dieta com restrição de FODMAPs como a dificuldade na aderência, o custo elevado e a alteração da flora intestinal. Ser demasiado restritiva, envolvendo riscos nutricionais como o défice em cálcio e fibras alimentares, são outros aspectos apontados.

No futuro são necessários novos estudos para alargar a evidência a sustentar esta abordagem dietética, bem como a avaliar a sua aplicabilidade noutras doenças como a Doença inflamatória intestinal ou a Doença celíaca.

NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO DOENTE CRÍTICO

Quando começar e com que aporte?

Isabel Miranda

UCIP, H.S.José - CHLC, E.P.E.

O doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pelo elevado estado catabólico em que geralmente se encontra, tem um risco elevado de desnutrição se não for adequadamente nutrido. A Nutrição Entérica (NE) precoce, isto é, a nutrição artificial administrada por tubo ou sonda colocada no tubo digestivo e iniciada nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão na UCI, é recomendada como a forma preferencial para nutrir este tipo de doentes, desde que o tubo digestivo esteja funcionante e o doente adequadamente ressuscitado e com estabilidade hemodinâmica. Esta recomendação baseia-se na evidência demonstrada na literatura de que o início precoce da NE está associado à redução da mortalidade, das complicações infecciosas, da duração do internamento e dos custos.

O aporte nutricional que deve ser administrado ao doente crítico é ainda assunto de debate, pois não existe evidência suficientemente forte em relação à quantidade ótima de calorias e de proteínas, nem ao tipo de nutrientes melhor adaptados às variadas situações clínicas e aos vários tipos de doentes internados na UCI. A European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomenda que o aporte de nutrientes fornecido pela NE seja ajustado de acordo

com a progressão da doença e a tolerância do tubo digestivo, referindo que na fase inicial da doença crítica um aporte energético superior a 20-25 Kcal/Kg peso/dia pode associar-se a resultados menos favoráveis e que na fase anabólica ou de convalescença o aporte nutricional deve ter como objetivo 25-30 Kcal/Kg peso/dia. As recomendações da Society of Critical Care Medicine e da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (SCCM/ASPEN) vão na mesma linha, referindo que o aporte energético pode ser calculado de forma pragmática em 25-30 Kcal/Kg peso/dia, através de equações preditivas ou medido por calorimetria indireta (CI), e que o aporte calórico fornecido na primeira semana de internamento deve ser superior a 50%-65% do aporte energético considerado como alvo³. No caso de doentes críticos obesos, com índice de massa corporal (IMC)>30, a SCCM/ASPEN recomenda um aporte nutricional hipocalórico (11-14 Kcal/Kg peso atual/dia ou 22-25 Kcal/Kg peso ideal/dia). Em relação ao aporte proteico as recomendações das mesmas sociedades são de 1.2-2 g/Kg peso atual/dia no caso de IMC<30, ≥ 2 g/Kg peso ideal/dia para doentes com IMC de 30-40 e ≥ 2.5 g/Kg peso ideal/dia para IMC ≥ 40 .

No entanto, apesar das recomendações, o aporte calórico e proteico administrado aos doentes internados em UCI é em geral inferior ao recomendado. Se por um lado, alguns estudos encontraram relação entre o défice energético acumulado e piores resultados e associação entre maior aporte nutricional e menor mortalidade, outros estudos verificaram que a administração de um aporte calórico aproximado do alvo energético se associava a um aumento da mortalidade e da morbilidade, sugerindo vantagem na administração de um suporte nutricional hipocalórico.

O aporte nutricional inicial a administrar por via entérica ao doente crítico também não está claramente definido. A NE em pequena quantidade, designada como nutrição trófica, apesar de não satisfazer as necessidades nutricionais, tem efeitos fisiológicos benéficos, na medida em que preserva a integridade da mucosa intestinal, estimula a secreção enzimática, melhora a função imunitária e previne a translocação bacteriana. No entanto, a nutrição entérica aumentada de modo progressivo e em simultâneo com medidas que favoreçam a tolerância gastrointestinal é a forma recomendada e a mais utilizada para iniciar o suporte nutricional no doente crítico, tendo o objetivo de fornecer maior aporte energético e minorar as complicações associadas à malnutrição. Contudo os estudos que compararam o início da nutrição entérica em dose trófica com a dose recomendada não encontraram efeito significativo na mortalidade, nem nos objetivos secundários (duração do internamento na UCI e no hospital, tempo de ventilação mecânica, complicações infecciosas), embora em alguns se tenha verificado diminuição significativa do número de episódios de intolerância gastrointestinal.

QUANDO O INTESTINO FALHA

Falência Intestinal - Conceitos

Nuno Carvalho

Serviço Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

O Aparelho digestivo tem várias funções: digestiva, absorviva, imunitária e endócrina. É difícil definir o conceito de falência intestinal (FI), pois existem múltiplas definições e não se chegou a um consenso alargado sobre qual a mais adequada.

Podem considerar-se 3 tipos de falência intestinal: tipo 1, comum após cirurgia, autolimitada, a tipo 2, com ressecção intestinal, situação mais complexa, do ponto de vista séptico, nutricional e metabólico, e tipo 3, permanente, com dependência de terapêutica endovenosa.

A FI pode considerar-se ligeira, moderada ou severa, de acordo com as necessidades de suporte nutricional e de fluidos e eletrólitos e vias de administração, oral, entérica ou parentérica, respetivamente.

O doseamento de citrulina, aminoácido de produção exclusiva intestinal, pode ser efetuado para determinar a função intestinal.

Na FI pode considerar-se a síndrome de intestino curto (SIC), perturbações da motilidade, doença parenquimatosa total e fístula delgado. A SIC é a mais bem conhecida e compreendida das formas de FI, acompanha-se de aumento de secreção gástrica e pancreato-biliar e associa-se a perda de fluidos e eletrólitos, com hiperaldosteronismo secundário, hipocaliémia, hipomagnesémia e hipocalcémia. A perda de delgado distal acompanha-se de deficit vitamina B12, mal absorção de gorduras, vitaminas lipossolúveis e ácidos biliares, com desidratação e desnutrição. A ressecção de delgado proximal é melhor tolerada.

A função intestinal como órgão endócrino, com produção de múltiplas hormonas e fatores de crescimento, com atividade local e em órgãos à distância, tem vindo a ser estudada nos últimos anos, o seu deficit começa a ser compreendido e é um campo de intensa investigação recente.

O intestino é o principal órgão do sistema imune, com função de barreira, produção de IgA secretora e proteínas antimicrobianas. A sua perda associa-se a aumento do risco de complicações infecciosas.

O remanescente intestinal sofre um conjunto de alterações para compensar a perda de funções, designada de adaptação intestinal. Este processo demora anos, até que se atinja o potencial máximo.

PALESTRAS

A adaptação é funcional e morfológica, com aumento da espessura das vilosidades, comprimento intestinal, proliferação da mucosa e do fluxo sanguíneo e expressão proteica intestinal nas vilosidades. A presença de nutrientes no lúmen é fundamental para o processo de adaptação, devendo ser privilegiada. A melhoria funcional pode ocorrer até aos 2 anos pós resseção. Estímulos tróficos podem induzir adaptação até vários anos após a resseção intestinal.

Recentemente a introdução do análogo de síntese do Glucagon-like-peptide-2 (GLP-2), o teduglutide, veio suscitar uma nova esperança na resolução de quadros de falência intestinal.

QUANDO O INTESTINO FALHA

Dieta zero na fístula entérica. Faz algum sentido?

Rita Marques

CHTMAD

A Fístula Entérica permanece como uma entidade indesejada e complexa que requer a junção das competências de uma Equipa Multidisciplinar composta pelo Médico, Enfermeiro e Nutricionista.

Durante décadas o “nill by mouth” e a nutrição parentérica total permaneceram como o gold standard para o tratamentos destes casos. No entanto a evolução da aliança entre Nutrição e Medicina tem provado que a via fisiológica tem um papel preponderante no outcome e pode ser desmarginalizada.

A palestra pretende-se esclarecedora na demonstração da evidência científica disponível sobre o tema.

NUTRIENTES, FLUÍDO E IMUNIDADE NO PERI-OPERATÓRIO

Qual o melhor fluído para a anastomose?

Diogo Albergaria

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta, Almada

A fluidoterapia perioperatória é um tema controverso, mantendo-se um intenso debate sob qual o melhor fluído a administrar e em que regime.

Inúmeras complicações têm sido relacionadas com o tipo e regime de fluidoterapia. Alguns estudos apontam para um melhor processo de cicatrização com o regime restritivo, sendo que o regime liberal apresenta-se relacionado com um maior aumento de peso e maior taxa de complicações cardiopulmonares.

Existem múltiplos factores de risco identificados para a deiscência de anastomose, como a má-nutrição, corticoterapia, consumo de tabaco e de álcool, doença cardiovascular, score ASA, etc. Alguns autores têm sugerido que um regime restritivo ou “goal direct therapy” (iGDT) poderão ser mais benéficos. Os colóides, em relação aos cristalóides, parecem ser melhores para manter a integridade da anastomose.

Existem vários tipos de fluídos, cristalóides, colóides, componentes de sangue e soluções portadoras de oxigénio à base de hemoglobina (HBOCS).

A solução salina 0,9% data de 1896 e foi desenvolvida pelo químico Hartog Hamburger que verificou que o eritrócito apresentava uma maior estabilidade em soluções salinas a 0,92%.

Halsted em 1887 descreveu a submucosa. É nela que se encontra a matriz de colagénio da parede intestinal conferindo-lhe a sua força tensil, responsável pela integridade da anastomose.

Lobo et al. propôs que o edema intersticial resultaria num edema da parede intestinal com acidose e potencial de disfunção do processo de cicatrização a nível da anastomose.

Goran Marjanovic et al. em 2009 num trabalho experimental em ratinhos avaliaram o efeito da fluidoterapia na pressão de estóiro e na estabilidade da hidroxiprolina a nível da anastomose gastrointestinal. Demonstraram que um regime liberal com soluções cristalóides está associado a uma menor pressão de estóiro, assim como, menor concentração de hidroxiprolina a nível da anastomose⁸.

Noutro estudo em ratinhos, Goran Marjanovic et al. avaliaram o efeito dos colóides versus cristalóides em regimes liberais e restritivos no processo de cicatrização da anastomose gastrointestinal. Verificaram que em regimes liberais, a pressão de estóiro e a concentração de hidroxiprolina eram maiores no grupo de soluções colóides versus cristalóides.

Carolyn Nessim et al. em 2012 num trabalho experimental em ratinhos avaliaram o efeito de diferentes regimes de fluidoterapia em conjunto com analgesia epidural. Verificaram que a pressão de estóiro foi maior no grupo com colóide e regime restritivo.

Existem inúmeros regimes de fluidoterapia, iGDT, liberal, restritiva, balanço zero. Contudo, não há uma definição consensual sobre o que é uma fluidoterapia restritiva ou liberal.

A iGDT é uma abordagem em tempo real que procura otimizar a terapêutica baseada em dados

hemodinâmicos (variação pressão pulso, índice cardíaco, etc.) e intervenções terapêuticas (bólus líquidos, inotrópicos, etc.) para melhorar o volume de ejeção. Contudo, também não há um consenso em relação ao número de bólus e inotrópicos a utilizar.

A analgesia epidural pode contribuir para o agravamento da hipotensão pós-operatória por redistribuição do volume vascular efectivo.

O estado da arte da fluidoterapia no pré, intra e pós-operatório envolve uma combinação das recomendações dos protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e iGDT (Goal Directed Therapy) nos doentes de médio – alto risco, e balanço zero nos doentes com uma boa reserva fisiológica e baixo risco.

A resposta à pergunta “Qual o melhor fluido para a anastomose?” continua sem ter uma resposta objectiva. Não existe, ainda, um consenso internacional, devendo a fluidoterapia ser individualizada tendo em conta a patologia e co-morbilidades do doente.

TUBOS E NUTRIENTES

História da Nutrição Parentérica Total

Nuno Carvalho

Serviço Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

O termo parentérica deriva do grego e significa para além do intestino, assim, a nutrição parentérica corresponde ao suporte nutricional sem utilizar o tubo digestivo.

Friederich em 1904 descreve uma perfusão por via subcutânea com peptonas, lípidos, glucose e eletrólitos. Terá sido a primeira nutrição parentérica exclusiva no humano. O problema era que a situação era intolerável para o doente.

Robert Elmann em 1937 descreve as primeiras emulsões de aminoácidos, mas percebeu que era necessário uma fonte energética concomitante. Na altura estava disponível a glucose. No entanto se hiperosmolar provocava tromboflebitas e isosmolar o volume de fluido a administrar era considerável. O ideal seria um componente energético de elevada densidade e baixa osmolaridade.

Na década de 60 desenvolveu-se a primeira emulsão de lípidos, por Arwid Wretling. No final da década de 60 Stanley Dudrick aperfeiçoou o conceito de cateter venoso central. Na altura eram tremendas as limitações para a nutrição parentérica. As emulsões de lípidos eram experimentais, não havia emulsões de aminoácidos

comercializadas, não existia oligoelementos disponíveis ou vitaminas lipo e hidrossolúveis.

Após anos de investigação e experimentação animal demonstrou-se que era possível nutrir exclusivamente por via parentérica, com crescimento, desenvolvimento e balanço azotado positivo.

As emulsões lipídicas da década de 60 eram baseadas em óleo de soja, rica em ácidos gordos ómega 6, que têm componente pró-inflamatório, procurando-se alternativas. O óleo de coco, com triglicérides de cadeia média são do ponto de vista imunológico neutros, são rapidamente oxidados, o transporte para a mitocôndria é independente da carnitina, mas têm o inconveniente de aumentarem o consumo energético, temperatura corporal e não fornecem ácidos gordos essenciais. Surge assim o conceito de lípidos estruturados, em que ao esqueleto de glicerol se fixam ácidos gordos de cadeia longa e ácidos gordos de cadeia média.

O ácido oleico, associado à culinária mediterrânica, com componente anti inflamatório e anti oxidante, tornou-se outro lípido disponível para as bolsas de parentérica. Por último surgiram os ácidos gordos ómega 3, óleo de peixe, com atividade anti-inflamatória e imunomoduladora.

No futuro a NPT será efetuada de acordo com a situação clínica, atendendo ao perfil imunológico e genético do doente, será utilizada também como veículo de fármacos e antioxidantes, atuando em células específicas.

TUBOS E NUTRIENTES

Vias de acesso venoso central

Miguel Fróis Borges

Hospital Garcia da Orta

O primeiro cateterismo venoso central foi realizado em 1929 em Eberswalde na Alemanha por Werner Forssmann, usando uma veia do antebraço como via de acesso, uma algália como catéter e tendo de descer um andar para poder utilizar o controlo fluoroscópico como método de confirmação da localização da ponta do catéter.

Apesar de não isentos de complicações, inclusive mortais, os dispositivos de acesso venoso central (DVC) demonstraram ser seguros e eficazes em várias circunstâncias, como na falência de acesso venoso

PALESTRAS

periférico, monitorização hemodinâmica, terapêutica extracorpórea e administração de terapêutica vasopressora, quimioterapia e nutrição parentérica.

Procede-se a discussão de tópicos sobre a colocação e manutenção de DVC para suporte nutricional. Discutem-se os tipos de catéter, contra-indicações para a sua colocação, a via de abordagem, o papel da ecografia, a verificação da localização da ponta do cateter e as complicações mecânicas, infecciosas e trombóticas destes dispositivos.

Abordam-se ainda as melhores práticas preventivas e terapêuticas de algumas das complicações dos DVC, de acordo com a evidência actual.

SARCOPENIA: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL

Hospitalização

Ana Sofia Limas de Sousa

FCNAUP

A sarcopenia é uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva de massa e de função muscular que ocorre com o avançar da idade. O Consenso Europeu para a Definição e Diagnóstico da Sarcopenia define-a como presença conjunta de baixa massa muscular e força muscular diminuída ou baixo desempenho físico, mas apresenta diferentes critérios de diagnóstico possíveis e diversos pontos de corte para a classificação da massa e da função muscular, necessários ao seu diagnóstico.

A sarcopenia apresenta etiologia multifatorial, sendo vários os mecanismos propostos na sua patofisiologia. Fatores como a idade, mecanismos hormonais, desuso muscular, malabsorção / desnutrição, doenças neuro-degenerativas são apontados como possíveis causas para o desenvolvimento da sarcopenia.

Embora a sarcopenia seja observada maioritariamente em indivíduos idosos, ocorre também em indivíduos mais jovens, residentes na comunidade ou hospitalizados.

Em indivíduos hospitalizados, a sarcopenia tem vindo a ser descrita como um indicador fiável de pior prognóstico. De igual forma, tem sido associada ao aumento de co-morbilidades e de complicações clínicas.

Dada a suscetibilidade da população hospitalizada a alterações funcionais, o reconhecimento e o diagnóstico atempado da sarcopenia poderão tornar os tratamentos mais eficazes e diminuir os efeitos

adversos inerentes a esta condição. Para além disso, as intervenções de prevenção primária na comunidade poderão permitir a melhoria do estado nutricional, a diminuição do número de admissões hospitalares e, consequentemente, a diminuição dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da qualidade de vida.

SARCOPENIA: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL

Nutrição

Ana Sofia Limas de Sousa

FCNAUP

A conhecimento relativo à intervenção nutricional visando o tratamento e/ou a prevenção da sarcopenia é ainda escasso, especialmente a informação proveniente de ensaios clínicos.

Encontram-se documentadas algumas possibilidades de intervenção nutricional para impedir ou atrasar a progressão da sarcopenia, nomeadamente a nível da suplementação com vitamina D, com aminoácidos e com ácidos gordos polinsaturados. A informação proveniente destes estudos reveste-se, no entanto, de alguma controvérsia, devido, fundamentalmente, à heterogeneidade das metodologias utilizadas.

Porém, e de acordo com a evidência mais recente, a abordagem mais adequada no sentido de atrasar a progressão da sarcopenia baseia-se na combinação de uma alimentação adequada (individualizada e adaptada às necessidades), possivelmente associada com suplementação nutricional e com um programa de exercício físico regular.

Relativamente à prevenção do aparecimento da sarcopenia, refere-se frequentemente a importância de um aporte proteico adequado e a suplementação com aminoácidos de cadeia ramificada é considerada eficaz no aumento da massa muscular e na melhoria de parâmetros funcionais.

Antes de poderem ser estabelecidas guidelines para a intervenção nutricional no tratamento e na prevenção ou atraso do aparecimento da sarcopenia, serão necessários estudos, padronizados e com desenho experimental adequado, que avaliem de forma sistemática os efeitos da intervenção nutricional. Assim, há ainda muitas questões por esclarecer e este tema carece de mais investigação. Porém, à luz do conhecimento atual, é possível compreender a importância do estilo de vida, particularmente no que concerne à alimentação e ao exercício físico, tanto na prevenção como no tratamento da sarcopenia.

NUTRIÇÃO NA DIABETES

A educação para o autocuidado ao utente com diabetes na prática dos cuidados de enfermagem

Eva Guilherme

ESSIPLeiria

Introdução: A diabetes é uma doença cujos números tomam proporções epidémicas (International Diabetes Federation, 2012). Várias intervenções têm demonstrado ser efetivas no sentido de minimizar o impacto negativo documentado, sendo a educação terapêutica uma destas intervenções. As intervenções de enfermagem no âmbito da educação terapêutica têm revelado desempenhar um papel importante (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010; Trehearne, Fishman, & Lin, 2014). Não obstante, tem sido reportada uma variedade de práticas e de programas implementados, nem sempre sujeitos a avaliação.

A *Diabetes Self-Management Education* (DSME) e o *Diabetes Self-Management Support* (DSMS) são componentes críticas dos cuidados efetivos à pessoa com diabetes e contributos significativos para os resultados (International Diabetes Federation, 2009). Cada vez mais se dá relevo à DSME e ao DSMS no contexto da educação terapêutica à pessoa com diabetes, pela importância que o apoio continuado tem, particularmente na mudança comportamental, na manutenção dos comportamentos adequados e no sentido de contemplar os aspetos psicossociais.

O diagnóstico de diabetes requer, frequentemente, mudanças extensas no estilo de vida, a mudança comportamental e a aplicação de competências no sentido do controlo glicémico (Hollis, Glaister, & Lapsley, 2014). A *American Association of Diabetes Educators* (2011) desenvolveu normas para a DSME no sentido de categorizar os comportamentos requeridos ao autocuidado em 7 comportamentos considerados fundamentais para uma autogestão bem-sucedida, servindo este quadro de referência para guiar os diversos programas para a autogestão do utente com diabetes. Um destes comportamentos para o autocuidado preconizado pela AADE é a "Alimentação Saudável".

Objetivos: Identificar a relação entre as condições para o exercício (estrutura) e a educação terapêutica para o autocuidado (processo) e entre a educação terapêutica e a HbA1c.

Metodologia: O estudo desenvolvido recorreu ao modelo de equações estruturais (MEE), com análise multivariada.

Constitui-se como estudo de natureza correlacional e transversal realizado num Agrupamento de Centros de Saúde em Portugal, com uma amostra constituída por 292 utentes com diabetes tipo 2 seguidos em cuidados de saúde primários e por 49 enfermeiros que desenvolvem consulta de enfermagem a estes utentes.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística intencional e accidental.

Definiram-se hipóteses gerais de relação entre a estrutura inerente aos cuidados e o processo de cuidados e entre o processo e os resultados. Cada uma das hipóteses gerais foi subdividida em várias hipóteses específicas que foram testadas, considerando a revisão da literatura efetuada.

Resultados: Verificámos que foram confirmadas várias hipóteses de relação entre as variáveis da estrutura e processo e entre estas e a HbA1c (variável de resultado). Emergiram relações estatisticamente significativas entre variáveis da estrutura e a educação terapêutica efetuada pelos enfermeiros sobre os vários autocuidados, nomeadamente em relação à alimentação. Identificou-se ainda existência de relação estatisticamente significativa entre estas intervenções e a HbA1c, sendo esta relação inversa e indireta uma vez que é mediada pelas práticas de cuidados centrados no cliente. Isto é, o modelo estrutural identificado revela relação entre as práticas de educação sobre os vários autocuidados e a hemoglobina glicada, sendo estas relações aglutinadas através de uma variável mediadora (práticas de cuidados centrados no cliente), não havendo relação direta entre a educação terapêutica sobre os vários comportamentos do autocuidado e a HbA1c.

Conclusão: A HbA1c é considerada atualmente o principal meio de avaliação do controlo da diabetes, considerando-se o "gold standard", portanto considera-se o resultado major para os utentes com diabetes tipo 2 (Bryskiewicz & Majkowska, 2011). Deste modo, é relevante verificar-se existir uma associação entre as práticas de educação terapêutica para o autocuidado, realizadas por enfermeiros, e melhorias nos valores da HbA1c.

NUTRIÇÃO NA DIABETES

Relação entre a contagem dos Hidratos de Carbono e a Hemoglobina Glicada (HbA1c)

Raquel Oliveira

Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença crónica caracterizada por hiperglicémia devido à destruição autoimune das células β pancreáticas, levando a um défice na produção de insulina. Este défice leva a alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, assim como no metabolismo das proteínas e dos lípidos. O tratamento da DM1 implica a administração de insulina e alterações dos hábitos alimentares, entre outras alterações. A ISPAD (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*) recomenda que se previnam as complicações agudas (hipoglicémia e hiperglicémia) e as complicações micro e macrovasculares. A HbA1c é considerada o meio de eleição para a avaliação do controlo metabólico na DM1. A ISPAD recomenda como valor máximo de HbA1c 7,5%. Várias estratégias são utilizadas para a obtenção de valores aceitáveis de HbA1c, sendo a contagem de hidratos de carbono uma das recomendadas. A contagem de hidratos consiste em otimizar a relação entre a dose de insulina de acção rápida (“insulina das refeições”) e a quantidade de hidratos de carbono (HC) ingerida. Na prática utiliza-se a terminologia **equivalente** para a contagem de HC, em que um equivalente corresponde à quantidade de alimento que fornece 10 a 15 gramas de HC. A ingestão de HC é considerada como o principal factor determinante da glicémia pós-prandial, daí a importância da contagem de HC no controlo metabólico.

Objetivos: Identificar a relação entre a contagem de HC e a HbA1c. Determinar outros factores que possam influenciar a HbA1c.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo de natureza correlacional com uma amostra constituída por 60 utentes com diabetes tipo 1 seguidos na consulta externa de pediatria do Centro Hospitalar de Leiria.

Definiram-se hipóteses gerais de relação entre a contagem de hidratos de carbono, a idade actual dos utentes, a idade do diagnóstico, o número de anos de diagnóstico, a situação marital dos pais, ensino no episódio inaugural entre outros e o resultado de HbA1c como indicador de bom controlo metabólico.

Resultados: A amostra deste estudo é constituída por 60 utentes com idades compreendidas entre os 3 e os 18 anos. Foram realizados ensinamentos estruturados sobre

alimentação saudável e contagem de HC na altura do diagnóstico a 54% da amostra. Dos 60 utentes que compõem a amostra 25% tem os pais divorciados. Da análise estatística efectuada concluiu-se que existiam diferenças estatisticamente significativas na HbA1c em utentes que contam HC. Estes apresentam valores médios de HbA1c mais baixos do que utentes que não têm esta prática. Encontram-se também diferenças com significado estatístico relativamente ao estado marital dos pais. No geral, filhos de pais divorciados apresentam um valor de HbA1c mais elevado do que filhos de pais não divorciados. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.

Conclusão: Com a realização deste trabalho conclui-se que a contagem de HC pelo método dos equivalentes é determinante no bom controlo metabólico, estando associada a melhores resultados de HbA1c.

NUTRIÇÃO NA DIABETES

Benefícios das águas naturais ricas em minerais: uma perspetiva metabólica

Cidália Pereira

Escola Sup. de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

A síndrome metabólica (SM) consiste num conjunto de alterações metabólicas, nomeadamente intolerância à glicose/resistência à insulina, obesidade visceral, hipertensão arterial e dislipidemia, associado a um estado pró-inflamatório e pró-trombótico, que aumenta o risco de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM₂) e de doença cardiovascular aterosclerótica. A prevalência da SM tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas e, embora os mecanismos que a desencadeiam não sejam ainda completamente conhecidos, está já reconhecido o papel central da dieta na sua fisiopatologia. De facto, a dieta atual, caracterizada pela ingestão de alimentos com elevada densidade energética mas com um conteúdo vitamínico e mineral reduzido (como o cálcio ou o magnésio), está associada ao aumento do risco de desenvolvimento de SM e/ou de algumas das suas componentes, incluindo DM₂.

Neste contexto, a ingestão de águas naturais ricas em minerais foi destacada pela OMS como uma fonte complementar de minerais. Estas águas caracterizam-se pela sua elevada mineralização total, contendo minerais protetores com elevada biodisponibilidade nesta matriz. A riqueza em bicarbonato e alcalinidade de algumas destas águas é também relevante, particularmente para a homeostasia renal de minerais.

No entanto, a ingestão deste tipo de águas tem sido desvalorizada e, frequentemente, desaconselhada na prática clínica, atendendo ao seu elevado teor em sódio e eventuais efeitos prejudiciais na pressão arterial. Contudo, evidência científica, embora escassa, revelou efeitos benéficos da ingestão de águas naturais ricas em minerais na prevenção e/ou tratamento de dislipidemias, hipertensão arterial e resistência à insulina/DM₂.

Considerando a relevância deste tema, o nosso grupo estudou o efeito da ingestão de uma água natural gasocarbónica hipersalina portuguesa num modelo animal de SM (ratos machos Sprague-Dawley tratados com 10% de frutose na bebida, durante 8 semanas). A ingestão de 10% de frutose em água da torneira induziu alterações metabólicas características de SM de acordo com o esperado, tais como o aumento dos níveis plasmáticos de triacilgliceróis, insulina e leptina assim como o aumento da pressão arterial sistólica e frequência cardíaca. Para a explicação destes resultados terão contribuído as alterações observadas no estado redox (fígado), na homeostasia do retículo endoplasmático (fígado), na sinalização pelos glicocorticóides e insulina (fígado e tecido adiposo visceral e/ou subcutâneo) e em marcadores de disfunção endotelial (corpo cavernoso) induzidas pela ingestão de frutose. A co-ingestão da água natural rica em minerais reduziu e/ou preveniu a maioria das alterações induzidas pela frutose, tendo-se, adicionalmente, observado a indução de vias protetoras em resposta ao stresse e o reforço de respostas protetoras compensatórias à ingestão de frutose. É possível que a riqueza em minerais protetores da água em estudo e o seu elevado teor em bicarbonato, assim como o seu nível de alcalinidade, expliquem os resultados favoráveis obtidos.

DIETA MEDITERRÂNICA COADJUVANTE NO TRATAMENTO DAS DCNTS

Dieta Mediterrânica, um princípio de sustentabilidade

Jorge Queiroz

CMTavira

1 - A palavra sustentável tem origem no termo latino “sustentare” que significa segurar, apoiar, conservar.

O conceito de sustentabilidade relaciona-se com atitudes e actividades humanas correctas do ponto de vista ecológico, economicamente viáveis, socialmente justas e respeitadoras da diversidade cultural.

Em 1987 a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento da ONU definiu desenvolvimento sustentável como “o progresso ou desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer as capacidades das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades”.

Existe coincidência entre a noção de desenvolvimento sustentável e as formas sustentáveis de produção e de consumo, de crescimento e as dietas alimentares.

Outros conceitos igualmente ligados à noção de sustentabilidade são os de “segurança alimentar” e “soberania alimentar”. O primeiro tem a ver com a capacidade ou possibilidade da comunidade em dar resposta a fenómenos de insuficiência alimentar generalizada ou localizada, por outro lado a soberania alimentar está relacionada com o acesso aos alimentos, à protecção do património genético, de espécies autóctones ou endógenas, pressupõe a continuidade de práticas agrícolas fundamentais como o uso das sementes trocadas entre os agricultores desde há milénios.

“Sustentável” indica a intenção equilibrada de sustentação, o termo “desenvolvimento sustentado” significa que o objectivo foi ou está a ser alcançado.

A questão da sustentabilidade ambiental do planeta, dos modelos de desenvolvimento equilibrados e justos, da segurança e soberania alimentar, das dietas sustentáveis e da prevenção das “doenças da civilização” são temas de primeira ordem na actualidade mundial.

2 - A “dieta mediterrânica”, foi reconhecida e inscrita pela UNESCO a 4 de Dezembro de 2013 em Baku na Lista Representativa do Património Cultural Imaterial da Humanidade, incluindo 7 Estados e Comunidades, entre os quais Portugal e a sua comunidade representativa Tavira.

A “dieta mediterrânica” é um património civilizacional, com origem no termo grego “daíata” que significa estilo de vida, resulta de práticas e conhecimentos milenares que evoluíram com a sedentarização, os processos de agricultura e domesticação de animais, o conhecimento tecnológico e científico, as cidades e as mobilidades, as colonizações e os mercados.

As três grandes religiões monoteístas nascidas no mundo mediterrânico sacralizaram alguns alimentos e promoveram interdições. O pão, o azeite e o vinho constituem a “trilogia sagrada” presente nos rituais simbólicos.

As práticas culturais ancestrais têm na sua base os ciclos astrais, que determinam ciclos agrários, as festividades, os alimentos e os pratos característicos de cada época do ano. A agricultura familiar e de proximidade permitiram até hoje permanente consumo de produtos frescos de elevada variedade e riqueza nutricional.

PALESTRAS

A mesa nas culturas mediterrânicas é um lugar central no convívio e na transmissão de conhecimentos entre gerações.

A “dieta mediterrânica” foi “descoberta” na década de 50 do século XX por uma equipa internacional dirigida pelo fisiólogo norte-americano Ancel Keys, divulgada pela primeira vez com a publicação do estudo “Seven Countries, a Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease”, no qual se constatava a menor prevalência de doenças cardiovasculares e coronárias, também maior longevidade em populações nas regiões mediterrânicas analisadas (Creta, ex-Jugoslávia e sul de Itália) comparativamente com os resultados obtidos nos EUA, Japão, Países Baixos e Finlândia.

Estudos posteriores vieram confirmar esses resultados e a importância do estilo de vida e da alimentação mediterrânica na prevenção de AVCs, obesidade, diabetes ou diversos tipos de cancro.

Desde a década de 90 é considerada pela Organização Mundial de Saúde - OMS como um padrão alimentar de excelência.

Caracteriza-se do ponto de vista nutricional por uma alimentação lacto-vegetariana com utilização quotidiana de cereais, baixo consumo de gorduras animais e carnes vermelhas, o uso do azeite como óleo alimentar na preparação e acompanhamento dos pratos, de aromáticas e frutos secos, vinho e infusões como bebidas mais frequentes.

A vida ao ar livre e o contacto com a natureza, as convivialidades intensas à volta da mesa, as culturas de partilha e cooperação, as actividades físicas são elementos fundamentais para a boa saúde física e psíquica, individual e colectiva.

3 - O “mediterrâneo” reconhecido pelas ciências como um espaço geocultural de elevada biodiversidade foi também um factor determinante no surgimento e evolução do que hoje se considera como valores da “civilização ocidental”.

Recentemente a FAO integrou a dieta mediterrânica no conjunto de “dietas sustentáveis” do planeta.

Comodietasustentávelcaracteriza-seporserportadoras de conhecimentos ancestrais no armazenamento e aproveitamento da água, produzir menos carbono e poluentes, quase inexistência de “pegada ecológica”, sobretudo por ser um importantíssimo factor na preservação da biodiversidade do planeta.

DIETA MEDITERRÂNICA COADJUVANTE NO TRATAMENTO DAS DCNTS

A Dieta Mediterrânica no tratamento cirúrgico da obesidade

Cristina Tomás

Hospital de Egas Moniz, Serviço de Nutrição e Dietética

A dieta mediterrânica é uma herança cultural do mundo, que revela ser mais que um padrão alimentar característico de uma área geográfica. Tem sido um tópico com bastante notoriedade no meio científico, uma vez que expressa um equilíbrio entre a sustentabilidade agrícola, a sazonalidade, as receitas com tradição local, as formas de cozinhar tradicionais e as partilhas de refeições, que associado ao clima ameno e a uma prática diária de exercício físico moderado se revelam num estilo de vida saudável com um efeito benéfico na saúde das populações. A dieta mediterrânica contribui deste modo, para o controlo das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente do maior problema de saúde pública actualmente que é a obesidade e suas comorbilidades associadas, principalmente as doenças cardiovasculares que são principal causa de morte do nosso país.

A dieta mediterrânica reflecte assim um estilo de vida protector e promotor de saúde com uma tradição centenária.

Segundo a Fundação Dieta Mediterrânea, a dieta mediterrânica caracteriza-se pela abundância de alimentos de origem vegetal, como o pão, massas, arroz, hortaliças, legumes, fruta fresca, leguminosas e frutos oleaginosos; privilegia a utilização do azeite como principal fonte de gordura; Incentiva o consumo moderado de pescado, aves, lacticínios e ovos; o consumo de pequenas quantidades de carnes vermelhas e ingestão moderada de vinho, geralmente durante as refeições.

Como também defendido pela Associação Portuguesa dos Dietistas, este tipo de alimentação revela benefícios de saúde pelo seu baixo teor de ácidos gordos saturados e alto teor de monoinsaturados, tal como em glícidos complexos e fibra alimentar, juntando-se a riqueza em antioxidantes, determinantes para o bem-estar do indivíduo.

A pirâmide da Dieta Mediterrânica é um modelo de representação desta filosofia de vida apresentando na base os alimentos que devem ser consumidos em maior quantidade na alimentação diária, e nas camadas superiores, aqueles que devem ser consumidos com moderação, reservando-se para ocasiões festivas e excepcionais. Deve sempre ser

adaptado às necessidades específicas de crianças, mulheres grávidas e outras condições de saúde.

A obesidade é uma pandemia global cuja prevalência em Portugal continua a aumentar, tornando-se num gravíssimo problema de saúde pública, principalmente pelas diversas co-morbilidades associadas. Segundo I. Carmo (2008), em Portugal 14.2% da população apresenta pré-obesidade e 39.4% obesidade.

Diversos estudos têm vindo a demonstrar que uma boa adesão à dieta mediterrânica em associação com prática de exercício físico regular, revela maiores ganhos em saúde física, psicológica, maior longevidade e menor prevalência de excesso de peso e obesidade.

Verifica-se no entanto que, nos tempos actuais face à exigência do meio envolvente e elevada acessibilidade a uma diversidade alimentar, nomeadamente a alimentos com uma densidade calórica elevada, à adesão à dieta mediterrânica é cada vez menor inclusive nos países mediterrânicos.

Actualmente, a cirurgia bariátrica, associada a alteração do estilo de vida, surge como o método mais eficaz para controlo da obesidade mórbida e das suas complicações.

No entanto, a cirurgia bariátrica é hoje em dia ainda vista como solução milagrosa, tornando o processo de alteração da conduta dietética de difícil implementação. Esta situação verifica-se no período pré cirúrgico, onde o utente mostra-se renitente em alterar o seu padrão alimentar e de exercício físico, protelando esta alteração de estilo de vida para o período pós cirúrgico. Por outro lado, como refere o estudo de Leyba J. (2014), entre os 18 meses a 24 meses pós cirurgia, ocorre maior perda ponderal, associada a alteração do estilo de vida. Mas aparentemente o reganho ponderal pode voltar a ocorrer entre os 2 e os 5 anos pós cirurgia, principalmente quando não é cumprido os princípios da dieta mediterrânica.

Com o espaçamento do tempo pós-operatório, a monitorização dietética realiza-se com maior intervalo de tempo, ocorrendo normalmente a remissão de alguns sintomas gastrointestinais, os indivíduos tornam-se mais independentes e confiantes o que leva a uma maior permissibilidade em relação ao processo de selecção alimentar com influência no reganho ponderal.

Já no estudo de Ruiz -Tovar J. (2014), se tinha concluído que os indivíduos com maior adesão à dieta mediterrânica, conseguem alcançar uma maior perda ponderal e uma melhoria do perfil lipídico 1 ano pós cirurgia.

Para o sucesso no tratamento cirúrgico da obesidade com promoção de perda ponderal e manutenção da saúde é fundamental que o utente tenha um acompanhamento nutricional adequado direccionado para as suas necessidades de forma também promover autonomia para uma adequada selecção alimentar.

TIC E UM CLIC PARA MAIS EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Sistemas e-terapêuticos para adolescentes com excesso de peso

Pedro Sousa

ESSIPLeiria

A obesidade na adolescência atingiu proporções epidémicas. Um estudo nacional revelou uma prevalência de excesso de peso de 31% na população infanto-juvenil, salientando a urgência da intervenção precoce. Urge portanto encontrar estratégias efetivas de prevenção e tratamento, e recursos apropriados que induzam a mudança no indivíduo, família e comunidade.

Além da prevenção é fundamental apostar no tratamento efetivo dos jovens que apresentam peso excessivo, porque a obesidade adolescente: a) tem um impacto significativo na saúde física e psicossocial; b) é um fator de risco para a obesidade e mortalidade na idade adulta; e d) é uma ameaça maior para o aumento sustentado da esperança de vida.

Esta pesquisa parte da premissa que proporcionar um melhor tratamento requer: a) contacto aumentado e frequente com a equipa de tratamento e b) utilização de outros canais de comunicação e de tecnologias mais interativas e motivadoras com os adolescentes e suas famílias.

Os componentes nucleares dos programas de tratamento (alimentação, exercício e estratégias comportamentais) não têm conseguido obter a adesão pretendida. A solução poderá passar por estratégias mais interativas e dinâmicas, sobretudo para crianças e adolescentes. Neste contexto convém destacar o papel da e-saúde na prevenção e redução da obesidade pediátrica, em virtude da ubiquidade da tecnologia na vida dos jovens.

O projeto Next.Step explora as potencialidades da e-terapia assente no modelo de gestão de caso, no âmbito da mudança cognitivo-comportamental em adolescentes obesos, promovendo o envolvimento familiar no processo terapêutico. Consideramos que a inclusão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) permite otimizar os recursos e maximizar o impacto, em complementaridade com as abordagens convencionais, o que se tem revelado vantajoso e efetivo em diversos estudos internacionais, mas que ainda não foi testado no contexto nacional.

O objetivo principal deste projeto é consiste no desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de tratamento de obesidade na adolescência, baseado na e-terapia e assente na metodologia

PALESTRAS

de gestão de caso. Este projeto visa promover competências de gestão do peso, conhecimentos de saúde, adoção de estilos de vida saudáveis através do contacto aumentado e interativo entre adolescente, família e equipa clínica, com reflexos na adesão terapêutica e qualidade de vida.

A plataforma e-terapêutica inclui valências como: auto-monitorização, recursos educativos, módulos interativos, ferramentas de suporte motivacional e suporte social.

Este projeto tem características únicas concordantes com as últimas recomendações para o tratamento da obesidade adolescente: a) inclusão da família no processo terapêutico; b) contexto clínico da intervenção, numa perspetiva de investigação-ação; c) definição de múltiplos critérios de efetividade do tratamento; d) tratamento de longo-prazo com follow-up prolongado; e e) racional teórico bem estabelecido para a modificação comportamental.

Os principais resultados revelaram que: 1) os utilizadores manifestaram uma perceção global positiva em todos os domínios da usabilidade; 2) o programa e-terapêutico apresentou impacto significativo na redução do peso, promoção de um estilo de vida saudável e da qualidade de vida, com efetividade acrescida na promoção da responsabilidade na saúde comparativamente com o grupo de controlo; 3) foram identificados vários preditores da efetividade do programa.

Espera-se com esta pesquisa fomentar a inclusão das TIC no tratamento de adolescentes com excesso de peso, criando interfaces tecnológicos que permitam personalizar a intervenção e agilizar processos de monitorização/acompanhamento.

TIC E UM CLIC PARA MAIS EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Brocoli à descoberta do mundo dos alimentos

Rute Borrego

ESTeSL

A Organização Mundial da Saúde no seu plano de ação 2015-2020 evidencia a importância de investir na literacia nutricional e alimentar dos cidadãos, famílias e comunidades com enfoque nos conhecimentos em saúde e alimentação e nas competências culinárias.

A escola desde há muito é identificada como o local de excelência para desenvolver intervenções em saúde, com vista a resultados efetivos nos comportamentos e

atitudes em saúde no imediato e a longo prazo, nas crianças e famílias.

Durante a infância e adolescências os hábitos alimentares, estilos de vida e padrões de comportamento são desenvolvidos e podem persistir por toda a vida adulta. O uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na escola tornam o ensino mais criativo e estimulam o interesse pela aprendizagem e aquisição de competências⁴.

O Brócoli à Descoberta do Mundo dos Alimentos trata-se de um kit pedagógico de educação alimentar direcionado aos professores e educadores que trabalham com crianças dos 5 aos 10 anos de idade na escola e / ou em atividades de tempos livres. Este kit pedagógico de educação alimentar integra as áreas da língua portuguesa, da matemática, do estudo do meio, das expressões (dramática, musical, motora e física), do inglês e das TIC para promover competências e atitudes saudáveis nas crianças.

O kit pedagógico desenvolve-se em redor da personagem principal – Brócoli, e está dividido em dois domínios: 5-7 anos (1o e 2o anos do ensino básico) e 8-10 anos (3o e 4o anos do ensino básico) em função das capacidades cognitivas específicas da fase de desenvolvimento da criança. O kit pedagógico estará de acesso gratuito numa plataforma informática contemplando todos os materiais disponíveis que são: seis apresentações interativas, quatro jogos digitais, seis jogos de dinâmicas físicas, dois filmes, duas músicas, vinte fichas de trabalho e um manual do professor/educador, nas quatro áreas de: origem dos alimentos, alimentos e refeições, alimentação e atividade física e higiene pessoal. Todos estes materiais estão adaptados ao ambiente escola e ao currículo do 1o ciclo do ensino básico.

O desenvolvimento deste Kit pedagógico, contou com uma equipa multidisciplinar das áreas de dietética-nutrição, saúde pública, design e TIC oriundos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, da Escola Nacional de Saúde Pública-UNL e do projeto eQUITY. No âmbito do programa BIP-ZIP da Câmara Municipal de Lisboa realizou-se o processo de teste e validação do mesmo. Esta fase de implementação e avaliação decorreram, principalmente no ano letivo 2012-2013 com cerca de 350 crianças e 28 professores/educadores de duas escolas básicas do concelho de Lisboa, numa freguesia identificada como um território de intervenção prioritária pelas suas características sócio demográficas.

No processo de implementação e avaliação foi fundamental a construção da rede de comunicação com os professores, as crianças e a família através de: informação escrita aos pais e aos professores, reuniões com os professores e formação dos professores e das crianças. Três semanas antes da aplicação dos materiais em sala de aula os professores recebiam o plano de sessão e os materiais para darem

mais contributos e puderem introduzir e preparar as temáticas. A implementação realizada em sala de aula, pelos professores e no mínimo dois elementos da equipa coordenadora para posteriormente se discutirem os resultados. A avaliação foi realizada desde o início com a participação dos professores, das crianças, dos pais e da equipa coordenadora através de reuniões presenciais e fichas de avaliação que permitiram reformular e ajustar o kit pedagógico. No momento esperamos que com as TIC e um Clic venha viajar com o *Brócol!*

TIC E UM CLIC PARA MAIS EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Papa Bem

Gisele Câmara

Investigadora, Escola Nacional de Saúde Pública/UNL

Introdução: A obesidade é considerada um dos mais sérios desafios de saúde pública no início do século XXI. É um problema mundial, que afeta principalmente os países de médio e alto rendimento. A sua prevalência entre crianças e adultos tem vindo a aumentar, sendo as populações com baixos níveis socioeconómicos e de escolaridade as que estão em maior risco. Apesar dos esforços realizados nos últimos anos, as medidas de prevenção e tratamento não têm demonstrado sucesso no combate à obesidade infantil.

As recomendações mais recentes apontam para a necessidade de abordagens precoces e mais ecológicas e holistas no combate à obesidade infantil, focando-se na família e na comunidade em que esta se integra. Entre as estratégias de promoção da saúde, a importância da literacia e da literacia em saúde têm sido largamente documentada.

O recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem demonstrado resultados promissores na promoção de comportamentos saudáveis. Os cuidados na produção e teste das mensagens para garantir a adequação ao público-alvo e ao meio de comunicação utilizado são essenciais.

O projeto “Papa Bem” tem como finalidade promover a literacia em saúde, através da criação e disseminação de materiais escritos e audiovisuais acerca da obesidade infantil e formas de prevenção, desde a conceção até aos 5 anos de idade.

Materiais e Métodos: Seguindo o modelo de planeamento PRECEDE-PROCEED, após a identificação da obesidade como um problema de Saúde Pública e a sua caracterização em Portugal, partiu-se para a

análise das variáveis modificáveis para a sua prevenção atuando sobre os comportamentos determinantes, abordando os seus fatores predisponentes, bem como os fatores de capacitação e de reforço para uma mudança sustentada dos mesmos.

Assim, a elaboração do plano editorial e a produção dos materiais tiveram por base um estudo exploratório, que contou com uma revisão da literatura e com um diagnóstico ecológico e educacional numa área-piloto no Distrito de Lisboa.

Os materiais foram produzidos e revistos pela equipa multidisciplinar do projeto. Esta produção e revisão consideraram a importância da validade científica dos conteúdos, mas também tiveram em conta os baixos níveis de literacia da população portuguesa e a adequação dos textos para a disseminação através de um Website. Neste sentido, foi orientada por *guidelines* de produção de materiais que têm por base a metodologia *Plain Language* e se focam em quatro componentes principais: a adequação à população-alvo; a linguagem e o estilo; a organização; o *layout* e o *design*.

Com o objetivo de validar a adequação cultural, a clareza, acessibilidade e compreensão das mensagens presentes nos materiais produzidos, recorreu-se à aplicação de uma adaptação do teste *Suitability Assessment of Materials* a uma amostra dos materiais escritos.

Resultados: Através do estudo exploratório foram identificados os fatores predisponentes, de capacitação e de reforço inerentes a comportamentos relacionados com a obesidade infantil, que nortearam a produção dos materiais. Os materiais produzidos, baseados na mais recente evidência científica, demonstraram ser acessíveis para pessoas com baixos níveis de escolaridade, e foram disseminados através de um Website.

Conclusão: A metodologia participativa utilizada no projeto permitiu a compilação de informação relevante quanto aos principais pontos críticos para a compreensão e prevenção da obesidade infantil.

A elaboração das mensagens, com linguagem simples e organização lógica, adequadas à população, poderá ser facilitadora da mudança comportamental. A criação de um Website para a disseminação dos materiais permite a acessibilidade dos mesmos por parte do público-alvo e dos potenciais mediadores, reforçando a abordagem socio-ecológica na prevenção da obesidade infantil.

Palavras-chave: obesidade infantil; prevenção; literacia em saúde; estilo de vida; parentalidade; Website

**SERÃO AS SOBRAS ALIMENTARES UM VITAL
RESOURCE?**

A evidência da academia

Iva Pires

Professora Associada, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas,
Universidade Nova de Lisboa

A esta questão ligam-se outras igualmente relevantes: existe desperdício alimentar? Se sim, qual é a sua dimensão? Quais são as causas que lhe estão associadas? O que podemos fazer para o reduzir? De que forma as sobras alimentares podem ser reaproveitadas evitando que acabem no lixo?

O número de estudos sobre o desperdício alimentar tem vindo a crescer em especial depois de um relatório da FAO ter estimado que no mundo se perdem ou desperdiçam por ano 1,3 mil milhões de toneladas de alimentos adequados para o consumo humano (FAO, 2011). Este relatório foi importante quer para chamar a atenção sobre este fenómeno quer também para mostrar a sua dimensão global. Por razões distintas e em diferentes fases da cadeia alimentar “do campo ao prato” as perdas, que ocorrem nas fases iniciais de pós produção agrícola e no processamento, e o desperdício alimentar, que ocorre na distribuição, na restauração e nas famílias apresentam volumes consideráveis tanto em países mais desenvolvidos (sobretudo desperdício) como naqueles menos desenvolvidos (em especial no que se refere às perdas).

Na União Europeia estima-se que se percam ou desperdicem por ano, nos 27 países membros, aproximadamente 89 milhões de toneladas ao longo da cadeia de fornecimento alimentar, ou seja cerca de 179 Kg per capita, embora os valores variem de país para país (EC, 2011). Em Portugal, um estudo exploratório quantificou cerca de 1 milhão de toneladas de perdas e desperdício alimentar por ano, equivalendo a cerca de 100Kg per capita e cerca de 17% de todos os alimentos produzidos para consumo humano no país (Batista, et al, 2012).

Este fenómeno, não sendo novo, ganha maior dimensão se considerarmos o crescimento previsível da população mundial, que pode atingir os 9 mil milhões até meados do presente século, a alteração das dietas alimentares nas economias emergentes com o aumento do consumo de carne, o aumento recente do preço dos alimentos e questões relacionadas com a segurança alimentar. Como dar resposta a estes enormes desafios que se colocam num futuro próximo?

De um ponto de vista técnico, as respostas podem vir exclusivamente da intensificação da produção

agrícola, de ganhos em eficiência e de aumentos da produtividade. Mas nesse caso aumentará também a pressão sobre os recursos naturais e o impacto ambiental decorrente da produção de alimentos (consumo de água, erosão dos solos, desflorestação, utilização de produtos químicos...). Contudo, também podemos alterar os nossos comportamentos de consumo dando maior atenção ao desperdício de alimentos e procurando agir no sentido de o reduzir. Neste caso, criando soluções em que, ao contrário das anteriores, todos ficam a ganhar.

Na União Europeia, onde se estima que o desperdício alimentar possa ter um crescimento de 40%, atingindo 126 milhões de toneladas até 2020 (EP, 2011) propõe-se aos seus Estados membros que adotem nos sectores da produção, da distribuição, da restauração e cantinas e nas famílias estratégias que permitam atingir uma meta de redução de 30% desse desperdício até 2025. O principal objectivo destas políticas é o da prevenção e redução do desperdício alimentar, contribuindo para um uso mais eficiente dos alimentos produzidos na União Europeia ou importados. Todavia, nas situações em que o desperdício alimentar não é evitável deve promover-se, por questões éticas, económicas e ambientais, a sua boa gestão.

A recente crise económica que se traduziu num aumento do desemprego, precariedade laboral e redução dos salários colocou muitas famílias, nomeadamente em Portugal, numa situação de insegurança alimentar. Neste novo contexto é ainda mais escandaloso deitar comida para o lixo pois, estando em boas condições, pode ser um recurso vital para alimentar muitas destas famílias. O reaproveitamento pode resultar tanto de alimentos que estão a aproximar-se do limite de venda como de refeições não consumidas seja em restaurantes ou em cantinas. O Banco Alimentar e também projetos da sociedade civil, como o Refood ou o Zero Desperdício, do movimento Dariacordar, são bons exemplos de como é possível fazer chegar alimentos e refeições em boa qualidade a famílias necessitadas em vez de irem parar ao lixo.

SUPLEMENTOS

Suplementação em Idades Pediátricas

Leonor Sasseti

CHLC-HDE

Todos os autores e sociedades científicas são unânimes em afirmar que não há lugar ao uso de suplementos nutricionais para o atleta em idade pediátrica, pese embora a escassez de estudos nesta área do conhecimento. Parte-se do princípio que a alimentação responde na totalidade às necessidades da criança nomeadamente no que diz respeito ao crescimento e à sua atividade. Mas será que responde?

Os estudos de que dispomos – e também no nosso país – mostram que o regime alimentar habitual da maioria das crianças peca por excesso e por defeito em muitos alimentos e nutrientes; as causas são muitas e estruturais: maus hábitos desde o 1º ano de vida, a vida frenética sobretudo nos meios urbanos, a pouca informação de muitos pais (eles próprios com maus hábitos alimentares, não constituindo, portanto, um bom exemplo), crianças dominadoras e pais permissivos, as dificuldades económicas, o recurso frequente ao *fast-food*, etc, etc. Serão as crianças atletas diferentes destas crianças? Deverão eventuais suplementos alimentares colmatar deficiências básicas de educação/formação?

Para uma fotografia mais rigorosa da situação deveremos ter presente que na sociedade portuguesa há cada vez mais famílias com regimes alimentares particulares, que poderão não satisfazer na totalidade as necessidades da criança em crescimento.

Por último, há que ter em conta circunstâncias próprias do crescimento e desenvolvimento da cada criança ou adolescente (os *timings* de cada um), a existência de alguma patologia de base (anemias familiares, por exemplo), a possibilidade de perdas menstruais excessivas nos primeiros anos após a menarca, períodos de convalescença de doenças frequentes como a mononucleose infecciosa.

Ou seja, partindo da análise cuidada dos hábitos alimentares de cada criança e das suas circunstâncias, poderá haver lugar a suplementos nutricionais como multivitamínicos ou minerais como ferro ou magnésio. Mas não mais que estes e apenas em casos particulares.

Sabedores da importância da alimentação no desempenho desportivo, alguns grupos têm implementados programas de educação alimentar

dos pais, dos atletas e dos próprios treinadores. Com efeito estes últimos, com a preciosa colaboração de nutricionistas dedicados, poderão contribuir decisivamente para a melhoria das práticas alimentares dos seus atletas, corrigindo assim defeitos que vêm de trás.

MULHER ATLETA

Diferenças fisiológicas entre homem e mulher atletas

Catarina Godinho

ISCSEM

Entre o homem e a mulher existem diferenças anatómicas e fisiológicas, sendo que as primeiras, muitas vezes, condicionam as últimas. A mulher tem, em média, uma menor cavidade torácica, o que condiciona um menor volume pulmonar. Possui igualmente cavidades cardíacas mais pequenas, menor volémia, menor número de eritrócitos logo, menor quantidade de hemoglobina. Estas características condicionam as capacidades aeróbicas e anaeróbicas (VO₂ máximo, nas mulheres é cerca de 15% a 30% inferior ao dos homens).

A mulher possui menor por peso corporal total devido à menor quantidade de massa magra (massa muscular e massa óssea) o que leva a um metabolismo basal mais baixo, possuindo, no entanto uma maior percentagem de gordura corporal. A mulher tem, em média cerca de 10 % de gordura corporal a mais do que o homem. Esta diferença pode acarretar desvantagem em algumas modalidades na medida em que a sobrecarga de massa corporal é maior relativa ao tecido muscular. Porém pode proporcionar à mulher um benefício interessante em uma modalidade em especial: a maratona aquática em mar aberto. O fator determinante é a flutuabilidade, exatamente como consequência da maior quantidade de gordura corporal. A gordura a mais proporciona à mulher maior facilidade de flutuação, o que faz muita diferença em provas longas.

Por outro lado, o tecido adiposo, é um tecido metabolicamente pouco ativo logo a mulher apresenta um gasto energético menor que o homem para uma mesma atividade, necessitando portanto uma menor ingestão calórica para reposição da energia gasta.

A mulher tem a bacia mais ampla e larga assim a região entre a crista ilíaca e o trocater maior do fémur fica mais afastada da linha média e isso faz com que os joelhos sejam mais inclinados para dentro (grau

PALESTRAS

de valgo do joelho maior), as pernas são menos arqueadas. Os membros são mais curtos, os ombros mais estreitos, mais inclinados; maior ângulo do cotovelo (maior grau de valgo). Estas características podem favorecer um aumento de incidência de certas lesões como a síndrome patelo-femoral.

A testosterona proporciona ao homem um desenvolvimento muscular superior, promovendo maior síntese de proteínas musculares aumentando a massa muscular. Este efeito assegura ao homem uma vantagem de força, potência, velocidade, provas de arremesso, impulsão, que se projeta em qualquer modalidade desportiva que dependa destas variáveis. Ou seja, o homem tende a ser mais forte e consequentemente mais veloz. No entanto, os níveis de força das mulheres, quando comparados de forma relativa, podem ser iguais ou maiores que os dos homens principalmente nos membros inferiores, porém inúmeras são as variáveis (intrínsecas e extrínsecas) que influenciam a avaliação desses valores.

A mulher tem 10 vezes menos testosterona que o homem. Estas diferenças hormonais não significam que seja impossível para a mulher ganhar massa muscular. Existem fatores de crescimento como a isoforma autócrina/parácrina do IGF-1, libertados durante o treino de força que atuam diretamente na região estimulada, sendo considerado como um fator essencial do processo de hipertrofia muscular. O músculo feminino pode atingir quase a mesma força máxima de contração que o do homem, entre 3 e 4 kg/cm². Grande parte da diferença no desempenho muscular total reside na percentagem extra do corpo do homem, representada por músculos.

Uma das vantagens da mulher está na flexibilidade e na máxima amplitude articular, que tende a ser maior do que no homem, proporcionando benefício na execução de alguns gestos desportivos, particularmente nas modalidades em que coordenação motora e perfeição de movimentos prevalecem como na ginástica artística mas por outro lado diminui a estabilização dinâmica em articulações maiores, como o ombro e o joelho.

Existem modalidades desportivas nas quais nenhum destes fatores influencia de forma decisiva o desempenho. Talvez o que mais evidencie a igualdade entre os sexos seja o hipismo nas suas diferentes modalidades (salto, adestramento, etc.).

Não devemos desprezar o efeito das hormonas sexuais sobre o comportamento/perfil psicológico. Não há dúvida de que a testosterona promove a agressividade, enquanto o estrogénio está associado a um temperamento mais calmo. Isto, certamente em grande parte dos desportos competitivos, influencia o espírito agressivo que impulsiona o indivíduo até o esforço máximo.

Na mulher a performance pode variar inclusivamente com as fases do ciclo menstrual. Na fase Pré-

Menstrual, devido à influência de um aumento nos níveis de progesterona, o desempenho pode sofrer uma redução. Já na Fase Pós-Menstrual, graças à crescente taxa de estrogénio e maior secreção de noradrenalina, observa-se uma melhoria significativa na performance. No período pré-menstrual há redução na capacidade de concentração, fadiga muscular e nervosa mais rápida.

MULHER ATLETA

Efeitos do exercício na mulher

Diogo Bruno

HFF

Num passado recente, as mulheres eram menos ativas e tinham estilos de vida mais sedentários. Não existe evidência de que o exercício físico de modo controlado tenha efeitos nefastos no sistema reprodutor feminino e existe múltipla evidência que mostra o seu benefício nos vários órgãos e sistemas da mulher.

Vários estudos mostraram que a atividade física moderada tem efeitos benéficos nos fatores de risco cardiovascular, perfil hormonal e funções reprodutiva. Estes benefícios incluem a redução da gordura abdominal ou central, melhoria do perfil lipídico, glicídico e resistência à insulina. A nível hormonal existe um decréscimo dos níveis de testosterona e do Índice de Androgénios Livres e aumento da globulina de ligação a hormonas sexuais, bem como melhoria do padrão cíclico menstrual, ovulação e fertilidade. Outros estudos mostram que o exercício melhora fatores psicossociais como a autoestima, depressão e ansiedade.

A obesidade e excesso de peso são problemas comuns nos países desenvolvidos e estão associados a risco aumentado de doença cardiovascular, diabetes mellitus e disfunção hormonal. A nível hormonal, a obesidade está associada a hiperestrogenismo por conversão periférica de androstenediona a estrona (E1). A sensibilidade periférica à insulina é aumentada, em especial ao nível do músculo esquelético, aumentando o *uptake* de glicose e reduzindo a concentração de lípidos musculares. Além do controlo do metabolismo glicémico, também a pressão arterial basal, outro fator de risco cardiovascular, é melhorada pelo exercício.

Adicionalmente, como descrito acima, existem efeitos benéficos em diversas patologias de índole ginecológica. Os sintomas da síndrome pré-menstrual, uma constelação de sintomas emocionais associados ou não a sintomas somáticos, que ocorre na fase

lútea e no cataménio, poderão ter um benefício se o exercício for integrado na terapêutica. Por diminuir a exposição estrogénica associada à obesidade, o exercício poderá também ter efeitos benéficos ao nível do risco do cancro da mama. A síndrome do ovário poliquístico (SOP) é uma doença que envolve múltiplos efeitos deletérios com uma prevalência estimada de 5-10% e que associa a obesidade, resistência à insulina e risco cardiovascular com infertilidade, sintomas androgénicos e oligomenorreia; o exercício faz parte da abordagem holística a esta doença com melhoria da fertilidade e do ciclo menstrual.

Outros efeitos benéficos da atividade física moderada são o aumento da força e resistência, aumento da função cognitiva e coordenação neuromuscular, melhoria da aparência física e o aumento da sensação de bem-estar.

Por outro lado, o excesso de atividade física está intimamente associado a consequências negativas consideráveis no corpo da mulher. Estas disfunções coletivamente designadas como a “tríade da mulher atleta” incluem amenorreia, osteoporose e perturbações da alimentação. Esta tríade causa múltiplos riscos para a saúde da mulher sendo imperativo o tratamento precoce dos componentes da tríade, no entanto são características que não são alvo deste trabalho.

Faz-se uma revisão do efeito do exercício físico no sistema reprodutor feminino e o impacto do estado hormonal na atividade física e metabolismo. O exercício moderado parece ser uma arma terapêutica importante para a abordagem da obesidade e prevenção das doenças cardiovasculares e metabólicas e mesmo de doenças intrínsecas do sistema reprodutor feminino como o cancro da mama.

MULHER ATLETA

Prevenção de desordens alimentares em atletas

João Lameiras

Federação Portuguesa de Atletismo - ISPA – Instituto Universitário

O rendimento desportivo é condicionado por um vasto conjunto de factores psíquicos e físicos, entre os quais se encontram os comportamentos alimentares dos atletas. A este respeito, a investigação tem enfatizado a importância dos atletas alcançarem um estado nutricional óptimo assim como um peso adequado, contribuindo para a potenciação do rendimento desportivo. Como tal, uma alimentação equilibrada

faz com que os desportistas se mantenham saudáveis e retirem o máximo proveito das suas potenciais capacidades físicas e, consequentemente potenciem os resultados que visam obter. Todavia, é também clara a diferença no que concerne aos requisitos alimentares em função do nível de prática desportiva. Os requisitos energéticos não são os mesmos para os desportos de manutenção da condição física, de competição e alta competição.

Neste sentido, há que ter em conta que os correctos hábitos alimentares são fundamentais para o rendimento desportivo e que as desordens alimentares podem influir, e prejudicar, decisivamente no desempenho de um atleta. No âmbito desportivo, podem desenvolver-se desordens alimentares como consequência da própria prática desportiva, nomeadamente fruto das pressões que os atletas sofrem para manter um peso óptimo, o que pode constituir um factor determinante no desenvolvimento de patologias do comportamento alimentar.

As desordens alimentares são geralmente consideradas como transtornos adictivos, que se manifestam através de graves alterações de comportamento, com tendência à cronicidade e grande dificuldade de tratamento. Fruto das graves consequências fisiológicas e do desgaste emocional que acarretam, hoje em dia as desordens alimentares devem ser consideradas um dos problemas mais graves com os quais se deparam alguns atletas. Assim sendo, enfatizamos a importância do trabalho multidisciplinar na prevenção e intervenção das desordens alimentares no âmbito desportivo mediante a educação e investigação como campos mais relevantes, sendo os treinadores e todos os que trabalham directamente com os atletas peças fundamentais neste processo, principalmente identificação de possíveis indicadores destas perturbações.

Neste sentido, esta comunicação visa abordar as desordens alimentares mais comuns nos atletas, as origens e consequências destas conductas desadaptadas, bem como apresentar algumas medidas de intervenção e prevenção da ocorrência das mesmas.

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL EM ATLETAS

Laboratório ao contexto real

Analiza M. Silva

Laboratório de Exercício e Saúde, CIPER, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

A avaliação da composição corporal (CC) em populações atléticas constitui-se como uma área de interesse para investigadores, médicos, nutricionistas e treinadores que acompanham o processo de treino de atletas. Assim, métodos válidos de avaliação da CC são necessários, quer na identificação de quadros de magreza excessiva que podem comprometer a saúde do atleta, como na maximização do seu desempenho.

A grande variedade de métodos utilizados neste tipo de avaliação, por apresentarem características teóricas e procedimentos metodológicos diferentes podem conferir uma maior ou menor validade, fiabilidade e facilidade de utilização, tornando-se mais ou menos aconselháveis em função da precisão e validade desejável. Um dos problemas determinantes para uma avaliação válida da CC reside na dificuldade de identificar quantitativamente os diferentes componentes da CC. Para clarificar as relações entre os diferentes componentes, foi proposto um modelo de organização da CC em cinco níveis, utilizando para o efeito os diferentes níveis de organização clássica no domínio da biologia, ou seja, o atómico (oxigénio, carbono, hidrogénio), o molecular (água, proteína, lípidos, mineral), o celular (massa celular, fluidos extracelulares, sólidos extracelulares), o tecidual (tecido muscular, tecido adiposo, órgãos) e, por último, o corpo inteiro (perímetros corporais, pregas adiposas). Assim, a CC poderá ser descrita desde o nível atómico, incluindo os respectivos elementos, até ao nível do corpo inteiro envolvendo a utilização de medidas antropométricas.

Esta apresentação focar-se-á no nível molecular de análise, sendo realçada a avaliação do componente molecular "lípidos", comumente reconhecido como MG. Os 4 principais componentes do nível molecular são a água, proteína, mineral (que constituem a MIG) e a MG. Grande parte das técnicas usadas na avaliação da CC baseiam-se em modelos moleculares a 2 compartimentos (2C) para avaliar a MG e a MIG. Um exemplo são os modelos hidrométricos que determinam a MIG a partir da água corporal, assumindo que 73.2% da MIG é água. É reconhecido, no entanto, que este valor pode ser superior ou inferior consoante o processo de treino, ou a presença de estados de desidratação como aqueles observados em judocas que pretendem atingir um dado peso antes das competições, inviabilizando uma válida determinação

da MIG ao assumir um valor constante de hidratação de 73.2%.

Por outro lado, modelos densitométricos, como a pesagem hidrostática e a pletismografia por deslocamento de ar, amplamente utilizados, estão igualmente baseados em modelos a 2C. No seu desenvolvimento matemático, estes modelos estão assentes no pressuposto da relativa estabilidade do valor da densidade da MIG (1.1g/cm^3) para determinar a MG. No entanto, tem sido observado, que alterações que decorrem do crescimento ou do processo de treino, afetam a composição da MIG e portanto o respetivo valor da sua densidade, que pode ser inferior ou superior ao valor de 1.1g/cm^3 . Desta forma, para evitar a utilização de pressupostos na avaliação da MG, torna-se crucial a avaliação de mais do que 2C. A avaliação da água em adição à estimação da densidade corporal obtida pelas técnicas densitométricas referidas permite a avaliação do peso em 3 compartimentos (3C): MG, água e massa residual (proteína e mineral). Ainda assim, o modelo clássico de Siri a 3C pode ser estendido para um modelo a 4 compartimentos (4C) pela adição do mineral ósseo da MIG. Este modelo a 4C é considerado o estado da arte na determinação da CC, nomeadamente da MG, já que controla para a variabilidade dos principais componentes moleculares da MIG (água, mineral e proteína).

Apesar da reconhecida necessidade de avaliar a CC em populações atléticas, a maioria das equações preditivas (a partir de pregas adiposas, por exemplo) foram desenvolvidas usando modelos a 2C. Em consequência, a ausência do reconhecimento das alterações do fraccionamento molecular da MIG, designadamente da água, proteína e mineral durante o crescimento ou pelo efeito do treino limita a validade dos modelos de estimação da MG assente em modelos a 2C.

A variabilidade biológica interindividual na composição da MIG parece ser a grande responsável pela falta de validade e concordância na estimação da MG, particularmente quando os métodos utilizados implicam a aceitação de pressupostos que não contemplam a variação da composição molecular da MIG, i.e., quando se baseiam em modelos bicompartimentais. Este problema metodológico tem especial implicação durante o crescimento, envelhecimento, processo de treino e alguns quadros clínicos, nos quais é reconhecida uma alteração do fraccionamento da MIG. Deste modo, o modelo a 4C deve ser usado como referência para o desenvolvimento de métodos alternativos de fácil disponibilização utilizando a morfologia de superfície (por exemplo, medição de pregas adiposas), ou fazendo recurso à bioimpedância eléctrica. A utilização de modelos a 4C para validar algumas destas técnicas tem sido um aspecto crítico no desenvolvimento destes métodos alternativos e na posterior generalização da sua aplicabilidade na população atlética.

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL EM ATLETAS

Metodologia de Lohman ou Isak

Filomena Vieira

FMHUL

A proliferação de protocolos antropométricos, desde o século XIX até à atualidade, é reflexo do crescimento das áreas científicas onde a Antropometria é utilizada e representa, em última análise, as tentativas feitas pela comunidade científica para definir standards universais de medida. Partindo de uma breve descrição da evolução histórica da Antropometria, e da justificação da importância do estabelecimento de standards de medida, analisam-se as consequências da utilização de diferentes protocolos na interpretação dos resultados antropométricos. Finalmente, com base na comparação dos protocolos de Lohman e ISAK será feita uma reflexão sobre as opções a tomar no momento de selecionar um protocolo de medida e sobre os fatores que devem ser levados em consideração independentemente do protocolo escolhido.

DOPING

Alimentos e Dopagem que relação?

Inês Miranda Fernandes

36LAB, MaloClinicSports

A maioria dos Atletas nunca consideraria a hipótese de usar substâncias proibidas para ganhar. No entanto, os atletas continuam a correr o risco de no controlo anti dopagem terem um resultado positivo, caso estes não mantenham um comportamento ativo para evitar substâncias proibidas.

O doping inadvertido ocorre quando um atleta ingere de forma não intencional substâncias proibidas. Esta situação pode ocorrer por diferentes motivos nomeadamente o uso de medicamentos; suplementos; inalação passiva de fumo proveniente do consumo de drogas, bem como da ingestão de substâncias proibidas existentes nos alimentos, ou a existência de um precursor de alguma substância cuja concentração esteja limitada.

Diversos estudos comprovam a associação de controlos anti doping positivos com a ingestão de alimentos

contaminados. Alguns exemplos de alimentos que podem resultar num teste positivo de doping incluem: bolos e pão que contenha sementes de papoila; carne de aves, porco e vísceras contaminadas com esteróides ou clenbuterol, usados como aditivos para alimentar gado.

A ignorância não é uma desculpa, os atletas são responsáveis por controlar a sua medicação e suplementação, bem como ter consciência de tudo aquilo que ingerem, nomeadamente alimentos. Os atletas que ingerem substâncias proibidas, continuam a ser alvo de sanções. Comprovar uma situação de doping inadvertido para redução ou inibição de sanção é um processo moroso que não invalida a anulação dos resultados da competição, caso o controlo tenha sido feito em momento de competição. Além disso um teste positivo passará a fazer parte do processo do atleta, e a repetição de violações das regras anti doping conduzirão a um aumento da sanção.

Os atletas devem estar cientes de que o doping pode destruir a sua carreira mas também a sua saúde , questão esta muito mais grave.

Mas o que fazer para evitar doping inadvertido? A solução está no aumento de informação, sensibilização e esclarecimento dos atletas, por forma a que estes tenham mais cuidados relativamente à contaminação dos alimentos.

Sendo a Nutrição parte fundamental no rendimento desportivo do atleta, este deverá planeá-la, da mesma forma que planeia os períodos de treino, não só no que refere ao valor nutricional, timings de ingestão de nutrientes, bem como aprofundar a questão da origem dos alimentos e possível contaminação dos mesmos com substâncias proibidas.

O risco de doping reside em dois aspectos: no nível de educação dos atletas, no que refere a possíveis fontes de substâncias proibidas, assim como na responsabilização da indústria de suplementos e produção alimentar, para garantir um conteúdo e rotulagem corretas dos produtos.

DOPING

Geno doping

Constança Coelho

Laboratório de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Saúde Ambiental

Não sendo ainda uma realidade, a possibilidade de geno doping existe neste momento. Alguns acreditam que o geno doping está já em prática em países como a China, mas não há confirmação cabal deste facto.

A tecnologia actual já o permite, desenvolvida e impulsionada pela terapia génica e celular de patologias graves. Não sendo fácil, e tendo ainda consideráveis riscos associados, é exequível, e presentemente aplicada no tratamento de várias doenças.

Mas o que é o geno doping? O geno doping ("gene doping") está definido como "a utilização não terapêutica de células, genes, elementos genéticos, ou modulação da expressão génica, com a capacidade de melhorar o desempenho atlético". E aqui deparamo-nos com outra questão: como pode a manipulação genética ou celular melhorar o desempenho atlético? À semelhança das injeções com eritropoietina recombinante, que se estima serem utilizadas por 3% a 7% dos atletas de desportos de resistência, um geno doping com o gene da EPO produziria continuamente maiores quantidades de EPO, aumentando a produção de eritrócitos e, consequentemente, a capacidade de ligação ao oxigénio, aumentando a resistência. Claro que este efeito não ocorre sem risco: enquanto que as injeções de EPO aumentam transitoriamente os níveis de EPO, que regressará aos valores normais após "cumprir" a sua farmacocinética, o geno doping com o gene da EPO poderia aumentar continuamente a sua produção, com a possibilidade de aumento de hematócrito, um factor de risco para acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio e trombose. Mas esta produção contínua pode ser controlada, e na realidade já é. Se o gene da EPO introduzido possuir as regiões de controlo de expressão normal da EPO, responsivas ao HIF-1 e HIF-2, então só será expresso se os níveis de oxigénio forem baixos, sendo suprimida a sua expressão em normóxia. É este o princípio do Repoxygen, utilizado nos Jogos Olímpicos de Inverno de Turim, em 2006, pela equipa da Alemanha, para manter a expressão de EPO constante em corredoras, aumentando assim a sua resistência. Outro risco do geno doping é o facto de os vectores utilizados para esta introdução de genes serem virais, com o potencial para serem citotóxicos, imunogénicos e cancerígenos, podendo mesmo provocar a morte. Sendo o caso da EPO o mais conhecido, qualquer gene cujas proteínas

estejam envolvidas em processos de aumento de resistência, força, redistribuição de massa gorda, aumento de massa muscular, ou até em analgesia, são potencialmente interessantes candidatos a geno doping.

O geno doping está proibido pelas autoridades que regulam o doping no desporto. Mas será esta proibição eficaz? Para o ser, tem que haver métodos de detecção de geno doping, e estes estão actualmente em fase de desenvolvimento, com algum sucesso.

Finalmente, as implicações éticas do geno doping não são as mesmas do doping com fármacos. Poder-se-á argumentar que um dado atleta tem uma vantagem inata sobre os outros porque possui uma mutação natural num gene que o favorece no desporto. Não será então mais justo introduzir essa mesma mutação em todos os atletas, por forma a terem todos a mesma vantagem? Assim, seriam os atletas com melhor desempenho que se destacariam, pois todos competiriam em igualdade de circunstâncias. Por outro lado, o atleta que tem essa mutação inata não é responsável por a ter. Foi naturalmente favorecido pela evolução. Deverá ser penalizado por isso ou aproveitá-lo a seu favor, treinando, dedicando-se, tentando chegar mais longe? E se todos os atletas fossem sujeitos a geno doping de vários genes? Estar-se-iam a criar "super atletas", não por mérito próprio, mas por manipulação genética. Não são o esforço e a dedicação os pilares do desportivismo?

NUTRIR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nutrição materna: desafios

Adelaide Bento

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - USF
Cynthia, ACES Sintra

A gravidez é marcada por profundas mudanças que interferem na vida da mulher. As mais reconhecidas são as modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. Sob o ponto de vista biológico, é inegável que são fases de maior vulnerabilidade e de grandes demandas que requerem prioridade nos cuidados de saúde.

A cultura e as escolhas alimentares não devem ser entendidas somente segundo a racionalidade técnico-científica, mas também como formas explicativas e singulares de cada indivíduo e de cada grupo. Nesse sentido, é essencial que a capacidade, o potencial e o desejo de mudança sejam incorporados e considerados durante a assistência pré-natal, para que os cuidados de saúde possam oferecer flexibilidade a fim de possibilitar o equilíbrio entre a “nutrição” e a “comida”, ou seja, a satisfação de necessidades nutricionais, emocionais e sociais e, principalmente, a compreensão da grávida/família/comunidade como sujeitos constituídos por um corpo não somente biológico, mas também simbólico.

A falta de conhecimento sobre alimentação saudável pela grávida reflete-se nas suas escolhas alimentares, que são influenciados por fatores como apetite aumentado, o “desejo”, paladar acentuado, disponibilidade de alimentos e influências culturais e familiares (BARROS, 2004), que muitas vezes tendem a agravar o estado nutricional devido ao inadequado fornecimento de nutrientes (CHAMILCO, 2004). Esses fatores comportamentais podem consequentemente levar a carências nutricionais.

É também importante reconhecer que a indisponibilidade de alimentos pode provocar carências, contudo a abundância não garante um estado nutricional adequado, em função do componente comportamental que determina a seleção, a preparação e a ingestão alimentar. A melhor garantia para o desenvolvimento da gravidez é uma alimentação variada e rica em alimentos, onde o feto pode encontrar importantes fontes de macro e micronutrientes considerados indispensáveis para o bom desenvolvimento intrauterino.

Se o estado nutricional da grávida se encontrar inadequado, é necessário desenvolver estratégias de orientação nutricional para se atingir um melhor

desenvolvimento fetal e otimização da saúde materna, assim como para prevenção de doenças decorrentes de alimentação, apesar de ainda ser controverso qual o período da gestação que tem maior influência no desenvolvimento fetal adequado. No entanto, é importante uma adequada assistência pré-natal, no sentido de corrigir os possíveis desvios da normalidade.

O ambiente intrauterino adverso conduz a programação fetal alterando permanentemente a função de órgãos ou tecidos, com ou sem alteração do crescimento. A programação fetal, independentemente dos seus mecanismos etiológicos, leva a um desajuste no ambiente pós-natal, e pode constituir um fator de risco para doença futura, nomeadamente doenças cardiovasculares. O risco individual de doença será determinado pela interação de vários fatores, que incluem genes de suscetibilidade à doença, ambiente intrauterino adverso, estilo de vida de risco no adulto (dieta, sedentarismo, tabaco, etc.) e envelhecimento (SECO; MATIAS, 2009).

O cerne dos cuidados de enfermagem é a prestação de cuidados individualizados, que promovam conforto e a satisfação das necessidades dentro de uma abordagem holística e, também, promover a educação para a saúde e o autocuidado. Pode mesmo significar simplesmente estar disponível para com os utentes/família, respondendo às necessidades emocionais e físicas.

As consultas de enfermagem na vigilância da saúde materna nos CSP privilegiam a educação para a saúde, sendo realizada de forma muito cuidada e, sempre, de acordo com as necessidades de cada mulher/família, tal como refere Carvalho (2006) ao defender que a promoção do desenvolvimento de competências pessoais e sociais é necessário para a escolha de comportamentos saudáveis por parte dos utentes.

NUTRIR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nutrição infantil: evolução histórica

Cláudia Rainha

Enfermeira no ACES Sintra, USF Cynthia - Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

É importante situar o aleitamento materno e a alimentação complementar infantil como um fenómeno sócio histórico, com repercussões na prática cultural e, não somente no plano biológico. Julgo ser oportuno retratar os diversos períodos da história da humanidade, de modo a evidenciar os diferentes sentidos atribuídos.

Desde os tempos de Moisés, passando pelo início da era cristã, pela idade média, idade moderna e chegar aos nossos dias, podemos compreender a nossa História principalmente nos últimos 30-40 anos, e desta forma melhor analisamos as conquistas em saúde e implicações na saúde das crianças.

Os primeiros alimentos fornecidos ao recém-nascido, como e quando se iniciava a diversificação alimentar.

A importância e o impacto do aleitamento materno na saúde das crianças, estima-se que na idade média 1/3 das crianças morria antes dos 12 meses (OLIVEIRA, 2007).

O tipo de alimentação e diferenças entre as classes sociais.

A Idade Moderna é marcada por mudanças nos conceitos sobre alimentação infantil, foram implementadas medidas, em 1556, para reduzir a mortalidade infantil, sendo a causa atribuída à alimentação deficiente (FRADA, 1989). As grandes mudanças surgiram em 1668 com a publicação de Mauriceau "The accomplisht midwife". Nessa obra, definiram-se novas ideias sobre os cuidados com os recém-nascidos, baseados no empirismo, passaram a influenciar o conhecimento e deixando de lado as teorias de Avicena, Sorano e Galeno, que até então dominavam as recomendações médicas. As mudanças ocorreram principalmente em relação à alimentação de lactentes, cujas mães não tinham leite para amamentá-los. Papas e outros substitutos passaram a ser melhor aceites do que o uso de amas, no entanto foi evidente a deficiência de vitamina C devida ao baixo consumo de frutas e vegetais. (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010).

A partir do século XVII, houve um agravamento no teor nutricional, com importante impacto na saúde das crianças, o leite animal e o caldo de carne foram gradativamente substituídos pela água. Outros ingredientes, como ovos, gemas, manteiga e gordura, importantes fontes de vitaminas A e D, proteínas, cálcio e ferro, também deixaram de fazer parte das receitas.

As crianças passaram a apresentar raquitismo, cálculos renais e escorbuto. Por outro lado, a contaminação de utensílios e alimentos, muitas vezes preparados com antecipação e requeimados inúmeras vezes, também fez aumentar a incidência de tuberculose, brucelose e infeções gastrointestinais (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010).

No século XVIII, segundo VINAGRE [et al.] (2001), estima-se que a mortalidade infantil em Londres foi de 56%.

Este índice não atingiu valores maiores devido ao trabalho de Cadogan (médico, 1748), que instituiu alguns cuidados na alimentação das crianças tais como, não introduzir quaisquer alimentos nos primeiros três meses, e leite materno nos primeiros 10-12 meses, outros alimentos somente quando as crianças fossem munidas de dentes. Com esta teoria de amamentar e introduzir mais tardiamente os alimentos ele conseguiu salvar muitas vidas, no entanto foi responsável pela introdução de horários rígidos para mamar, esta regra ainda se verifica nos nossos dias embora esteja completamente obsoleta. (ICHISATO E SHIMO, 2002).

Em 1859 o leite de vaca foi pasteurizado pela primeira vez e em 1886 o leite foi esterilizado. Por volta de 1900 foi criada a lata metálica (VINAGRE [et al.] 2001).

No início do século XX e por muitos anos, a ênfase na alimentação infantil refletia uma abordagem quantitativa, considerada mais precisa e portanto mais "científica". O critério básico para avaliar a adequação nutricional era o crescimento. Desta forma, a valorização da alimentação mais precoce e da quantidade maior de alimentos tornaram-se sinónimos de melhor nutrição. A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno no século XX, com repercussões desastrosas para a saúde das crianças (WHO/UNICEF, 2003).

Em Portugal na década de 60, a mortalidade infantil era de 77,5 ‰ (REMOALDO, 2005) constituindo o score mais elevado do grupo de quinze países que faziam parte, até há pouco tempo atrás, a União Europeia.

As recomendações da OMS (WHO/UNICEF, 2003) preconizam que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 4-6 meses e como complemento até aos 2 anos de vida.

Em 2011, a mortalidade infantil na Europa foi de 5,61 mortes/1.000 nascimentos e em Portugal 4,66 mortes/1.000 nascimentos (www.indexmundi.com). Na atualidade reconhecemos que o regime alimentar das crianças deve ser adequado à idade e às suas necessidades nutricionais, sem carências mas também sem excessos.

NUTRIR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O enfermeiro e a nutrição do dependente em domicílio

Cristina Pinto

USF Cynthia

Com o aumento da esperança de vida devido aos progressos, nomeadamente na área da medicina, assiste-se a um aumento do número de pessoas com doença crónica e incurável.

Face à diminuição dos tempos médios de internamento em meio hospitalar, ao acentuado decréscimo da capacidade financeira das famílias para pagarem lares privados, á enorme lista de espera para lares comparticipados pela segurança Social e a toda uma conjuntura que incentiva os cuidados no domicílio, emergem novas necessidades de competências nas famílias cuidadoras.

Muitas são as famílias que se deparam com um familiar em situação de dependência a vários níveis, nomeadamente com alterações na alimentação, tanto a nível de necessidades nutricionais como na forma de alimentar, o que implica uma reaprendizagem nas varias áreas do cuidar, incluindo no ato de alimentar.

Sendo a alimentação revestida de um enorme peso cultural, social, biológico e social, qualquer alteração desta provoca uma série de incertezas, inseguranças e medos nos cuidadores.

“Será que estou a dar resposta às suas necessidades?”; “Será que estou a dar comida suficiente?”; “Será que estou a dar comida a mais?”; “Será que estes alimentos lhe fazem mal?”; “Ele não quer comer, o que faço?”.

Tudo isto são perguntas constantes nestas famílias, passando a refeição a ser uma fonte de stress em vez de um ato de amor e partilha.

Neste momento da vida das famílias o enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários desempenha um papel fundamental. A presença deste elemento da equipa de Saúde, que por norma é quem está mais próximo das famílias, por vezes de uma forma diária, é fundamental nos ensinamentos, apoio, empatia, criando novas soluções em conjunto com cada família de forma individualizada, contribuindo de uma forma positiva para a adaptação das mesmas á nova realidade, diminuindo o sofrimento e a culpabilização.

NUTRIR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A nutrição da mulher na menopausa: Papel do enfermeiro de cuidados de saúde primários

Helena Presado

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

A menopausa constitui uma etapa natural da vida da mulher e é acompanhada por uma série de alterações em todo o organismo feminino, resultantes do decréscimo das hormonas sexuais produzidas pelos ovários (estrogénio, progesterona e testosterona) que podem ou não influenciar o seu quotidiano familiar e/ou laboral. No entanto, as mulheres estão pouco informadas e a vigilância de saúde nem sempre é adequada.

A menopausa orgânica pode ocorrer entre os 35-60 anos e 25% das mulheres têm menopausa antes dos 45 anos, 50% entre os 45-50 anos e 25% depois dos 50 anos.

Decorrente das alterações hormonais, verificamos alterações dos ciclos menstruais e, concomitantemente, alguma eventual sintomatologia que poderá ser influenciada por fatores exógenos como o tabagismo, menarca tardia, multiparidade e pelo uso de contraceptivos orais. A intensidade da sintomatologia varia de mulher para mulher em função da idade e do tempo de distância da menopausa (peri-menopausa). Parece existir algum consenso no que concerne à sintomatologia relacionada com a menopausa, nomeadamente, **sintomas vasomotores** (calores súbitos/afrontamentos, sudorese e cefaleias), **sintomas cardiovasculares** (aumento da pressão arterial e do colesterol, pré-cordialgias e alterações electrocardiográficas), **sintomas psíquicos** (irritabilidade, insónias e humor depressivo), **sintomas urogenitais** (incontinência urinária, secura vaginal, dispareunia), podendo ainda existir alterações das mamas e modificações esqueléticas, aumento de peso, alterações da pele e do cabelo (recuo da linha do cabelo), artralgias e dores ósseas.

Considera-se que as alterações de humor poderão também ser resultado das alterações hormonais. As manifestações psicológicas mais frequentes são o nervosismo, ansiedade, sintomas depressivos ou tristeza, impaciência, irritabilidade, angústia e sensação de solidão, fadiga e dificuldade de concentração e de memória e diminuição da libido/desejo sexual.

No decorrer da peri-menopausa e na pós-menopausa a mulher pode vivenciar ainda alterações ao nível da

PALESTRAS

auto-imagem, da auto-estima, do papel e das relações sociais. As manifestações clínicas mais visíveis na pós-menopausa incidem na atrofia da mucosa vaginal, atrofia da pele, flacidez mamária e menor densidade óssea (com a falta de síntese do colagénio ósseo há uma menor formação óssea e maior reabsorção – pode contribuir para a osteopénia, osteoporose e fratura).

As consultas de vigilância de saúde nesta etapa de vida constituem uma oportunidade para uma avaliação mais abrangente e eventual despiste de doenças crónicas. Os rastreios do cancro (mama, vulva, vagina, colo do útero, endométrio, ovários, cólon e pulmões) são de uma importância fundamental, uma vez que, a incidência é mais elevada nesta etapa da vida. A prevenção dos sintomas associados à menopausa deve começar muito antes, sob pena de ser ineficaz a sua intervenção apenas nesta etapa da vida.

A incidência de enfarte do miocárdio nas mulheres, aumenta a partir dos 50 anos, contribuindo para que as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte nas mulheres pós-menopáusicas. Salienta-se ainda o aumento progressivo na incidência de diabetes mellitus (DM tipo 2) e do hipotireoidismo em mulheres acima dos 50 anos.

Na base da vigilância de saúde, rastreios e controlo ginecológico, devemos estimular hábitos de vida saudáveis como uma alimentação equilibrada, pobre em hidratos de carbono e rica em cálcio e vitamina D, moderado consumo de álcool, sem hábitos tabágicos, evitar sedentarismo através da prática de exercício físico diário com caminhadas em lugares solarengos e procurar ter uma vida sexual, familiar e social ativa.

A maior preocupação das mulheres é o alívio dos sintomas apenas quando estes já estão instalados. Atualmente as mulheres recorrem à THS, que se foca essencialmente no tratamento da sintomatologia e na prevenção da osteoporose e ao consumo de produtos considerados “naturais”.

A aceitação do uso de fitoterápicos traz maior tranquilidade às mulheres, no entanto, as plantas porque são naturais não são inócuas, devem ser utilizados produtos com alta eficácia, qualidade e segurança.

Os fitofármacos têm ação sobre a sintomatologia específica, destacando-se a ação sobre os recetores de estrogénios, a ação antioxidante e a ação inibidora de determinadas enzimas. Os principais fitoestrógenos utilizados nesta etapa de vida são as isoflavonas e as lignanas encontradas sobretudo em sementes oleaginosas e, a evidência científica disponível diz-nos que, as isoflavonas melhoram moderadamente os sintomas vasomotores.

Os estudos que atribuem uma melhor vivência da menopausa a fatores relacionados com hábitos de vida, dieta e aspetos culturais, evidenciam a dieta dos países asiáticos (pobre em gordura e com elevado

teor proteico e de fitoestrogénios – exemplo da soja e de alguns chás de ervas) como um papel importante na diminuição da sintomatologia da menopausa e na longevidade.

O tabagismo, comida picante, álcool, atividades que requerem esforço físico, espaços fechados e muito aquecidos exacerbam a sintomatologia.

A ingestão regular de uma dieta com altos níveis de vitamina A, B e D tem um bom efeito na prevenção da osteoporose e do cancro. A dieta deve ser variada, rica em frutas e vegetais, pobre em hidratos de carbono uma vez que o metabolismo se encontra alterado.

Salientamos ainda que o mais importante é uma orientação adequada e esclarecida sobre as alterações do organismo e estimular hábitos de vida saudáveis, onde a educação em saúde é um dos instrumentos privilegiados dos enfermeiros no CSP.

Promover a educação para a saúde de forma continuada, positiva e contribuir para o empoderamento das mulheres é uma função primordial e prioritária.

Uma dieta saudável pode facilitar a transição para a menopausa no sentido de reduzir ou retardar os sintomas. O exercício deve ser um complemento para uma dieta saudável e melhoria da qualidade de vida.

Consideramos que compete aos profissionais de saúde a adequação e as orientações inerentes a cada pessoa tendo em conta as necessidades e expectativas individuais bem como a respetiva situação clínica.

A NUTRIÇÃO NO DOENTE COM FERIDAS

A influência da nutrição na cicatrização de feridas – que evidência

Paulo Ramos

Enfermeiro no AceS Grande Porto II – Gondomar, USF S. Bento

Introdução: É reconhecida a importância da nutrição na prevenção e tratamento de feridas, no entanto os profissionais de saúde ainda se encontram pouco sensíveis às necessidades nutricionais específicas da pessoa com ferida. Estima-se que cerca de 60% dos idosos internados em hospitais estão mal nutridos, ou em risco de desnutrição e em cuidados domiciliários calcula-se 20%-60%.

O risco nutricional está documentado com sendo um fator independente de predição de complicações pós cirúrgicas, tais como infeções e atrasos na cicatrização.

Objetivo: Dar a conhecer a mais recente evidência da influência da nutrição na cicatrização de feridas.

Metodologia: Para a realização deste trabalho foram revistas guidelines de suporte nutricional e de prevenção e tratamento de feridas, bem como publicações em periódicos científicos.

Desenvolvimento: Ferreras *et al*, (2005), descreveu uma diminuição de complicações da cicatrização de feridas cirúrgicas pós gastrectomia por cancro gástrico, quando a dieta enteral é iniciada precocemente com suplementação de arginina, omega 3 e ácidos gordos.

Collier, *et al*, (2007) concluiu que alimentação entérica iniciada precocemente em doentes com abdómen aberto estava associado a encerramento primário mais precoce, menos fístulas e menos custos hospitalares.

Serrano e colaboradores (2010), concluíram num estudo retrospectivo, que a obesidade é um fator de risco independente para infeção nosocomial pós trauma, sendo as mais prevalentes a infeção respiratória e de feridas.

Rousseau, *et al* (2013) concluiu que no grande queimado é fortemente recomendado a dieta enteral precoce hiperproteica, controlando o fornecimento de glicose, sendo o objetivo manter a glicemia estável com valores menores ou iguais a 140mg/dl.

No caso de utentes portadores de úlceras de pressão, as guidelines de prevenção e tratamento da EPUAP/ NPUAP/ PPPIA (2014), incluem várias recomendações que contemplam a avaliação e rastreio nutricional, intervenção nutricional, especificando as necessidades de suplementação, hidratação bem como a importância dos oligoelementos. Não foi encontrada evidência de qualidade que suporte a intervenção nutricional ou suplementação em utentes com úlceras de perna venosas (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010) Relativamente à prevenção e tratamento do pé diabético, o International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2011, não faz nenhuma recomendação específica, afirma que deverá ser mantida a glicemia abaixo de 140mg/dl e tratar a má nutrição.

Conclusão: A evidência atual suporta a necessidade de uma intervenção nutricional como forma de prevenção de complicações associadas à ferida, demonstrando o seu custo-eficácia, contudo ainda é necessária mais investigação nesta área específica.

A NUTRIÇÃO NO DOENTE COM FERIDAS

Prevenção e tratamento de úlceras de pressão - novas guidelines

Paulo Alves

Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde – Porto

A incidência das úlceras de pressão (UP) é ainda um problema atual da nossa sociedade e um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. Os profissionais de saúde preocupam-se cada vez mais com a segurança dos seus utentes no ambiente hospitalar. No entanto, as úlceras de pressão continuam a ser um dos tipos de lesões mais comuns adquiridas durante o internamento hospitalar.

A Prevalência varia na Europa entre os 3 e os 28%, sendo os locais com as incidências mais elevada os serviços de cuidados intensivos e de medicina.

A prática em saúde com base em evidência assenta na prática clínica baseada a melhor evidência científica disponível, de acordo com Attalah (2004), o ensino e a investigação para avaliação da efetividade, eficiência e segurança das intervenções na área de saúde são estrategicamente importantes para a população em todos os países.

A fisiopatologia de úlceras de pressão descreve quatro mecanismos sobre o tecido mole em resposta a carga mecânica: isquemia localizada, o fluxo prejudicado do fluido intersticial e drenagem linfática, lesão de reperfusão e deformação celular persistente (Gefen, Gefen, & Linder-Ganz, 2005; Linder-Ganz & Gefen, 2007; Linder-Ganz & Gefen, 2004).

Estão descritos mais de 100 factores de risco associados com o desenvolvimento de UP, tais como a imobilidade, idade aumentada, sensibilidade diminuída, o estado nutricional associados à degradação e integridade cutânea e quanto perfusão dos tecidos a oxigenação tecidual temos a doença vascular periférica, doenças cardíacas, doença arteriosclerótica e hipotensão entre outras (Sackett, 1989; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010)

O primeiro passo para a prevenção de úlceras de pressão é identificar os utentes em risco a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão (Nogueira, Caliri, & Santos, 2002). De forma a prevenir o desenvolvimento das UP é necessário realizar uma avaliação contínua dos indivíduos (EPUAP & NPUAP, 2009).

Num estudo realizado por Lahmann e colegas (2010) observou-se que a prevalência de úlceras de pressão nas unidades de prestação de cuidados de saúde

PALESTRAS

prolongados na Alemanha diminuiu entre 2002 e 2008 devido, provavelmente, à implementação de estratégias de prevenção mais eficazes, onde se inseria os cuidados nutricionais.

Sendo as UP evitáveis, medidas preventivas devem ser instituídas desde a admissão na instituição de saúde ou no domicílio (Pini & Alves), especialmente aos doentes com deficit nutricional e de mobilidade, uma vez que estas medidas podem evitar sofrimento e custos dispendiosos inerentes ao doente, a família e as instituições (Jaul, 2008). É importante realizar o rastreio nutricional a todos os doentes no momento da hospitalização e em intervalos regulares, bem como nos cuidados de saúde primários e domiciliários.

As novas guidelines Internacionais de UP (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014), no que diz respeito à nutrição, sofrem uma grande alteração, pois acrescentam recomendações para a população pediátrica, que são apresentadas na secção Populações Especiais: Doentes Pediátricos.. As restantes recomendações sobre nutrição na prevenção e tratamento das úlceras por pressão que se destinam predominantemente a indivíduos adultos e resultam de estudos realizados com populações adultas.

Serão apresentadas as 30 novas recomendações, que se enquadram em 1 recomendação com força de evidência A; 8 recomendações com força de evidência B e 21 recomendações com força de evidência C, que se subdividem em 7 domínios : Rastreio do Estado Nutricional; Avaliação do Estado Nutricional; Planeamento dos Cuidados; Ingestão Energética; Ingestão Proteica; Hidratação; Vitaminas e Sais Minerais (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Cada uma das recomendações tem uma determinada “força da evidência”, atribuída pelo corpo de evidências que suporta cada recomendação, que tem associado uma designação de “força da recomendação”. Esta indica a confiança que o profissional de saúde pode depositar na prática recomendada para saber se esta melhorará os resultados do doente (ou seja, se traz mais benefícios do que prejuízos). O objetivo global da “força da recomendação” consiste em ajudar os profissionais de saúde a priorizar as intervenções.

Será objeto ainda de apresentação, técnicas e estratégias para a implementação destas recomendações internacionais

Apesar dos avanços científicos, as UP constituem um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. As estratégias/intervenções direcionadas para as UP apresentam diferenças consideráveis entre instituições e até mesmo entre serviços da mesma instituição. Formação adequada, definição de indicadores e avaliação periódica dos projetos relativos às das UP contribuirão para melhoria dos cuidados prestados

A NUTRIÇÃO NO DOENTE COM FERIDAS

Feridas complexas e a TPN

Anabela Moura

Enfermeira no CH S.João, EPE, U. Cuidados Intensivos Urgência |
Elemento Coordenador da Comissão de Feridas do CH de S.João

Introdução: A evolução do conhecimento científico sobre o processo de cicatrização e dos mecanismos de restauração tecidual e seus intervenientes leva, conseqüentemente, ao desenvolvimento de novas tecnologias capazes de acelerar esse processo.

Objetivo: Dar a conhecer a terapia por pressão negativa como uma opção terapêutica eficaz no tratamento de feridas complexas.

Metodologia: Para realizar este trabalho foram revistas guidelines e publicações sobre a preparação do leito da ferida e o papel da Terapia por Pressão Negativa no processo de cicatrização de feridas complexas. A evidência empírica da minha experiência profissional na área do doente com ferida e da aplicação da Terapia por Pressão Negativa permite uma construção do conhecimento nesta área.

Desenvolvimento: Daniele Bollero, et al, (2010) refere que a Terapia por Pressão Negativa (TPN) é uma técnica não invasiva, geradora dum gradiente de pressão capaz de acelerar a cicatrização, não entanto, é fundamental o conhecimento prévio de outros fatores essenciais, tais como: a preparação do leito da ferida e a identificação e o tratamento dos fatores intrínsecos para potencializar os seus benefícios.

David J Leaper, et al, (2012) A preparação do leito da ferida, baseada no acrónimo TIME, tem como princípio a observação clínica da ferida e identificação de fatores que atrasam a cicatrização tais como: tecido não viável, infeção /inflamação, exsudado e a proliferação epitelial a partir dos bordos. Ao explorar estes fatores, é possível reconhecer quando a TPN é uma opção terapêutica adequada para promover a cicatrização.

Christine Moffatt, et al, (2011) A Terapia por Pressão Negativa promove a estimulação, do fluxo sanguíneo, do tecido de granulação e da angiogénese e a ajuda à contracção e à aproximação dos bordos da ferida; ao compreender estes mecanismos os profissionais de saúde podem avaliar se está indicado o seu uso.

Conclusão: A evidência atual demonstra que a Terapia por Pressão Negativa é uma opção terapêutica eficaz no processo de cicatrização de feridas complexas. A formação dos profissionais de saúde na aplicação desta terapia deve ser uma prioridade das instituições de saúde para rentabilizar a eficácia e eficiência desta opção terapêutica.

**SIMPÓSIO SATÉLITE NESTLÉ: DESAFIOS NUTRICIONAIS
DA POPULAÇÃO GERIÁTRICA**

**Suporte nutricional e feridas/úlceras por
pressão - update**

Diana Mendes

CHLC-HSM

A relação entre o suporte nutricional (SN) e o tratamento de feridas e úlceras por pressão (UP) é abordada desde os tempos primordiais. Atingir as necessidades nutricionais e energéticas é indispensável para a prevenção e tratamento destas situações a par de todas as outras abordagens terapêuticas¹. Na população geriátrica a par do já importante suporte nutricional, assim como da elevada prevalência de desnutrição nesta população, em situações de ferida e UP a imperiosidade em atingir as necessidades nutricionais é máxima.

O SN em situações de feridas ou UP é considerado um factor preponderante ao longo de todo o processo de cicatrização. Não só por ser crucial para garantir que todas as necessidades dos diferentes nutrientes são atingidas nas diferentes fases do processo de cicatrização, como também, pode conduzir a uma diminuição do risco de infecção. Os nutrientes estão envolvidos na formação de tecidos, supressão da oxidação e sucesso da cicatrização.

No SN em feridas e UP, o enfoque do ponto de vista nutricional prende-se com o valor energético total, proteínas, e frequentemente em aminoácidos como a arginina, lípidos (com grande destaque para o papel dos PUFA n-3), glicídios, vitaminas ADEK, vitamina C, vitaminas do complexo B, zinco, cobre, magnésio, selénio, ferro e cálcio. Salienta-se também, a extrema importância de uma correcta hidratação para o processo de cicatrização, destacando-se neste ponto a importância do trabalho de equipa interprofissional na monitorização do status de hidratação individual, avaliando permanentemente sinais e sintomas de desidratação no idoso.

Um dos nutrientes com papel especialmente destacado quer em situações de ferida ou UP ou também como referência para a população idosa são as proteínas. O aporte proteico é especialmente importante no idoso pelas alterações metabólicas e pela perda de massa magra (sarcopenia) que pode ocorrer nesta população e pelos níveis de actividade física reduzida. Estas alterações, a par da diminuição da função imunológica podem conduzir a um atraso na capacidade de cicatrização assim como incapacidade para combater adequadamente a infecção. Para além da influência de factores externos, um défice na ingestão energética e proteica pode contribuir para

a perda de função e massa magra. Comorbilidades agudas e crónicas condicionam o surgimento de sarcopenia em idosos, onde tendencialmente se verifica, como anteriormente referido, uma diminuição da actividade física ou até mesmo permanência constante no leito, e consequentemente aumento de citocinas pró-inflamatórias que poderá ser um trigger factor para a proteólise³. Cruzando todas as indicações de suporte nutricional proteico pode-se referir que a referência é de 1.2 a 1.5g proteína/kg peso/dia e em situações de maior severidade da doença ou ferida/UP de maior grau, poderá haver a indicação de aporte proteico até 2g proteína/kg peso/dia. A suplementação específica em aminoácidos como a arginina ou a glutamina surgem como condicionalmente essenciais durante períodos de stress como as feridas ou UP. A utilização de suplementos nutricionais orais com aumento do aporte de arginina conduzem a um maior sucesso no processo de cicatrização, nomeadamente com redução do score PUSH (The Pressure Ulcer Scale for Healing). No que respeita à prevenção de UP, a evidência da utilização de suplementos orais específicos, com aumento do aporte em proteína, arginina, selénio e zinco ainda não é clara.

Existe ainda uma forte relação entre o estado nutricional e o sucesso do tratamento de feridas e UP. Realizar a identificação do risco nutricional e posteriormente a avaliação do estado nutricional, permite definir os targets de tratamento nutricional assim como a monitorização do estado nutricional tão importante em idosos e ainda mais premente em idosos com feridas ou UP.

Idosos com desnutrição, com uma ingestão proteica ou energético-proteica insuficiente ou com perda ponderal involuntária, irão apresentar um maior risco para o desenvolvimento de UP, assim como uma maior dificuldade em todo o processo de cicatrização.

A ALIMENTAÇÃO VAI À ESCOLA

**Escola e alimentação saudável: o papel
do professor**

Eduarda Gageiro

Agrupamento de Escolas e Jardins de Infância - Arruda dos Vinhos
- Assessora do Diretor

“Que a alimentação seja o teu único remédio!”

Hipócrates

O Agrupamento de Escolas e Jardins de Infância de Arruda dos Vinhos, composto por 4 centros escolares de pré-escolar e 1º ciclo, compreendendo um total de 982 alunos, tem vindo ao longo dos últimos anos a

PALESTRAS

promover diversas iniciativas e atividades em prol da implementação de uma alimentação saudável, sempre em parceria com o Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos.

Se os projetos são importantes e necessários, os docentes que os implementam têm uma importância ainda maior. Se o docente incentivar, promover, dinamizar e valorizar esta temática, os alunos saberão responder e aderir a ela de forma mais natural e entusiástica. É um assunto que se trata e desenvolve transdisciplinarmente, ao longo do ano letivo.

É possível trabalhar a temática da alimentação saudável na matemática, no português, na expressão física-motora, na expressão plástica, na expressão musical. Tem sido feito, de há uns anos a esta parte, com maior incidência na semana que engloba o Dia Mundial da Alimentação, comemorado a 16 de outubro. É dinamizado um conjunto de atividades variadas, quer quanto à diversidade, quer quanto à adequação a cada grupo etário, para envolver/ entusiasmar o maior número de crianças. De entre elas gostaríamos de salientar a elaboração de menus para serem feitos com os pais, em casa, a preparação de sopas, saladas e espetadas de fruta, na escola, a monitorização do consumo diário de alimentos, quer em casa quer nos lanches escolares, entre outras...

Todos os anos letivos se têm desenvolvido atividades diferentes. De há uns anos a esta parte, em parceria com o Centro de Saúde/Saúde Escolar, pôs-se em prática o projeto "O que está a dar é fruta lanchar". Instituiu-se a 4a feira como o dia da Fruta, em que se privilegia o consumo da mesma no lanche da manhã das crianças. Esta fruta é trazida de casa, enviada pelos pais/encarregados de educação. É notório o empenho das crianças e a mudança de hábitos de alimentação. Passamos do consumo de alimentos demasiado processados e carregados de açúcares, para uma alimentação mais natural.

Este ano letivo, também em parceria com o Centro de Saúde/Saúde Escolar, temos em prática o projeto "Ter saúde a comer, a mexer e a sorrir", onde além de se tratar da alimentação saudável, se trabalha também a prática de exercício/atividade física e a saúde e higiene oral.

Todas estas dinâmicas têm produzido efeitos globais de relevo nos hábitos alimentares dos alunos e, consequentemente, das famílias, vendo-se cada vez menos alimentos processados e refrigerantes nos lanches escolares.

Por acréscimo os pais/encarregados de educação também são envolvidos. No início do ano letivo são alertados para a promoção destes hábitos. Aquando das reuniões trimestrais, se os docentes verificam que os alunos estão a levar lanches pouco saudáveis, os pais/encarregados de educação são de novo alertados, por forma a tentarem melhorar esta prática. É também uma escola de pais. À posteriori, são eles próprios a darem os seus testemunhos nas reuniões,

sobre os comentários e "exigências" que os seus filhos fazem em casa, acerca das opções de lanches e mesmo de refeições em casa. Há um sentimento de partilha e envolvimento, muito bem recebido, de ambas as partes.

Os alunos, por seu lado, estão ávidos de conhecimentos. Se os envolvermos, se lhes mostrarmos os benefícios e contra indicações, para todos os alimentos, se os responsabilizarmos pela correta implementação de regras alimentares... eles são os primeiros a tomar essa iniciativa.

O docente é extremamente importante, nesta área como em todas as outras. Se ele for coerente nas suas apresentações, se a envolvimento e formação dos pais/encarregados de educação for suave e efetiva, é tudo muito eficaz. Os resultados são extremamente positivos. Alteram-se hábitos de alimentação, educam-se crianças e reeducam-se pais.

Reforçamos a importância da parceria desenvolvida com o Centro de Saúde/Saúde Escolar. Sem ela não seria possível uma grande parte do nosso trabalho. Também é graças a esta parceria que a nossa capacidade de englobar toda a comunidade educativa se torna mais efetiva.

Em jeito de conclusão, deixamos uma frase de *Fábio Ibrahim El Khoury* que reforça a importância desta temática: "A saúde não está na forma física, mas na forma de se alimentar."

AFINAL JÁ NÃO É DO PRADO AO PRATO

Como suplementar selénio no campo?

Catarina Galinha

Selenium (Se) is a trace element essential to the well-being and health quality of humankind. Plant-derived foodstuffs, namely cereals, are the major dietary sources of Se in most countries throughout the world, even if Se contents are strongly dependent upon the corresponding levels in cereal-growing soils. Therefore, wheat is one of the staple crops that appears as an obvious candidate for Se biofortification, considering its gross-tonnage production and nutritional relevance worldwide. The present work focuses on the ability of bread and durum wheat - *Triticum aestivum* L. and *Triticum durum* Desf., respectively - to accumulate Se after supplementation via seed-enrichment, soil-addition and foliar-addition procedures. Four of the

most representative wheat cultivars in Portugal - Jordão and Roxo (bread), Marialva and Celta (durum) - have been selected for supplementation trials, following the same agronomic practices and field schedules as the regular, non-supplemented crops of those varieties. Selenium additions were performed at the booting and grain-filling stages (foliar procedure only), using sodium selenate and sodium selenite solutions at three different Se concentrations equivalent to field supplementation rates of 4, 20 and 100 g of Se per ha. Selenium contents in wheat grains obtained under selenium application were compared to data from regular wheat samples (field blanks) grown at the same soil/season, yet devoid of any Se supplementation.

Usually viewed as short-term amendments, as opposed to long-term genetic improvements, agronomic strategies for nutrient supplementation (biofortification) of agricultural crops must rely on an effective uptake by the root systems, followed by an equally effective translocation to (and accumulation in) their edible parts.

The approach of Se-supplementation using Se-enriched seeds proved ineffective for all studied attributes: mature grains collected from wheat plants grown from Se-enriched seeds failed to present any significant increase of the element, even for the top supplementation rate that had been used in the field factorial design (equivalent to 100 g of Se per hectare). Results from foliar supplementation trials showed that this procedure can increase Se contents in mature grains up to 35 times, when compared to non-supplemented crops, and that selenate-based treatments seemed more effective in enhancing such contents. Still, Jordão and Marialva may respond differently to the stage of Se application. Generally speaking, Se contents of mature wheat grains, obtained from soil supplementation trials, showed a significant increase only when selenate was used at an equivalent field rate of 100 g Se ha⁻¹. Regardless of rate, selenite was mostly ineffective, and one cultivar (Jordão) stood far behind the others in terms of Se accumulation in its mature grains. Soil supplementation may pale by comparison with foliar procedures (efficiency-wise), and may actually need some tune-up as to its timing, yet may be logistically advisable or even inescapable when automated irrigation (sprinkler-type) is not available.

Overall, judging from our results, foliar addition is much more effective than soil addition. A trade-off between plain efficiency and field logistics should be considered, though: the latter might be easier even if supplements would be costlier (higher amounts). And in the absence of aerial irrigation systems to assist in the foliar application(s) – as in the case of rainfed agriculture – farmers may as well be forced to apply Se supplements via soil procedures.

AFINAL JÁ NÃO É DO PRADO AO PRATO

Aditivos e bioacessibilidade dos minerais - o pão como exemplo

Maria Marquito

DCTB, Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Nova de Lisboa, Monte da Caparica, Portugal

O pão apresenta-se como alimento base da dieta de muitos países, admitindo-se que cerca de 50% da energia ingerida advinha do seu consumo. O pão não fornece somente energia ao organismo é ainda uma fonte de outros nutrientes importantes, como proteína, fibra, vitaminas do complexo B e minerais. Contudo, a absorção intestinal do total de nutrientes presente nos alimentos ingeridos, em particular no pão, pode não ser completa e não chegar a ficar disponível para ser utilizada pelo organismo. Neste contexto surgem os conceitos de bioacessibilidade e biodisponibilidade que se referem à fração dos constituintes dos alimentos ingeridos que podem realmente ser utilizados. Nos últimos anos tem vindo a aumentar a utilização de aditivos em panificação. Estes aditivos possuem diversas funções tecnológicas e visam, entre outras funções, facilitar a padronização da qualidade dos produtos finais, prolongar o seu tempo de prateleira, melhorar a sua textura e aparência. Apesar da utilização de aditivos ser uma prática generalizada, não é conhecido o seu efeito sobre a bioacessibilidade/biodisponibilidade dos nutrientes, em particular dos minerais, do pão.

O presente estudo teve por objetivo estudar a influência dos aditivos de uso corrente na panificação, nomeadamente o E300, E471, E472e e E322, sobre a bioacessibilidade dos minerais zinco, magnésio, cálcio e potássio, do pão de trigo. Para tal, formularam-se 13 pães com a mesma receita base, variando a adição e conjugação dos aditivos referidos. Para quantificar o total de minerais dos pães, as amostras foram digeridas por via seca e analisadas por ICP-OES. Para quantificar apenas a fração bioacessível, as amostras foram sujeitas a uma simulação da digestão gastrointestinal (digestão *in vitro*), centrifugadas, tendo os sobrenadantes sido igualmente digeridos por via seca e analisados por ICP-OES. Os resultados mostraram que o total de minerais nos pães não se alterou de forma significativa com os aditivos utilizados, com exceção dos pães que possuíam na sua formulação E472e, que apresentaram um incremento de cálcio proveniente da constituição

PALESTRAS

do aditivo. Relativamente ao efeito dos aditivos sobre a bioacessibilidade dos minerais verificou-se que dos minerais em estudo a bioacessibilidade do cálcio foi a mais afetada pela presença dos aditivos e a do potássio a menos afetada. O E300 isoladamente exerceu um efeito positivo sobre a bioacessibilidade do zinco e não afetou significativamente a bioacessibilidade do magnésio e do potássio. O E472e foi o aditivo que afetou de forma mais negativa a biodisponibilidade do zinco possivelmente devido ao seu teor em cálcio. O E471, o E472e e o E322 diminuíram a bioacessibilidade do magnésio, tendo todos os aditivos afetado a solubilização do cálcio.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que os aditivos de panificação podem condicionar a bioacessibilidade dos minerais do pão de trigo. Este resultado é particularmente importante no contexto dos estudos de biofortificação de farinhas, uma vez que, desta forma, os aditivos utilizados no fabrico do pão podem afetar o benefício resultante dessa biofortificação.

AFINAL JÁ NÃO É DO PRADO AO PRATO

Do prato à biodisponibilidade

Carla Mota

Departamento Alimentação e Nutrição - Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal

O termo “biodisponibilidade” é um conceito-chave para determinar o valor nutricional dos alimentos. Corresponde à fração de um nutriente que foi digerido e absorvido e está disponível para as funções metabólicas do organismo. Bioacessibilidade corresponde à fração de um composto que é libertado a partir da sua matriz alimentar, no trato gastrointestinal durante a digestão e, assim, se torna disponível para absorção intestinal. Apesar de estudos nutricionais em humanos continuarem a ser considerados “*gold standard*” no que respeita a questões relacionadas com a dieta, os métodos *in vitro* têm a vantagem de serem mais rápidos, menos dispendiosos, e sem restrições éticas. Isto permite a realização de um número relativamente elevado de amostras analisadas

em paralelo. A reprodutibilidade, a possibilidade de condições controladas e a fácil amostragem tornam os modelos *in vitro* bastante adequados para os estudos. Os métodos de simulação da digestão incluem normalmente as fases oral, gástrica e intestinal. Estes métodos tentam mimetizar as condições fisiológicas *in vivo*, tendo em conta a presença de enzimas digestivas e as suas concentrações, de sais, de pH e tempo de digestão.

Os pseudocereais são plantas que produzem frutos, ou sementes, que podem ser usadas e consumidas como cereais. Os pseudocereais, amaranto (*Amaranthus sp.*), quinoa (*Chenopodium quinoa*) e trigo-sarraceno (*Fagopyrum esculentum* e *Fagopyrum Tartaricum*), destacam-se pela elevada qualidade proteica, ausência de glúten e por possuírem algumas vitaminas e minerais em maior quantidade, quando comparados com os cereais. Recentemente, a quinoa foi designada pela Food and Agricultural Organization (FAO) como um alimento com “alto valor nutritivo” e grande biodiversidade, tendo um papel importante na segurança alimentar em todo o mundo. Os pseudocereais são geralmente descritos pelo seu elevado valor nutricional, no entanto as informações sobre bioacessibilidade e taxas de retenção dos nutrientes é escassa. Assim, o objetivo do estudo desenvolvido permitiu estimar a biodisponibilidade de minerais e proteínas nos pseudocereais, utilizando dois processos culinários: cozidos e cozidos no vapor. A digestão das amostras foi realizada, utilizando um protocolo de digestão estático, harmonizado “*in vitro*”. (IVD) 1, com uma pequena modificação relativa à composição enzimática da fase oral (α -amilase bacteriana).

A quinoa antes do processamento culinário apresentou os maiores valores bioacessibilidade para o manganês, potássio e fosforo (100%) e as menores para Ca (19%). Após o processo culinário os valores de biodisponibilidade aumentaram substancialmente para o cálcio e cobre, cerca de 90% no cozido e 100% no cozido a vapor, respetivamente. O manganês registou a maior redução na biodisponibilidade quando comparando amostras cruas e cozidas. O zinco apresenta valores bioacessibilidade perto de 40% para amostras, cozidos no vapor e crus.

O amaranto após o processamento culinário regista um aumento de bioacessibilidade, em todos os minerais estudados com exceção do zinco que parece não sofrer alteração. Com a cozedura valores estão perto dos 60% para o cobre e 100% para o fosforo e potássio. Para o ferro, zinco, magnésio e cálcio os valores de bioacessibilidade estão perto dos 50%.

O trigo-sarraceno não apresenta grandes variações na bioacessibilidade com o processamento culinário. No entanto é de todos o que manifesta a maior biodisponibilidade para o zinco (85%), e igualmente valores elevados de cálcio e potássio (>90%).

Os pseudocereais têm teores elevados de proteína, entre 16,6; 13,5 e 13,1 g/100 g para a quinoa, o amaranto e o trigo-sarraceno, respetivamente. O seu perfil em aminoácidos, ao contrário dos cereais, não apresenta a lisina como aminoácido limitante. O processamento culinário não parece afetar o perfil em aminoácidos, no entanto, os aminoácidos sulfurados registam na quinoa a maior diminuição na taxa de retenção real, cerca de 40% na cisteína e 30% na metionina. A bioacessibilidade da proteína aumenta cerca de 60% com o processamento culinário, tendo maior impacto no amaranto com a cozedura tradicional.

Comparando-se diferentes simulações de mastigação com recurso a uma moagem mais fina e a outra mais grosseira, observou-se que a moagem fina apresenta valores mais elevados de bioacessibilidade em todos os minerais, com exceto para o zinco e o cálcio que parecem não ser afetados. Assim, a estrutura e a forma como os alimentos são mastigados parecem afetar a bioacessibilidade.

O conhecimento da bioacessibilidade destes alimentos, relacionada com o processamento culinário é uma indicação muito útil para cálculo da composição nutricional das dietas dos doentes celíacos e de outros indivíduos que necessitam de intervenção dietética.

Os pseudocereais processados são uma fonte importante de nutrientes, e uma excelente alternativa nutricional, para a população em geral.

Estes são os primeiros resultados que descrevem a bioacessibilidade em pseudocereais, utilizando o método IVD harmonizado.

AFINAL JÁ NÃO É DO PRADO AO PRATO

Como gerir e comunicar a informação nutricional

Isabel Castanheira

Departamento de Alimentação e Nutrição - Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, Lisboa

Nos últimos vinte anos têm-se vindo a assistir a uma larga divulgação dos conhecimentos técnico científicos obtidos, na área da caracterização dos componentes alimentares. Como consequência, a informação nutricional tornou-se um determinante da produção de alimentos, pelo que deverá ser fiável e de fácil acesso para os diferentes atores - produtores, analistas, dietistas, investigadores, decisores políticos e consumidores.

Como organizar a informação e avaliar a qualidade e relevância dos dados produzidos, na perspectiva do utilizador afigurou-se uma preocupação dos diversos atores com intervenção na produção de alimentos e preparação de dietas. É propósito desta comunicação dar ênfase às abordagens adotadas sobre informação gerada na cadeia alimentar na perspectiva de ganhos em saúde, para o consumidor final.

Assim, descreve-se como a introdução dos princípios da gestão da qualidade pelas diversas entidades da cadeia alimentar facilitou o registo e o tratamento dos resultados analíticos e do sector agro-industrial. É uma ferramenta integradora do conhecimento gerado nos laboratórios com os dados de observação produzidos em estudos epidemiológicos multicêntricos ou mesmo com os registados nos estudos de caso. Analisa-se, a transferência destes dados para certificados de qualidade, relatórios, e informação científica (artigos, teses e capítulos de livros) como geradora de oportunidades de melhoria, para o acesso à informação no presente e no futuro. Debatem-se as metodologias seguidas, na Europa e na OMS para publicar os resultados em formato de bases de dados e as diferentes plataformas disponíveis. É analisado o trabalho dos compiladores mas também dos membros das comissões técnicas de normalização cujos documentos normativos servem de suporte técnico à legislação nacional e às diretivas comunitárias.

O processo gerador de informação fiável, incluindo o escrutínio e a agregação de dados a partir de fontes fiáveis de informação é debatido. É dada ênfase aos circuitos de validação assentes na satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos utilizadores de informação com vista ao consumo, recomendação, legislação e produção de alimentos saudáveis. Serão apresentados exemplos do sistema de avaliação da qualidade de dados de composição, bem como dos seus critérios de classificação e dos códigos de fiabilidade aplicados na Europa e nos Estados Unidos. Será feita a divulgação dos sites e dos seus conteúdos sobre nutrientes prioritários, contaminantes de preocupação persistente, compostos bioativos e alimentos funcionais. Assim é apresentada a plataforma, EuroFIR (www.eurofir.org) que congrega as bases de dados de composição de alimentos de cada estado membro da comunidade europeia. São discutidos os acessos a dados publicados para os quarenta nutrientes prioritários onde se destaca os obtidos para a nova definição de fibra, assim como dados de especiação de Selénio, que estão disponíveis na literatura recomendada pelo Eurofir.

É demonstrada a plataforma da OMS - Global Environment Monitoring System/Foods- repositório sobre a ocorrência, em alimentos como consumidos, de contaminantes de preocupação persistente - pesticidas, metais pesados, contaminantes resultantes

PALESTRAS

do processamento e do armazenamento – dá-se, ainda, relevância aos últimos documentos da EFSA sobre acrilamida e o bisfenol A . É, também, apresentado o repositório de botânica da EFSA (efsa.2012.2663) que descreve os contaminantes encontrados em suplementos alimentares, algas e chás medicinais.

É descrita a estrutura de bases de dados de compostos bioactivos e de alimentos funcionais . A “phenol explorer”

(www.phenol-explorer.eu) com informação sobre o teor polifenóis em alimentos crus e cozinhados assim como dos ensaios clínicos de biodisponibilidade. A eBASIS (<http://www.ebasis.euofir.org>) organizada por tipo de planta, congregando a literatura científica sobre componentes bioactivos e componentes de toxicidade demonstrada. A “ Functional Foods and Natural Health Products Database” (<http://www.ffn-afn.agr.gc.ca>) onde está compilada a informação disponível sobre alimentos funcionais.

A forma como a informação pode influenciar o sistema agro- industrial de produção de alimentos tem também originado vários estudos e projetos europeus. Assim, são explicados os objectivos de alguns projetos que pretendem responder a interrogações formuladas pelos legisladores e pela comunidade científica.

Sendo a disseminação do conhecimento técnico científico através da internet ou na rotulagem alimentar o veículo preferencial de educação e da escolha do consumidor é feita referência às novas regras de rotulagem sobre informação nutricional, assim como a alguns sites de divulgação científica como o Stop Cancer Portugal (<http://www.stopcancerportugal.com>)

São citados acontecimentos ilustrativos da forma como o circuito informação tem vindo, desde a tragédia de Minimata, a decidir sobre a qualidade dos alimentos que consumimos. Será feita uma revisão de casos recentes da influência da informação na seleção do pescado, pastorícia, agricultura e culinária e da gastronomia molecular. Como o passado e o seu simétrico podem influenciar o presente e o futuro do que comemos é o propósito da reflexão final desta apresentação.

sala 6 | dia 28 de abril

PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO ORAL POSITIVA NA CRIANÇA PREMATURA

O desenvolvimento músculo-esquelético e oro-motor

Thereza Valle e Vasconcellos

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

O progresso da medicina perinatal (tecnológico e terapêutico), tem feito recuar a viabilidade humana de recém-nascidos (RN) com 23-24 semanas de idade gestacional e/ou RN com peso ao nascer de 500 gramas ou menos, apesar de existirem riscos variáveis de sequelas.

A prematuridade e a patologia associada, requerem hospitalização em Unidades de cuidados Intensivos durante o período neonatal e são dois factores que afectam a capacidade das crianças serem alimentadas pela boca de uma forma segura, bem com afecta a capacidade parental ao nível das competências de suporte ao seu filho na alimentação oral.

Estas crianças só podem ter alta hospitalar quando conseguem adquirir as seguintes condições: estabilidade fisiológica, aumento de peso consistente e autonomia alimentar. Assim torna-se imperativo para todos os prestadores de cuidados à criança, compreender e adaptar os cuidados de acordo com o seu desenvolvimento.

A importância de adquirir alguns conhecimentos do seu desenvolvimento cerebral, musculoesquelético e a organização dos estádios, permite ao prestador de cuidados ajustar as intervenções de suporte a uma alimentação oral positiva e segura para a criança e para a família.

A evidência mostra-nos que devido à sua prematuridade estas crianças têm uma tonicidade muscular menor, menor qualidade no estágio de alerta, menor capacidade em se manter atento, altos níveis de stress durante o internamento, maior irritabilidade e desorganização e uma energia limitada para a interacção.

A aquisição da coordenação do reflexo de sucção, deglutição e respiração é considerada por muitos autores, uma das competências mais complicadas da infância. Sem esta, não se consegue uma autonomia alimentar.

A criança como ser único que é, tem o seu próprio ritmo para adquirir estas competências, mas a média varia entre 2 a 3 semanas, podendo este prazo ter que ser alargado quando estamos perante um prematuro de extremo baixo peso e quando existe morbilidade associada.

PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO ORAL POSITIVA NA CRIANÇA PREMATURA

Escala de observação das competências precoces na alimentação oral

Lígia Marques

CHLO – HSFx

A imaturidade geral de um Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) encontra-se intimamente relacionada com a sua adaptação à vida extrauterina, influenciando o desenvolvimento de capacidades, que num Recém-nascido (RN) de termo são inatas. A alimentação, enquanto necessidade humana básica, constitui um longo percurso para os RNPT e para os seus cuidadores. Nestas crianças, após o alcance da estabilidade fisiológica, um dos grandes objetivos é a aquisição de competências que permitam a progressão na sua autonomia alimentar. A aquisição desta autonomia designa um critério determinante para a alta do recém-nascido (ADOLPH cit. por THOYRE, 2007).

As competências para a alimentação oral têm sido, frequentemente, associadas à capacidade do RN para organizar e coordenar as funções motoras orais, que permitam um consumo eficaz e suficiente de calorias para o crescimento e desenvolvimento. No entanto, estas competências são muito mais complexas, e não podem ser avaliadas apenas pela organização e coordenação motora, envolvendo também a capacidade do RN para: interessar-se e manter-se empenhado de uma forma fisiológica e comportamental na alimentação; organizar o funcionamento da motricidade oral; coordenar a respiração com a deglutição; e regular a frequência e esforço respiratório para manter a estabilidade fisiológica (THOYRE, 2005).

A realidade das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais traduzia-se, recentemente, na inexistência de protocolos na introdução da alimentação oral nos RNPT, sendo esta realizada sem qualquer base científica, e com diferentes modos de atuação por cada profissional de saúde.

Com o objetivo de padronizar a avaliação das competências do RN para a alimentação, e facilitar o desenvolvimento de intervenções específicas e individualizadas, para auxiliar cada etapa da progressão alimentar, surgiu o instrumento *Early Feeding Skills* (EFS), criado pela autora Susan Thoyre. Esta escala foi validada e adaptada à população portuguesa em 2013, tendo sido criada a *Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral* - EFS versão modificada (EFS - VM), dando-se início, desde

então à sua utilização nas Unidades de Neonatologia portuguesas.

A EFS identifica pontos fortes na alimentação da criança e sectores em que esta requer suporte, para concluir uma alimentação completa com segurança, sendo que esta escala "(...) foi desenvolvida para melhorar a prática da alimentação, pelos enfermeiros na unidade de cuidados intensivos neonatais e desenvolver intervenções a nível da alimentação, com as famílias das crianças prematuras" (Thoyre, 2007).

Este instrumento aborda a alimentação de uma forma multidimensional, num sistema estruturado, em que é acompanhada a maturação dos diferentes subsistemas do RN (Thoyre, 2007). A EFS -VM surge como um instrumento de medida de observação, composto por 22 itens, que avalia as competências das crianças prematuras, para o processo de introdução da alimentação oral, através de três fases: (1) a preparação para o momento da alimentação, (2) as competências no decorrer da alimentação - capacidade de se manter Interessado na mamada; capacidade em organizar o funcionamento oro-motor; capacidade em coordenar a deglutição; e capacidade em manter a estabilidade fisiológica -, (3) e a tolerância à alimentação.

A EFS - VM permite, assim: a identificação de problemas chave com impacto no sucesso da alimentação oral; a identificação de pontos fortes e aqueles em que existe maior necessidade de suporte interventivo; o estabelecimento de uma linguagem comum face à alimentação oral dos RNPT, que facilita a comunicação entre profissionais de saúde e famílias; e proporciona resultados que permitem o acompanhamento individualizado de cada criança no processo da alimentação oral.

Tendo como base este instrumento de avaliação, podemos desenvolver intervenções adequadas, baseadas na evidência, e estaremos a contribuir para o crescimento e desenvolvimento mais saudável destas crianças, assim como para o sucesso da sua autonomia alimentar. O investimento nesta área pode constituir uma mudança na prática diária das equipas nas Unidades de Neonatologia.

PALESTRAS

PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO ORAL POSITIVA NA CRIANÇA PREMATURA

Estudo de validação das escalas de observação das competências precoces na alimentação oral

Mara Alice Santos Curado

ESEL; Thereza Vasconcellos, CHLO-SFX

Introdução: O início da alimentação oral na criança prematura tem-se baseado essencialmente no peso, idade gestacional, estabilidade fisiológica e estado de saúde. É evidente que a avaliação através destes quatro pressupostos tem sido uma mais-valia nas unidades de neonatologia, no entanto, existem instrumentos capazes de avaliar através de critérios observáveis o momento mais adequado para o início da alimentação oral bem como o desempenho da criança prematura durante a alimentação. Thoyre (2003) investigadora na área do desenvolvimento, numa abordagem fisiológica e comportamental criou a Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral: The Early Feeding Skills (EFS) para medir as capacidades dos recém-nascidos prematuros na introdução da alimentação oral por tetina ou mama. A escala avalia todo o processo da alimentação, permitindo ao prestador de cuidados definir estratégias de intervenção e avaliar a sua efetividade (Thoyre, Shaker, & Pridham, 2007). Este trabalho tem como objetivo apresentar da EFS versão modificada depois de feita a sua adaptação cultural e linguística e validação estatística com recém-nascidos portugueses

Método: A tradução e adaptação da escala para o contexto cultural e língua portuguesa foram autorizadas pela autora Susan Thoyre que se deslocou a Portugal para fazer um Workshop de formação dos profissionais, seguido de mais 16 *workshops* nas unidades de neonatologia de norte a sul do país para treino dos profissionais de saúde na aplicação da EFS. O início da validação começou com o pré-teste de validade e reprodutibilidade, realizado nas Unidades de Neonatologia do Hospital de S. Francisco Xavier e de Santa Maria em Lisboa. A colheita de dados para a validação da EFS foi aprovada pelos Concelhos de Administração dos Hospitais envolvidos no estudo e pelos tutores legais das crianças observadas.

Participantes: Colaboraram na colheita de dados 8 unidades de neonatologia: Hospital de SFX, Hospital de S. Marcus, Braga, Centro Hospitalar de São João do Porto, Hospital D. Estefânia, Hospital Dr. José de Almeida Cascais, Hospital da Senhora da Oliveira de

Guimarães, Hospital do Espírito Santo de Évora, Hospital de Santa Maria; com um total de 698 observações, o que deu um rácio superior ao preconizado para este tipo de análise (rácio de 10 a 20:1 participante por item da escala) (Marôco, 2010; Hill & Hill, 2009; Hair, et al., 2006; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006;). Os participantes no estudo foram selecionados por amostragem não aleatória casual ou conveniente (Marôco, 2010). Foram incluídos no estudo todos os recém-nascidos com idade gestacional compreendida entre as 24 e as 37 semanas internados nas Unidade de Neonatologia.

Instrumento: A escala permite observar o recém-nascido ao longo de todo o processo de alimentação. Imediatamente antes de iniciar a alimentação avalia-se a postura, o estado de alerta, a tonicidade e a linha basal de saturação de oxigénio. Cinco minutos após terminar a alimentação observa-se a tolerância alimentar. Com a escala original com 28 itens ou com a escala modificada com 22 itens a alimentação é avaliada de forma sistematizada. A EFS versão modificada (EFS-VM) avalia as competências na alimentação oral em três grandes dimensões: capacidade para organizar o funcionamento oro-motor (COFO) com 7 itens, capacidade para coordenar a deglutição (CCD), com 5 itens; e a capacidade para manter a estabilidade fisiológica (CMEF), com 10 itens. A EFS adaptada para a população neonatal portuguesa é constituída por 22 com um formato de medida ordinal com 3 pontos (Curado, et al., 2013).

Procedimento: A tradução da versão original inglesa para português foi elaborada por três tradutores, (portugueses, bilingues, com conhecimentos na área de estudo e da saúde), originando 3 versões da escala as quais foram sujeitas a retroversão por três tradutores (portugueses, bilingues, com conhecimentos na área de estudo, da saúde e da estatística) e depois feita a submissão um grupo de peritos para validação facial (especialistas da cultura da população alvo, peritos nos constructos da escala, equivalência do item, equivalência conceptual, equivalência semântica). Após validação de face fez-se a aplicação a um grupo de crianças com características semelhantes à população sob estudo.

A análise de dado foi feita com recurso ao Software IBM® SPSS® (v. 20) e ao software Mplus (v6). A distribuição de frequência e a sensibilidade dos itens foi avaliada com recurso aos coeficientes de assimetria (g1) e achatamento (g2), considerando-se que os itens com elevada sensibilidade apresentam g1 e g2 próximos de zero (distribuição normal) ou $g1 < |3|$ e $g2 < |7|$ (Kline, 1998) ou ainda (Field, 2009). A fiabilidade dos fatores da EFS foi estimada a partir da consistência interna dos itens com recurso ao alfa de Cronbach, esta estimativa é baseada nas correlações médias entre os itens que constituem a escala, ponderada pelas respetivas variâncias (Hill & Hill, 2009; Marôco & Garcia-Marques,

2006). A validade convergente foi determinada através da variância extraída da média pelo fator (Hair et al., 2009). A validade fatorial do modelo foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória, usando como índices empíricos da qualidade do ajustamento do modelo: Estatística do Teste de Qui-quadrado (χ^2/df), Comparative Fit Index Goodness of Fit Index Tucker-Lewis Root Means Square Error of Aproximation) com O ajustamento do modelo aos dados é considerado bom se os valores dos índices de ajustamento e forem superiores a , e (χ^2/df), entre 1 e 2 (Schumacker & Lomax, 1996).

Resultados: Num primeiro ajustamento do modelo a validade fatorial apresentava valores de qualidade de ajustamento sofríveis, pelo que se procedeu ao refinamento do modelo inicial. Retiraram-se os itens que apresentaram valores elevados de assimetria e curtose ($sk>3$ e $Ku>7$). O segundo modelo sem os itens 1, 2, 3 14, 27, 28, apresentou melhor qualidade de ajustamento ($\chi^2/df=36.57$; CFI=0.90; TLI=0.90, RMSEA=0.07)).

Conclusões: Os resultados do segundo ajustamento do modelo fatorial, permite-nos propor uma versão modificada da EFS com 22 itens para utilização na observação de crianças nas Unidades de Neonatologia e em casa pelos pais ou pessoa significativa até às 52 semanas de vida.

ESTADO NUTRICIONAL EM PORTUGAL: DA CONCEPÇÃO À ADOLESCÊNCIA

Como está a grávida e consequências para o recém-nascido

Luís Pereira da Silva

Unidade de Neonatologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC

Os desvios do estado de nutrição da grávida, por subnutrição ou por sobrenutrição, podem afectar a saúde do feto e, por diferentes mecanismos de programação, predispor à obesidade e à síndrome metabólica. A subnutrição não é frequente no nosso país, mas grávidas bem nutridas cujas placentas tenham patologia com défice de perfusão, podem originar desnutrição fetal similar à que ocorre em gestantes gravemente desnutridas. Na sobrenutrição materna, os principais factores associados à macrosomia fetal e risco metabólico tardio são a obesidade pré-concepcional e a sobrealimentação associada a aumento excessivo de peso na gravidez.

Recentemente, foram revistas as recomendações relativas ao aumento de peso na gravidez em função do índice de massa corporal. A obesidade pré-concepcional está particularmente associada ao excesso de adiposidade observado ao nascer; os mecanismos implicados parecem relacionar-se com o hiperinsulinismo materno e consequente aumento do anabolismo e deposição exagerada de gordura no feto e o *stress* oxidativo por alteração do equilíbrio *redox* na placenta, activando mecanismos epigenéticos específicos.

É reconhecido que a Dieta Mediterrânica tem efeito protector contra a doença cardiovascular e a obesidade. Entre a década de 1960 e a de 2000, Portugal foi dos países europeus que mais se afastou deste património ancestral, verificando-se consumo elevado de ácidos gordos *trans*. Na população portuguesa, a falta de dinheiro é atualmente a principal alegação para que nem sempre haja acesso aos alimentos que se quer ou precisa.

Uma proporção alarmante de mulheres portuguesas em idade fértil tem excesso de peso ou obesidade, proporcionalmente à idade: cerca de 21% entre 18-19 anos, 27% entre 20-29 anos e 50% entre 30-39 anos. Numa pequena amostra num centro de saúde, verificou-se que 37,5% das grávidas tinham excesso de peso ou obesidade antes de engravidarem.

Relativamente à dieta durante a gravidez, um estudo de coorte no nosso país revelou que o aporte em energia e macronutrientes parece ser equilibrado e as suas variações não afetam a composição corporal do recém-nascido. Excepção é feita à maior ingestão de gordura total, gordura saturada, ácidos gordos n-6 e *trans*, que parecem restringir crescimento fetal na segunda metade da gestação. A ingestão de peixe parece ser adequada, mas a de ácido fólico, ferro, vitamina E e magnésio é inferior ao recomendado. A maior ingestão de rácio n-6:n-3 associa-se, no sexo feminino, a maior adiposidade observada ao nascer.

Com base nos resultados apresentados, será recomendável em gravidez programada e presença de excesso de peso ou obesidade, emagrecer antes de engravidar. Durante a gravidez, deve evitar-se o aumento excessivo peso. Recuperar a Dieta Mediterrânica deve integrar a estratégia de intervenção. Para o efeito, deve ser reforçada a ingestão de hortícolas e fruta inteira, incluindo produtos de época, porventura economicamente mais acessíveis; deve manter-se o consumo de peixe, incluindo os mais baratos e de conserva; a ingestão de gordura saturada deve ser limitada, evitando-se a fritura dos alimentos. A ingestão de ácido fólico, ferro, vitamina E e magnésio deve ser reforçada durante a gravidez, recorrendo sempre que preciso à sua suplementação.

**ESTADO NUTRICIONAL EM PORTUGAL: DA
CONCEPÇÃO À ADOLESCÊNCIA**

Como está a criança pequena (1-3 anos)

Carla Rêgo

Pediatra do Hospital CUF Porto. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Investigadora do CINTESIS. Professora Convidada da ESB – Universidade Católica Portuguesa. Presidente do GNEIOP. Coordenadora do EPACI Portugal 2012

À luz do conceito da memória metabólica, as experiências nutricionais precoces desempenham um papel determinante no risco da expressão futura de doença (*Developmental Origins of Health and Disease - DOHaD*). Torna-se pois fácil entender, não apenas numa perspectiva individual mas particularmente numa perspectiva de saúde pública, a importância do comportamento alimentar e do padrão de crescimento durante os primeiros 3 anos de vida.

O *EPACI Portugal 2012** (Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil), estudo representativo nacional (n= 2 232 crianças dos 12-36 meses), apresenta um desenho misto (retrospectivo da data da avaliação até ao nascimento e transversal à data da avaliação) e veio colmatar a ausência de conhecimento neste âmbito existente no nosso país. A amostra está distribuída de uma forma equitativa por sexo (feminino= 47%) e por grupo etário (12-24m = 49,5%) e respeita a densidade populacional de cada região do país.

Do *EPACI Portugal 2012* podemos constatar que no nosso país se regista uma elevada taxa de iniciação de amamentação (90,8%), uma mediana de aleitamento materno exclusivo de 4 meses e uma baixa taxa de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses (20,6%). No entanto, mais de metade (52,6%) dos lactentes portugueses ainda faz leite materno aos 6 meses e cerca de ¼ (22,7%) ainda o mantém aos 12 meses. O leite de vaca (LV) tem uma mediana de introdução aos 12 meses mas 9% dos lactentes consomem-no, como fonte láctea principal, antes desta idade. Quanto à diversificação alimentar (DA), ocorre entre os 4-6 meses em cerca de 2/3 dos lactentes, muito embora 9,5% a efectuem a destempe (4,5% antes dos 4 e 5,1% após os 6 meses). Ainda que se registem diferenças regionais não desprezíveis, mais de metade dos lactentes portugueses inicia a DA com a sopa (53%), seguindo-se a papa de cereais (43%). A planificação da DA, durante o 1º ano de vida decorre de acordo com as recomendações (ESPGHAN), mas a introdução na dieta familiar, a partir dos 12 meses, está associada à ocorrência de erros alimentares caracterizados pelo consumo regular de alimentos ricos em açúcar (doces, bolos e bebidas), por um elevado consumo de sal

(87,3% de inadequação em sódio) e de proteína animal (cerca de 4 vezes superior à RDI), esta última resultante sobretudo do elevado consumo de LV e derivados. Importa ainda referir que 46,7% das crianças entre os 12-24 meses apresenta uma inadequação, por excesso, no que respeita ao consumo energético.

Relativamente aos indicadores do estado de nutrição, 60,6% dos progenitores do sexo masculino e 37,9% do sexo feminino apresentam excesso ponderal, à data da avaliação. Relativamente às crianças dos 12-36 meses, o excesso ponderal e a obesidade ocorrem respectivamente em 31,4% e 6,5%, com valores mais elevados na região norte (37,2%) e mais baixos na região do Algarve (22,8%). Regista-se uma duplicação da prevalência de excesso ponderal enquanto a prevalência de obesidade triplica, dos 9 para os 12 meses. O elevado peso ao nascimento (> 4kg) e um maior incremento ponderal no 1º semestre de vida, aumentam o risco de expressão de obesidade aos 12-36 meses em 2,5 e 10 vezes, respectivamente.

Das muitas inferências possíveis resultantes do *EPACI Portugal 2012* e numa perspectiva de saúde pública, poderemos destacar: 1- a urgência em apostar no controle ponderal da mulher antes e durante a gravidez bem como no tratamento das complicações resultantes em macrosomia fetal (ex. diabetes gravídica); 2- a emergência em inserir, nas consultas de vigilância de saúde infantil após os 12 meses, uma forte componente de educação alimentar familiar; 3- a necessidade de formar os profissionais de educação que cuidam de crianças entre os 12-36 meses (creches, infantários), relativamente a regras alimentares saudáveis.

*Estudo financiado pela Danone/Nutricia - Early Life Nutrition

MALNUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Ordenamento do território e desigualdades em saúde

Francesca Poggi

FCTUNL

Os efeitos de um rápido crescimento demográfico têm reflexos nos modos de desenvolvimento das cidades e nas rotinas e hábitos que elas introduzem à população.

Os fenómenos de concentração de habitação sem salubridade e infraestruturas urbanas promovem problemas no ser humano e nas suas formas de desenvolvimento.

A ausência de planeamento programado da expansão das cidades potencia que possam surgir localizações de actividades económicas que não concorram para o auxiliar à uma boa qualidade de vida das populações.

O resultado das prolongadas deslocações entre habitação e trabalho ou habitação e lazer tem como efeitos os prejuízos na qualidade de vida da população e ao tornar menos possível a manutenção de hábitos alimentares e de exercício físico.

Por outro lado a redução do comércio de bairro e a concentração de oferta alimentar com refeições menos industrializadas e alimentos frescos tem vindo a diminuir no contexto das cidades.

O acesso a produtos alimentares muito transformados e mais acessíveis em valor de aquisição começa a estar associado a um crescente sedentarismo que decorre do elevado numero de horas gastas em transportes, reduzindo substancialmente o tempo para fazer exercício, facto esse, que pode ter como resultado o aumento da obesidade e de outros problemas de saúde.

Assim, coloca-se a oportunidade de investigação sobre o modo em como o planeamento pode contribuir para a resolução por antecipação desta problemática.

A concepção de elementos de desenho para futuras intervenções no contexto urbano deve pois ser suportado em novos modelos de mobilidade e transporte que possibilitem a fruição de espaços de lazer, trabalhar e viver em proximidade.

Esses modelos devem pois induzir a mais movimentos pedonais e a um acesso a qualidade do ar e a ambientes menos ruidosos e stressantes. São estas as questões que a organização da cidade pode e deve desenvolver.

A comunicação versa apresentar uma contribuição sobre a relação entre planeamento e saúde pública decorrente do estilo de vida que a própria cidade pela sua forma e organização promove nos indivíduos.

MALNUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Relação de ocupação do território e doenças crónicas não transmissíveis

Zélia Santos

Serv Nutrição e Dietética, CH Lisboa Ocidental EPE – H. Egas Moniz

No processo de globalização, as cidades são encaradas como realidades económicas, sociais e identitárias em constante evolução. Ao longo dos tempos as cidades têm sido vistas como sinónimo de bem-estar social, cultural e material, contexto que tem levado as populações na direção da procura de melhores condições de vida, assistindo-se a um êxodo do espaço rural para o urbano.

A ocupação do território tem vindo a ocorrer de modo formal, mas também de forma desordenada com a proliferação de parcelamentos informais, revestidos de grande indefinição e invasões com características urbanas formais, sendo mais evidente nos países em desenvolvimento, como é o caso do continente africano.

Prevê-se que, a nível mundial, mais de 50% da população seja residente em meios urbanos em 2050. Esta situação terá maior significado nos países em desenvolvimento com elevado crescimento demográfico, como os do continente africano, em que as populações, numa procura de respostas às suas necessidades elementares, como acesso à saúde, educação, emprego e alimentação, procurarão tendencialmente as cidades para viver, colocando em causa os seus modelos e qualidade de vida.

Como resultado, emergem modelos de expansão das cidades de forma pouco sustentável. A concentração de actividades económicas nas áreas urbanas e os modos de habitar nas cidades, decorrentes da sua morfologia, têm vindo a impor aos seus habitantes ritmos de vida adaptados mais ao trabalho e à produtividade, subvalorizando a importância de uma dieta alimentar correta.

Desde a origem do movimento "cidades saudáveis", tem havido um esforço para se desenvolver a metodologia adequada para se medir e avaliar a influência do ambiente sobre os determinantes sociais da saúde. São reconhecidas como características ambientais que podem afetar a saúde: o uso da terra, espaços verdes, inacessibilidade aos alimentos, salubridade alimentar, contaminação do solo, poluição do ar, entre outras. Tendo sido negligenciado o sistema de abastecimento alimentar urbano, durante anos, pela equipa de projetistas, sendo nas últimas décadas contemplado, devido ao impacto significativo que tem

PALESTRAS

sobre a dieta e saúde das populações, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis. A prevalência da obesidade tem aumentado dramaticamente em todo o mundo, reconhecendo-se a sua gravidade devido à morbilidade associada estimando-se um significativo custo fixo em cuidados de saúde. Cabo Verde, no ano 2010, apresentava uma tendência de urbanização, com 61,8% da população a viver em centros urbanos, estimando-se que 58% da mortalidade se devia a doenças crónicas não transmissíveis, atribuindo-se 25% a doenças cardiovasculares e 11% a outras doenças crónicas não transmissíveis (Nações Unidas, 2011). Quanto a fatores de risco metabólico, segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2008 a prevalência de pré-obesidade correspondia a 34,4% e 10% relativamente à obesidade em Cabo Verde. Quanto a fatores de risco comportamental, a prevalência de inatividade física representava 20,2% sendo maioritária no género feminino em relação ao género masculino; quanto ao consumo de tabaco diário atribui-se 9,9% ao género masculino (OMS, 2011).

Desta forma, a cidade parece concentrar fatores de riscos, para a saúde e qualidade de vida, como a inatividade física aliada à obesidade e certas características ambientais, que podem influenciar comportamentos que conduzem ao aumento de peso da população, tornando-se necessário uma integração territorial das respostas em equipamentos e serviços de acordo com as necessidades das populações locais.

Inserido no Projeto UPHI-STAT (Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - PTDC/ATP-EUR/5074/2012 e PEst-OE/MAT/UI0006/2014), pretende-se apresentar a metodologia desenvolvida pela equipa de investigadores, quanto à avaliação do estado nutricional e caracterização nutricional, desenvolvido em três unidades urbanas distintas, da Cidade da Praia em Cabo Verde.

MALNUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Avaliação nutricional em populações de difícil acesso

Luzia Gonçalves

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
e Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa

A avaliação nutricional em comunidades africanas de difícil acesso apresenta especificidades e dificuldades acrescidas para seleccionar os participantes para estudos de investigação científica. A literatura relata a falta de dados sobre zonas urbanas informais caracterizadas, entre outras, pela ausência de planeamento urbano, insegurança, ausência de saneamento básico adequado, acesso limitado a bens, equipamentos e serviços. Pelas suas características e pela ausência de registos que tornem os estudos operacionais, a população residente nessas zonas muitas vezes não é incluída nos estudos de saúde, pelo que a Organização Mundial de Saúde tem alertado para a necessidade de obter estudos mais detalhados sobre estas comunidades.

Neste trabalho apresenta-se a estratégia de amostragem num estudo realizado na cidade da Praia, em Cabo Verde, que visa estudar a relação entre o planeamento urbano e aspectos ligados às doenças cardiovasculares.

Através de uma identificação da morfologia da cidade, foram definidas três unidades urbanas com características distintas: formal, transição e informal. Para seleccionar aleatoriamente os adultos (com pelo menos 18 anos), residentes nestas unidades urbanas, foram identificadas as coordenadas geográficas das residências usando Sistemas de Informação Geográfica. Discriminando entre edifícios correspondente a moradias únicas ou edifícios com várias residências foi construída uma base de amostragem para obter uma amostra aleatória proporcional por unidade urbana. A amostra final incluiu 1912 indivíduos: 145 na unidade formal, 1144 na unidade de transição e 623 na unidade informal. Estes indivíduos responderam a um questionário – UPHI-STAT – que incluiu a caracterização socio-demográfica, precepções e opiniões sobre o espaço urbano, estado de saúde auto-relatado e acesso aos serviços de saúde, hábitos tóxicos, hábitos alimentares, aquisição e acesso aos alimentos, actividade física e dados antropométricos auto-relatados (peso, altura e peso desejado). Este questionário foi aplicado por 14 entrevistadores locais que receberam formação e participaram no pré-teste da respectiva versão inicial.

Numa segunda etapa, estes indivíduos foram convidados a deslocarem-se a um espaço dentro da unidade urbana para serem avaliados por uma equipa de nutricionistas/dietistas locais, usando bioimpedância e estadiómetros adquiridos no âmbito do projecto de investigação (n=599). Um sub-grupo (n=118) usou ainda um pedómetro durante 7 dias, distinguindo dias laborais e de descanso. Foi ainda realizado um estudo qualitativo para complementar algumas informações das abordagens quantitativas.

A adesão ou não, nas fases do estudo, evidenciou algumas características a ter em conta em acções de promoção da saúde no futuro. Por exemplo, as mulheres e os residentes da unidade informal participaram mais activamente nas diferentes etapas do estudo.

A frequência de excesso de peso e obesidade é significativamente maior nas mulheres do que nos homens, havendo algumas diferenças entre unidades urbanas. Por exemplo, existem diferenças significativas em termos da actividade física global ($p=0.025$) das mulheres entre unidades urbanas. O mesmo acontece separando a actividade física no trabalho ($p=0.002$) e no lazer ($p=0.005$), estando a unidade informal desfavorecida, neste último caso. O uso dos pedómetros mostra que os homens apresentam cerca de 2000 passos a mais que as mulheres por dia ($p<0.001$). Em termos de sedentarismo, 18.2% dos homens e 48.5% das mulheres ($p=0.009$) andam menos que 5000 passos por dia. Além dos aspectos sociais e culturais, a actividade física poderá estar relacionada com a falta de planeamento urbano e a insegurança da cidade. Porém, entre a unidade informal e a de transição não se encontram diferenças estaticamente significativas. No estudo qualitativo, as questões da falta de infraestruturas adequadas para a prática desportiva e da insegurança da cidade emergiram como possíveis razões para a não realização da actividade física.

Além das acções de promoção de saúde, que pela participação neste estudo parecem ser bem acolhidas pelos residentes da unidade informal e em particular pelas mulheres, é essencial que os governos deem atenção a outros aspectos modificáveis, como a integração do planeamento urbano e a segurança da cidade em ligação aos planos de saúde de forma a melhorar a saúde das populações.

*Trabalho no âmbito do projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - PTDC/ATP-EUR/5074/2012 e PEst-OE/MAT/UI0006/2014

MALNUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Malnutrição e desigualdades nutricionais

Daniela Alves

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Os países em desenvolvimento atravessam uma transição epidemiológica em saúde. Segundo as estatísticas, há um aumento das doenças crónicas e uma diminuição das doenças infecciosas. Um país ou uma região dentro de um país pode, em determinado momento, estar em diferentes fases da transição epidemiologia em saúde e nutricional (Abrahams, 2011).

Os fatores de risco para as doenças não transmissíveis que os países em desenvolvimento enfrentam podem ser os mesmos dos países desenvolvidos (dietas ricas em açúcar, gorduras e sal, sedentarismo, excesso de peso e obesidade).

Em Cabo Verde, o excesso de peso e a obesidade têm aumentado nos últimos anos. Os dados mais recentes, relativos a 2008, revelam que a prevalência de excesso de peso e obesidade é de 44% (Ng, 2014).

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo e estima-se que em 2030 o número de vítimas, por ano, deverá ser superior a 23.6 milhões (Smith, 2012). Cabo Verde segue a tendência mundial, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), das mortes por doenças não transmissíveis (69% do total de óbitos), 35% tiveram como causa a doença cardiovascular.

Cerca de 47,7% dos homens e 38,4% das mulheres, cabo-verdianas com mais de 25 anos, sofrem de hipertensão arterial. (WHO, 2013). E é sabido que elevados níveis de sódio na alimentação apresentam uma relação direta com a hipertensão. Em muitos países da África Subsariana a principal fonte de sódio, na dieta, é o sal adicionado aos alimentos, quer para a sua preservação, confeção ou como intensificador de sabor. A OMS recomenda um consumo diário de sódio até 2000mg, o equivalente a 5000g de sal, para a população adulta (Jacques, 2015). Na África Subsariana, a ingestão de sódio segundo Jacques (2015) é inferior a 3300 mg/dia, embora este resultado seja incerto e a comunidade científica adverte para a necessidade de estudos populacionais sobre a ingestão deste micronutriente.

O presente estudo faz parte do Projeto UPHI-STAT (Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - PTDC/ATP-EUR/5074/2012 e PEst-OE/MAT/UI0006/2014) e tem como objetivos analisar a percepção

PALESTRAS

do consumo de sal, a ingestão de sódio e avaliar o estado nutricional, em três unidades urbanas (Formal, Informal e Transição) da Cidade da Praia, Cabo Verde.

A frequência de consumo alimentar integra um questionário geral – UHPI-STAT- que foi aplicado a uma amostra aleatória de 1912 participantes. Para avaliar a auto-percepção do consumo de sal as opções de resposta à pergunta “....” Foram: “Nenhum”, “Pouco Sal”, “Normal”, “Bastante Sal” e “Acréscenta sal no prato”. A uma subamostra, de 599 participantes, foi aplicado um Recordatório de 24 horas (R24) para a quantificação do consumo de sódio na dieta e realizou-se a avaliação do estado nutricional, pelo método de bioimpedância.

Cerca de 44,1% e 50,9%, referiu consumir “pouco sal” ou Sal “normal”, respetivamente. Apenas 2,6% referiu adicionar sal no prato. Foram os participantes da zona formal que referiram em maior percentagem um consumo de “pouco sal” (58,7%), comparativamente à unidade de transição (41,3%) e unidade informal (45,9%).

A média do consumo de sódio foi de 3156 (IIQ: 1901-4948) mg/dia com a unidade de transição a apresentar valores diários inferiores (2.451 (IIQ: 1599-4124) ($p<0,001$). Em termos de incumprimento das recomendações 73,7% da subamostra não cumpriu com as recomendações para o consumo diário de sódio, superior na unidade Informal (83,3%) ($p<0,001$).

Analisando a quantidade de ingestão de sódio, para cada categoria de auto-percepção do consumo de sal, verificou-se que pelo menos 70% dos participantes apresentaram ingestão diária de sódio acima da recomendação.. No que respeita ao estado nutricional, 38,2% da subamostra foi classificada com excesso de peso e obesidade, superior na unidade informal (41,9%). Quanto ao risco metabólico, 47,4% apresentou um risco muito aumentado, sendo inferior na zona informal (42,9%).

O consumo diário de sódio é superior às recomendações nutricionais e dietéticas, ainda que a autopercepção do consumo de sal seja considerado um consumo baixo ou médio, mais agravados na unidade informal. O excesso de peso e obesidade apresentam valores preocupantes. Há, por isso, uma necessidade emergente de intervenção em educação alimentar e mudança de comportamentos nos estilos de vida, nesta comunidade.

SUPORTE BÁSICO DE GESTÃO APLICADO AO SDN NA EFICIENTE RESPOSTA

Desafios do SND de apoio à comunidade

Zélia Santos

Serviço Nutrição e Dietética, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz

O Profissional da área da nutrição e dietética deve desempenhar a sua profissão de acordo com as estruturas complexas, de limitações legais e éticas e de responsabilidade inserido numa cultura organizacional, complexa e dinâmicas, com o é o caso das organizações hospitalares. A intervenção do dietista clínico, aquele que atua na área da nutrição clínica, sendo responsável pela planificação, educação, supervisão e avaliação de um plano alimentar elaborado clinicamente, de modo a que, o paciente recupere a saúde nutricional e funcional, deve estabelecer uma relação, com os profissionais de saúde que operam na área de intervenção a nível comunitário na prestação de cuidados de saúde primários, bem como, em instituições e centros de saúde, no âmbito da promoção da saúde e prestação de cuidados de saúde, de forma integrada e sustentável.

As instituições hospitalares, revestem-se tipicamente de uma natureza técnica e profissional, em que, o peso dos conhecimentos técnicos e científicos, devem ser assumidos como um valor exímio, sinonimo de funcionamento e sobrevivência da própria organização.

Sendo e exercício da gestão dos Serviços de Dietética e Nutrição (SDN), um processo complexo e de delicada implementação, de determinados modelos, a nível transversal, no âmbito interno, entre diferentes serviços no âmbito das funções gerais de administração como a alimentação, funções complementares como o apoio clínico e funções principais como, o diagnóstico nutricional, o tratamento nutricional e a reabilitação e seguimento nutricional. A nível externo, na articulação intercultural e de transmissão de conhecimentos como os pacientes, no âmbito da consulta externa, como com, outras instituições de saúde, em contexto de saúde comunitária.

Uma das grandes dificuldades e desafios emergentes à gestão dos SDN, reside na equidade de acesso e em tempo, considerado útil e percecionado pelo paciente, podendo ser expresso em índices de satisfação.

Pretende-se apresentar possíveis indicadores auxiliares a uma adequada gestão estratégica dos Serviços de Dietética e Nutrição.

Comunicações Orais

dia 27 e 28 de abril



CO.01

Impacto do suporte nutricional precoce na morbi-mortalidade da cirurgia de ressecção gástrica por adenocarcinoma

Ruivo Elisa¹, Fazeres Francisco¹, Vasconcelos Eduardo¹, Ventura Jésus¹, Terleira, Helena, Veiga Manuel, Midões Alberto, Ferro Graça

1 - ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

A neoplasia gástrica possui uma elevada incidência e mortalidade, compreendendo o seu tratamento, cirurgias maior. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do suporte nutricional peri operatório no doente submetido a cirurgia de ressecção por adenocarcinoma gástrico na morbi mortalidade e custos hospitalares. Foi realizado um estudo retrospectivo caso-controlo, com 152 doentes. Para o efeito, foi criado um grupo controlo com 39 doentes, que receberam suporte nutricional apenas no pós-operatório e um grupo caso (de intervenção) com 113 que o iniciaram no pré operatório. A avaliação do estado nutricional baseou-se nos seguintes parâmetros: IMC, Percentagem de Perda de Peso, Total de linfócitos, proteínas e albumina séricas e Avaliação Global Subjectiva- Gerada pelo Doente. Foram ainda estudados tempo de internamento, tipologia de suplementação nutricional e complicações cirúrgicas, entre outras. A maioria dos doentes era do sexo masculino e apresentava uma idade média de $67,95 \pm 11,9$ anos. A amostra total apresentava no primeiro dia de internamento, IMC de $25,8 \pm 4,8 \text{ Kg/m}^2$ e uma percentagem de perda de peso de $7,7 \pm 7,3\%$, verificando-se que indivíduos com IMC mais baixos apresentavam uma maior perda de peso ($p=0,03$). O grupo controlo apresentava uma maior variação ponderal ($9,5 \pm 10,5$ vs $7,6 \pm 7,0\%$). ($p<0,05$) No grupo de intervenção, doentes com IMC mais baixo, maior perda de peso e valores mais baixos de Proteínas Totais e Albumina sérica realizaram suplementação energético proteico ($p<0,05$) Do total de cirurgias realizadas, 63,8% foram gastrectomias totais e 36,2% sub totais, após as quais ocorreram em 40,2% dos casos complicações cirúrgicas, nomeadamente deiscência da anastomose, fístula pancreática entre outras. A ocorrência de complicações foi mais frequente no grupo controlo (59,0 vs 38,9%, $p=0,03$), sendo que segundo Classificação Clavien-Dindo, o Grau IIIB foi o mais frequente neste grupo, ocorrendo em 17,9%. No grupo de intervenção a complicação mais frequente foi a IIIa (18,6%), reduzindo a IIIB para 5,3% da amostra. A mortalidade hospitalar ocorreu em 5,3% dos casos, em ambos os grupos. A média de dias de internamento foi menor no grupo de intervenção precoce (20,4 vs 29,2, $p=0,035$), contribuindo para uma redução de cerca de 30% dos custos associados ao período de internamento ($8185,3 \pm 9620,3$ vs $5712,0 \pm 4619,5\text{€}$). Desta forma, confirmamos o forte impacto do suporte nutricional precoce sobre a morbi-mortalidade e custos hospitalares.

CO.02

Caracterização do estado nutricional de uma população de doentes admitidos numa unidade de cuidados intensivos.

CJuliana Teixeira¹, Luís João¹, Paulo Silva¹, Cristina Pinto¹, Estevão Lafuente¹.

1 - CHTS , UCIP

Área de base de Estudo: Enfermagem

Email : juliana.carela@gmail.com

OBJECTIVO: Pretendeu-se caracterizar as variações nutricionais de uma população de doentes admitidos numa unidade intensiva polivalente através dos dados antropométricos e pela percentagem da variação do peso entre o momento da admissão e alta.

MÉTODOS: Estudo analítico retrospectivo, incluindo todos os doentes admitidos durante o ano de 2010. A colheita de dados foi efectuada através da consulta do processo clinico na plataforma informática PICIS®. Considerou-se a idade, género, altura, peso (admissão e alta) e perímetro braquial (admissão e alta). Foram excluídos os doentes sem registo do peso nos dois períodos do estudo. Os doentes foram pesados na cama Hill Room® calibrada à admissão. De acordo com os dados antropométricos classificaram-se os doentes segundo o IMC da World Health Organization em desnutridos (U), normais (N), excesso de peso(M) e obesos (O). Calculou-se a percentagem de peso ideal sobre o atual através da fórmula ($100 \times \text{Pa}/\text{Pi}$) em que Pa é o peso atual e Pi o peso ideal. Com valor inferior a 70% os doentes foram classificados como gravemente abaixo do peso (A), 70-79% moderadamente abaixo do peso, 80-90% (B), ligeiramente abaixo do peso (C) e normal se superior a 90% (N). Comparamos os dados obtidos no momento da admissão e à alta. A análise estatística foi efectuado com um método paramétrico e de regressão linear. Os dados nº. são apresentados como médias e desvio padrão.

RESULTADOS: Foram incluídos 225 doentes, 132 (58,6%) masculinos e com idade de $61 \pm 17,4$ anos(14;92). A altura registada foi de $164 \pm 9 \text{ cm}$ (135;198). O peso e o perímetro braquial obtidos na admissão e alta foram respectivamente de $73,1 \pm 14,7 \text{ Kg}$ (42;115) e $29,7 \pm 4 \text{ cm}$ (19;42) na admissão e de $70,6 \pm 14,5 \text{ Kg}$ (35;134) e $29 \pm 3,9 \text{ cm}$ (18;40) na alta. A média para o peso ideal desta população situou-se nos $59,7 \pm 6,7 \text{ Kg}$ (42,5;86). O IMC foi de $27 \pm 5,1 \text{ Kg/m}^2$ (16,5;47,4). Segundo a classificação do IMC da WHO 73(32,4%) eram normais, 6 (2,6%) desnutridos, 74(32,8%) com excesso de peso e 72(32%) obesos. A classificação obtida de acordo com a percentagem do peso ideal/atual na admissão e alta é apresentada na tabela . De acordo com a variação do peso não se encontraram diferenças estatísticas.

CONCLUSÃO: A avaliação antropométrica permite confirmar a tendência para um excesso ponderal/obesidade da população em geral e nos cuidados intensivos em particular. Só por si a permanência em cuidados intensivos não pareceu condicionar uma perda significativa da percentagem do peso atual sobre o ideal, sendo no entanto necessário um estudo mais alargado.

CO.03

Sarcopenia and associated factors among hospitalized patients

Ana Sofia Sousa¹, Rita Guerra², Isabel Fonseca³, Fernando Pichel⁴, Teresa Freitas do Amaral⁵

1 - Universidade do Porto, FCNAUP

2 - UP, Departamento de Bioquímica, FMUP/UISPA-INEGI, FEUP

3 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Nutrição e Alimentação

4 - Centro Hospitalar do Porto, Serviço de Nutrição e Alimentação

5 - Universidade do Porto, FCNAUP / UISPA-INEGI, FEUP

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email : sofia.limas.sousa@gmail.com

BACKGROUND AND AIMS: Data on factors associated with sarcopenia in hospitalized patients is limited, particularly among hospitalized younger patients. This study aims to identify factors associated with sarcopenia among hospitalized adults and older adults.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional study was conducted in a university hospital. Sarcopenia was defined, according to European Consensus criteria, as low muscle mass, assessed by bioelectrical impedance analysis and low muscle function evaluated by handgrip strength. A multivariable logistic regression model was conducted to identify factors associated with sarcopenia and respective Odds Ratios (OR) and 95% Confidence Intervals (CI).

RESULTS AND DISCUSSION: 655 hospitalized patients aged 18 to 90 years (24.3% sarcopenic) composed the study sample. After adjusting for potential confounders, factors associated with sarcopenia were male gender (OR=1.83, 95% CI=1.22-2.72), age ≥65 years (OR=2.01, 95% CI=1.34-3.02), moderate or severe dependence according to Katz index (OR=2.50, 95% CI=1.14-5.46), undernutrition according to Patient-Generated Subjective Global Assessment (OR=1.74, 95% CI=1.16-2.60) and being admitted to a medical ward (OR=1.74, 95% CI=1.18-2.56).

CONCLUSION: Being male, aged ≥65 years, presenting moderate or severe dependence, being undernourished and being admitted to a medical ward are factors associated with sarcopenia among hospitalized adult patients.

CO.04

Caso Clínico – Esofagite Eosinofílica

Sandra Cristina Gomes Silva¹, João Pedro Pinho¹

1 - C. H. Médio Ave, EPE - Gabinete de Nutrição e Alimentação

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email : sandra.silva@chma.min-saude.pt

INTRODUÇÃO: A esofagite eosinofílica é uma doença imunomediada do esófago caracterizada pela infiltração da mucosa esofágica por eosinófilos, acompanhada por sintomas de disfunção esofágica. É uma doença crónica que atinge crianças e adultos e apresenta sintomatologia semelhante à Doença do Refluxo Gastroesofágico mas refratária à terapêutica anti refluxo.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO: Doente de 78 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de esofagite eosinofílica há 10 anos. Antecedentes pessoais de disfagia, mal-estar epigástrico, impactamento alimentar, dor ao engolir, refluxo gastroesofágico e anorexia. Realizou uma endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia que confirmou esofagite com estenose esofágica acentuada e infiltrado eosinofílico; manometria e phmetria normais; IgE normal (clara de ovo, leite, trigo, amendoim e soja). Realizou corticoterapia mas manteve a sintomatologia, tendo realizado várias dilatações esofágicas.

Em consulta de nutrição, apresentou peso de 65kg e IMC 25kg/m².

Ingestão alimentar abaixo das necessidades energéticas, proteicas e hídricas. Pela análise de bioimpedância (ângulo de fase de 3,8) e aplicação do scored Patient Guided – Subjective Global Assessment [PG-SGA] (estádio B, score 9) apresentou risco nutricional/desnutrição moderada.

Foi aplicado um protocolo que consiste na eliminação, durante 6 semanas, dos 6 grupos de alimentos com maior alergenicidade: laticínios, ovos, pescado, frutos gordos, leguminosas e trigo.

Na consulta de reavaliação, a doente reportou melhorias a nível do refluxo gastroesofágico, menor disfagia e astenia, menor expetoração e aumento do apetite, acompanhado de diminuição do volume abdominal.

Encontraram-se melhorias significativas na EDA e biópsia.

Passando à fase de reintrodução, durante 6 semanas, a doente reintroduziu cada grupo de alimentos (um a cada semana), excluindo os que provocaram sintomas. Foram reintroduzidos em primeiro lugar os alimentos mais alergénios (trigo e leite), seguidos dos menos alergénios. Com o auxílio de escalas de sintomas protocoladas, foi possível determinar que o trigo provocou o reaparecimento dos sintomas, tendo a doente passado a excluir o mesmo da dieta, melhorando a ingestão alimentar e o estado nutricional.

CONCLUSÃO: O protocolo permitiu a identificação da origem alimentar da doença, levando a uma melhoria clínica da doente.

CO.05

Tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa da Avaliação Global Subjetiva–Preenchida pelo Doente

João Pedro Pinho¹, Sandra Cristina Gomes Silva¹

1 - C H Médio Ave, EPE, Gabinete de Nutrição e Alimentação

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email: joao.pinho@chma.min-saude.pt

INTRODUÇÃO: A prevalência de cancro está a aumentar em todo o mundo e a avaliação e intervenção nutricionais são cruciais para a prevenção e tratamento

desta doença. A scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) é uma ferramenta de avaliação nutricional utilizada em todo o mundo com este propósito há mais de duas décadas. Será válida para a população portuguesa?

MÉTODOS: Foi obtida autorização por parte da autora do questionário original.

Dois nutricionistas portugueses traduziram e adaptaram a versão original para português de forma independente, tendo posteriormente construído uma versão consenso: "Avaliação Global Subjetiva – Preenchida pelo Doente". Esta foi analisada por um grupo de experts (nutricionistas, médicos, enfermeiros e professores) que, em conjunto, contribuíram para uma nova versão. Posteriormente, duas empresas especializadas retraduziram esta ferramenta para inglês, de forma independente, sem conhecimento da versão original. Foram comparadas as versões, com aprovação por parte da autora do questionário original.

Realizou-se um pré-teste no qual se testou a aceitabilidade e a validade de face e conteúdo em doentes e profissionais de saúde. Por fim, realizou-se um teste-reteste para avaliar a confiabilidade e o alfa de Cronbach para a consistência interna.

RESULTADOS: Para o pré-teste, 12 doentes e 22 profissionais de saúde foram recrutados. Por parte dos doentes obteve-se 100% de aceitabilidade e de validade de face. Por parte dos profissionais de saúde, a validade de face obtida foi também de 100%. No que diz respeito à validade de conteúdo, obteve-se S-CVI=1 para doentes e S-CVI=0,96 para profissionais de saúde.

Em relação à confiabilidade, o teste-reteste obteve uma correlação forte ($r=0,83$; $p<0,001$) ($n=9$) e, em relação à consistência interna, obteve-se um alfa de Cronbach excelente (0,91) ($n=18$).

CONCLUSÃO: Através dos resultados obtidos, concluímos que esta ferramenta está adaptada e é válida para a população portuguesa.

CO.06

Avaliação dos Hábitos Alimentares e Estado Nutricional dos Idosos internados num Hospital do Ribatejo

Joana Catarina Mendo Afonso¹

1 - C. H. do Médio Tejo, Cardiologia

Área de base de Estudo: Enfermagem

Email : joana.klone@gmail.com

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Um estado nutricional adequado e a adoção de hábitos alimentares saudáveis são fundamentais num processo de envelhecimento saudável. Verificada alguma alteração a este nível é expectável que enquanto profissionais de saúde atuem. A fase do internamento do idoso torna-se um momento favorável para a realização de ensinamentos e devido encaminhamento nutricional. Como fio condutor desta intervenção é imperatória a existência de um instrumento adequado que culmine numa análise bem detalhada de diversos aspetos como os hábitos de vida diária e o estado de saúde. Este estudo teve como principais objetivos a avaliação dos Hábitos Alimentares e Estado Nutricional dos Idosos internados num serviço de Cardiologia de um Hospital do Ribatejo e avaliação da relação entre o estado nutricional e o sexo, idade, estado civil e reforma. Material e Métodos Neste estudo descritivo-correlacionado participaram 60 idosos a quem foram recolhidos dados: sociodemográficos, económicos, hábitos alimentares e estado nutricional através do formulário Mini Nutritional Assessment.

Para análise e tratamento estatístico dos dados obtidos recorreu-se ao programa SPSS 17 com utilização de estatística descritiva e inferencial adequado ao tipo de variáveis. Resultados e discussão A amostra não probabilística foi composta por 31 homens, 29 mulheres com idades compreendidas entre os 65 e 86 anos. Os motivos de internamento mais frequentes foram: Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca e Arritmia. Quanto aos fatores de risco evidenciaram-se: a Hipertensão Arterial, Diabetes e Dislipidémia. Apresentava obesidade 45% da amostra (Índice de Massa Corporal ≥ 30). Na avaliação do Estado Nutricional verificou-se que 39 idosos estavam em risco de desnutrição, 11 desnutridos e 10 nutridos. Face a estes dados todos os idosos da amostra e prestadores de cuidados foram instruídos sobre hábitos alimentares saudáveis e os idosos em risco de desnutrição ou desnutridos foram encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a idade, sexo, estado civil e o estado nutricional ($p>0,05$). No entanto, o facto de ter ou não reforma revelou estar relacionado com o estado nutricional ($p<0,05$). Conclusão A avaliação atempada da alteração do Estado Nutricional e dos hábitos alimentares dos idosos permitiu haver uma intervenção atempada, contribuindo para um acompanhamento continuado melhorando a qualidade de vida deste grupo etário.

PALAVRAS-CHAVE: Estado Nutricional, Hábitos alimentares, Patologia Cardíaca, Envelhecimento, Mini Nutritional Assessment.

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO.07

Avaliação da ingestão de energia e de macronutrientes em praticantes de musculação que objetivam a hipertrofia muscular

Diana Oliveira¹, Inês Aires¹, Cidália Pereira¹

¹ - Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria
Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

O treino de força provoca adaptações no músculo-esquelético através de sobrecargas e a alimentação apresenta um papel fulcral neste processo. Contudo, a ambição de um corpo perfeito pode conduzir à adoção de regimes alimentares desequilibrados.

OBJETIVO: Avaliar a adequação da ingestão de energia e macronutrientes em praticantes de musculação que objetivam a hipertrofia muscular.

MÉTODOS: A amostra incluiu 62 indivíduos, de ambos os sexos (18 - 35 anos), distribuídos por: grupo controlo (GC) - combinação de exercício aeróbico/musculação que não objetiva a hipertrofia muscular (n=21), grupo que pratica musculação entre 6 meses-1 ano e objetiva a hipertrofia muscular (H6a1, n=19), e grupo que pratica musculação há mais de 1 ano e objetiva a hipertrofia muscular (H>1, n=22). Avaliou-se a ingestão alimentar através de um inquérito alimentar das 24 horas anteriores. A adequação da ingestão de energia/macronutrientes teve como referência as recomendações de diversas organizações internacionais/ autores.

RESULTADOS: A ingestão energética do H>1 foi significativamente superior à do GC (3035,9 Kcal versus 2050,3 Kcal), sem diferenças entre H>1 e H6a1. Contudo, segundo as recomendações da FAO, 63,2% do H6a1 e 63,6% do H>1 apresentou uma ingestão energética inferior às suas necessidades. Os grupos H6a1 e H>1 apresentaram uma ingestão de Hidratos de Carbono (HC) significativamente superior ao GC (308,4g e 351,1g, respetivamente versus 224,8g), sem diferenças entre H6a1 e H>1. Contudo, a ingestão de HC foi insuficiente em 42,1% do H6a1 e 45,5% do H>1 (inferior a 4g/Kg/dia). A ingestão proteica do H>1 foi significativamente superior ao GC (199,4g versus 118,5g), não se verificando diferenças significativas entre H>1 e H6a1. Contudo, H>1 ingeriu, em média, mais 57g/dia de proteína que H6a1. A ingestão proteica foi superior às recomendações em 45,5% do H>1 e 21,1% do H6a1 (superior a 2,5g/Kg/dia). A ingestão lipídica não foi diferente entre os 3 grupos. Porém, 52,6% do H6a1 e 54,5% do H>1 apresentou uma ingestão lipídica insuficiente (inferior a 20% do Valor Energético Total). Verificou-se que 72,7% do H<1 e 42,1% do H6a1 ingeriu suplementos alimentares, sendo que 56,2% do H>1 e 25% do H6a1 consumiu mais do que um suplemento.

CONCLUSÕES: Nos praticantes de musculação, a ingestão energética, lipídica e de HC foi insuficiente e a proteica foi superior à recomendada. A elevada utilização de suplementos sem acompanhamento profissional é preocupante.

CO.08

Construção e validação de uma escala de avaliação do risco de desidratação

Sara Isabel Marques Silva, Marina Isabel Adriano Rodrigues, Cristina Lavareda Baixinho

Área de base de Estudo: Enfermagem

INTRODUÇÃO: As alterações fisiológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento podem afectar o equilíbrio hídrico, colocando os idosos em risco de desidratação. A incidência e prevalência nesta faixa etária é elevada e está associada a um aumento da morbilidade e mortalidade. As suas consequências verificam-se sobretudo ao nível do estado de hidratação da pele, nomeadamente, pele, boca e axilas secas, da perda acentuada de peso, de sinais de obstipação, da diminuição das funções cognitivas e diminuição da quantidade e concentração da urina (Araújo, 2013).

De acordo com Cebola (2013), estima-se, que em Portugal, cerca de 30% dos idosos estejam desidratados, por este motivo, é deveras importante a implementação de estratégias para o seu diagnóstico atempado.

OBJETIVOS: Construir e validar uma escala de avaliação de risco de desidratação para idosos residentes na comunidade. Caracterizar os fatores de risco de desidratação nos idosos na comunidade.

METODOLOGIA: Este estudo está a ser desenvolvido em duas etapas. Numa primeira etapa e em virtude de não termos localizado instrumentos para medir as variáveis em estudo, estamos a desenhar um estudo metodológico para construir e validar instrumentos para avaliar a variável em estudo e verificar as propriedades psicométricas das mesmas.

RESULTADOS: Os resultados que temos no momento são o desenho da escala de avaliação do risco de desidratação, que necessita de ser validada.

Para o desenho da escala foram seguidos os seguintes passos: definição do que pretendia avaliar; recolha de informação nas bases de dados; observação do contexto; entrevistas aos enfermeiros, seleção do material para a definição das dimensões e itens a englobar na escala e desenho da escala. Estamos neste momento a planear a aplicação da escala na população idosa.

CONCLUSÕES: A validação deste instrumento vai ser de extrema utilidade para a prática clínica do enfermeiro, porque pode permitir a identificação de fatores de risco de desidratação, medir o risco individual do idoso e individualizar a intervenção, com impacto direto na diminuição da prevalência de idosos desidratados.

PALAVRAS-CHAVE: Desidratação; Risco; Idosos, Comunidade; Avaliação.

CO.09

Como garantir sucesso na consulta de nutrição no obeso

Cristina Vieira Cunha

Clinica Medica Ajuda - Madeira

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A Obesidade é a doença dos nossos dias e infiltrada de forma silenciosa dentro da sociedade, família e amigos.

A consulta de nutrição é a primeira etapa de uma longa caminhada que o obeso terá de enfrentar sozinho. Como auxiliar? Quais as ferramentas como dietista tenho para lhe oferecer e encorajar neste percurso longo e demorado?

MÉTODOS: Seleccionadas os doentes com IMC = 30 através da avaliação antropométrica (IMC, Perímetro Abdominal, Massa gorda).

Procederam-se às consultas de nutrição com a elaboração de planos alimentares personalizados realizados por nutricionista indo ao encontro dos gostos, preferências dos obesos.

São disponibilizados apoios psicológicos, físicos para garantir o sucesso das consultas de nutrição no Obeso.

Acordado um plano com objectivos entre o Obeso e a dietista para cumprir.

RESULTADOS: Os obesos acompanhados apresentam uma elevada taxa de

sucesso na perda de peso, IMC, Massa Gorda, Perímetro Abdominal, Glicemia, Hipertensão, Colesterol, Trigliceridos e ganha na qualidade de vida.

Apresentação das ferramentas e os recursos utilizadas nas consultas de nutrição desde valores antropométricos, bioquímicos, força de vontade, motivação, a força psicológica, valorização pessoal, disponibilidade de 24h por 365 dias do ano de dietista para esclarecer duvidas e questões que surgem no dia a dia, idas ao supermercado para auxiliar nas compras, nas escolhas de refeições saudáveis nos restaurantes, explicações sucessivas do porque de cumprir o plano alimentar. Testemunhos de ex-obesos.

CONCLUSÃO: O método utilizado nas consultas de nutrição tem sucesso, porque regista valores mais baixos de IMC, Massa Gorda, Perímetro Abdominal, Glicemia, Hipertensão, Colesterol, Trigliceridos e satisfação/realização pessoal. O apoio e a disponibilidade para ouvir o obeso e conseguir explicar-lhe o quanto é importante para ele em termos de saúde e socialmente perder peso.

Como dietista é gratificante ver um obeso deixar de o ser obeso e ser um indivíduo feliz, seguro, confinante e vaidoso.

CO.10

Phase Angle Cutoff Values for Undernutrition Screening at Hospital Admission

Rita S. Guerra¹, Ana S. Sousa², Isabel Fonseca³, Fernando Pichel³, Maria T. Restivo⁴, Teresa F. Amaral⁵

1 - FMUP; FEUP; Centro Hospitalar Porto, Dep. Bioquímica; UISP-INEGI; Serviço Nutrição Alimentação

2 - FCNAUP; Centro Hospitalar Porto, Serviço Nutrição Alimentação

3 - Centro Hospitalar Porto, Serviço Nutrição Alimentação

4 - FEUP, UISP-INEGI

5 - FCNAUP; FEUP, UISP-INEGI

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: Undernutrition screening at hospital admission is recommended. Phase angle (PhA) is an objective indicator of nutritional status and has been recently proposed as an undernutrition screening tool. This study aims to define sex- and age-specific PhA cutoff values for undernutrition screening of hospitalized patients at admission and to identify the factors associated with PhA in hospitalized adult patients.

PARTICIPANTS AND METHODS: A cross-sectional study was conducted in a university hospital. Sex- and age-specific receiver operating characteristic curves were constructed to evaluate the performance of PhA for correctly screening undernourished patients on the basis of their classification by Patient-Generated Subjective Global Assessment. Sensitivity, specificity, areas under the curves and positive likelihood ratios were calculated. Linear regression was conducted to identify factors associated with PhA.

RESULTS AND DISCUSSION: The study sample was composed of 622 participants (46% women), between the ages of 18 and 90 years old, median (interquartile range) of 56 (21) years and body mass index (BMI), mean (SD), equal to 26.3 (5.3) kg/m². For women, PhA cutoff values, sensitivities and specificities were as follows: <65 years, 5.9°, 0.659, 0.718; ≥65 years, 5.0°, 0.471, 0.759. For men, these values were as follows: <65 years, 6.0°, 0.457, 0.767; ≥65 years,

5.5°, 0.576, 0.778. The areas under the curves varied between 0.579 and 0.707 and positive likelihood ratios from 1.95 to 2.59. Male sex and BMI had a positive association with PhA whereas age, disease severity and undernutrition were negatively associated with PhA.

CONCLUSIONS: PhA cutoff values showed low sensitivities. The high proportion of false negatives obtained may be due, at least in part, to the association of BMI with PhA. Future studies should explore if PhA cutoff values for undernutrition screening stratified by BMI classes originate better diagnostic values.

CO.11

Estudo ANUCI - A subanálise da UCI-ULS de Castelo Branco

João Valente¹, Fernando Micaelo¹, Roberto Mendes¹, Sandrina Rodrigues², Olinda Gonçalves², Nulita Lourenço², Mariana Silva³, Ricardo Marinho³, Anibal Marinho³

1 - ULS Castelo Branco, Cuidados Intensivos

2 - ULS Castelo Branco, UCI

3 - Centro Hospitalar Porto, Cuidados Intensivos

Área de base de Estudo: Enfermagem

Estudo ANUCI - A subanálise da UCI-ULS de Castelo Branco

INTRODUÇÃO-OBJETIVOS: A nutrição no doente crítico é muitas vezes deficitária relativamente às reais necessidades. A ESPEN propôs o início precoce da nutrição parentérica como suplemento ao deficiente aporte entérico. Em oposição a ASPEN defendeu o início de suporte parentérico ao 7.º dia, em doentes com ausência de suporte enteral.

Face a esta oposição, o estudo ANUCI (Abordagem Nutricional em diferentes Unid Cuidados Intensivos) analisou a realidade das Unidades de Cuidados Intensivos portuguesas.

Como objetivo realizamos uma subanálise ao estudo ANUCI, destacando os dados da UCI da ULS de Castelo Branco (ULSCB).

MATERIAL-MÉTODOS: O ANUCI foi um estudo observacional, prospetivo e multicêntrico. Decorreu em 10 UCI's com o objetivo de avaliar o aporte energético ao doente crítico nos primeiros 10 dias de internamento. De um total 114 a UCI-ULSCB integrou o estudo com uma amostra de 19 doentes.

RESULTADOS-DISCUSSÃO: Da amostra UCI-ULSCB, 79% são masculinos, a maioria do foro médico (63%), com média de idades de 70,7 anos. A idade é superior à média obtida no estudo ANUCI (63,2 anos; $p=0,001$).

À semelhança dos dados ANUCI, verificamos que na UCI-ULSCB o aporte entérico foi utilizado em 66,9% dos dias e o aporte parentérico em 17,2%.

Verificou-se que na UCI-ULSCB foi fornecido, em média, um aporte de 14,8Kcal/Kg/dia por doente, corroborando estes resultados com a média global ANUCI (12,5Kcal/Kg/dia).

Partindo da premissa que o doente crítico é mais instável nos 3 primeiros dias de internamento, avalíamos o valor energético fornecido a partir do 4º dia. No estudo ANUCI o valor médio foi de 15,6Kcal/Kg/dia, e na amostra UCI-ULSCB foi de 18,2Kcal/Kg/dia.

Baseados nas equações de Harris-Benedict e Penn-State, o estudo ANUCI comparou o suporte energético médio administrado com os valores estimados, obtendo respetivamente valores de 20Kcal/Kg/dia e 23,6Kcal/Kg/dia. Na amostra da UCI-ULSCB, verificamos resultados similares, com valores médios administrados de 21,6Kcal/Kg/dia e estimados de 24Kcal/kg/dia.

CONCLUSÃO: À semelhança dos resultados ANUCI, também na UCI-ULSCB, a via entérica é preferencial à parentérica. No ANUCI verificou-se uma hiponutrição permissiva com um aporte nutricional médio de 60-80% das necessidades previstas para o doente nos primeiros 10 dias de internamento. Na UCI-ULSCB verificamos uma otimização do aporte nutricional com uma administração média de 95,7% das necessidades alvo, no mesmo período de internamento.

CO.12

Prevalência de pré-obesidade, obesidade e percepção da imagem corporal em estudantes universitários de Cursos de Saúde

Catarina Domingues¹, Paula Ravasco²

1 - Fac. de Medicina da Universid. de Lisboa, Laboratório de Nutrição

2 - Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A obesidade é problema relevante de Saúde Pública nas sociedades modernas, tem implicações directas em co-morbilidades, diminui a Qualidade de Vida e a produtividade dos indivíduos na idade adulta. A sua prevalência tem aumentado também nos estudantes universitários. A imagem corporal é vista como um conjunto de representações mentais do corpo e pode ser entendida com um factor importante para estabilidade mental e produtividade. Objectivos: 1) verificar o impacto da área do curso universitário dos alunos inquiridos, na prevalência de pré-obesidade e obesidade, na percepção e satisfação da imagem corporal e 2) na comparação entre o estado nutricional e a composição corporal de alunos de cursos de saúde com alunos do curso de ciências da nutrição.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional transversal realizado em 110 estudantes do ensino universitário, com idades compreendidas entre os 18-40 (25 ± 5) anos. Parâmetros avaliados: peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro da cintura (PC); para a composição corporal avaliamos a % massa gorda, utilizou-se a balança Tanita BC351®, estadiómetro móvel e fita métrica. Para avaliação da percepção da imagem corporal, foi aplicada a escala de silhuetas de Harris e Bradlyn.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A prevalência de pré-obesidade e obesidade foi 4% para alunos de ciências da nutrição vs 20% para outros alunos de cursos de saúde. O valor médio do IMC dos estudantes de ciências da nutrição foi 22 ± 2 kg/m² vs 23 ± 3 kg/m² para estudantes de outros cursos de saúde ($p=0,014$); diferença estatística pode dever-se a conhecimentos e hábitos adquiridos ao longo da licenciatura. Relativamente ao PC, 98% dos estudantes de ciências da nutrição não apresentam risco de complicações metabólicas vs 82% para os outros alunos de cursos de saúde ($p<0,05$). Para 84% dos estudantes de ciências da nutrição a percepção da imagem corporal corresponde à realidade vs 82% para os outros alunos de cursos de saúde. Dos alunos de ciências da nutrição, 78% refere satisfação com a sua imagem corporal vs 69% de alunos de cursos de saúde ($p<0,02$). A análise estatística foi realizada com o software SPSS versão 20.0.

CONCLUSÕES: A frequência da licenciatura em ciências da nutrição parece ter um impacto positivo contribuindo para a menor prevalência de pré-obesidade e obesidade; no entanto, não parece ter um efeito significativo quanto à percepção e satisfação da imagem corporal, factor que pode estar associado a variáveis emocionais e de estilos de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional, Composição corporal, Imagem corporal, Estudantes universitários

CO.13

Plano de Hidratação - Conhecido ou ignorado?

Filipa Santos¹, Mafalda Ng¹, Solange Lopes¹, Zélia Santos², Cristina Tomás²

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dietética e Nutrição

2 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz, E, Nutrição e Dietética

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

A EFSA recomenda a ingestão hídrica de 2,5 L/d e 2,0 L/d para o género masculino e feminino, respetivamente. Porém, devido às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento as necessidades hídricas modificam-se. A desidratação é frequente em idosos estando associada à hospitalização e taxa de mortalidade. Pretende-se, através deste estudo, analisar a variação do aporte total de líquidos em utentes durante o seu internamento hospitalar comparativamente ao domicílio.

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, com aplicação de um questionário validado, sensível ao registo quantitativo, da ingestão de água, leite, chá e sumo, no internamento e no domicílio. Foram avaliados 243 utentes internados, dos quais 43,6% (n= 106) do género feminino e 56,4% (n= 137) do género masculino, com idades compreendidas entre 20 e 92 anos. Destes, 70,4% reduziram a ingestão de líquidos aquando do internamento, sendo que 73,3% reduziram a ingestão de água, 17,7% a ingestão de chá e 21,4% a ingestão de leite.

A baixa ingestão de líquidos verifica-se em utentes do género feminino com idade ≥ 70 anos, tanto no domicílio como no internamento (~1262 ml e 1027 ml respetivamente). Aquando do internamento, os utentes reduzem a ingestão diária de líquidos (~1520 ml para 1198 ml), e de água (~1063 ml para 653 ml). Esta redução da ingestão de líquidos é mais significativa (p-value= 0,08) em utentes do género masculino com idades < 70 anos (1745 ml para 1263 ml), e menos significativa (p-value= 0,07) em utentes do género masculino com idades ≥ 70 anos (1354 ml para 1168 ml). O intervalo de variação da ingestão hídrica no domicílio é superior à variação no internamento (465 ml para 240 ml). No domicílio, a ingestão hídrica ≥ 1000 ml

verifica-se apenas em 40,3% (n= 98) dos utentes. Conclui-se que a ingestão de líquidos no domicílio encontra-se abaixo das recomendações, agravando-se durante o internamento hospitalar.

CO.14

Parental Perception of Their Children's Weight Status

Cátia Borges¹, Ana Margarida Cardoso¹, USF Marco², FCNAUP³

1 - ACES Alto-Tâmega e Barroso, URAP-Nutrição

2 - USF Marco

3 - FCNAUP

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Parental Perception of Their Children's Weight Status

BACKGROUND AND AIMS: In Portugal the knowledge about the factors that can lead the progenitor's to misclassify their offspring's weight status is scarce. The aim of this study was to investigate the parental perception of weight status of their offsprings and related factors as well as analyze the parent's attitudes towards the relation between weight and health.

METHODS: Data was collected from 568 school children aged 6 to 18 years in the city of Chaves. Weight and height of all the children were measured. A questionnaire was delivered for the parents to complete about their child's weight status and perception, health beliefs, eating habits, exercise habits, family anthropometric information (self-reported). Information from 424 mothers and 398

fathers was retrieved. The CDC growth charts were used to classify the children's BMI percentile.

RESULTS: It was verified that 33.2% of the parents classified their child's weight status incorrectly. The major factors related with the misclassification were the presence of overweight in the mothers (OR: 4.08 95% CI: 1.59- 10.39), the child's age (OR: 0.8 95% CI: 0.68-0.95), overweight (OR: 122.34 95% CI: 38.64-387.36) or obesity (OR: 13.62 95% CI: 4.88-38.02). Circa one quarter of the progenitors (24.9%) referred that there was no association between weight and

health but the totality answered that there was a relation between food and health.

CONCLUSIONS: One third of the progenitors do not recognize their child's weight status being the misperception higher in younger children. The factors that were related with misclassification were the presence in the mothers of overweight and their low educational level and the child's overweight or obesity status.

KEYWORDS: perception, parents, pediatric, weight, children

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO.15

Estado Nutricional e Avaliação de Risco Nutricional em Doentes Pediátricos Hospitalizados

Beatriz Carvalho¹, Mariana Saraiva², Ana Catarina Moreira¹, João Henriques²

1 - ESTeSL, Dietética e Nutrição

2 - Hospital de São Francisco Xavier, Nutrição e Dietética

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

PALAVRAS-CHAVE: avaliação do estado nutricional, desnutrição, doentes pediátricos hospitalizados, identificação de risco nutricional

INTRODUÇÃO: O estado de saúde da população pediátrica é fortemente indiciado pelo padrão de crescimento e pelo estado de nutrição da população infantil. Apesar do conhecimento sobre a prevalência de desnutrição em doentes pediátricos hospitalizados e do seu aumento nos últimos anos, a identificação de risco nutricional (IRN) e avaliação do estado nutricional (AEN) tem sido muitas vezes negligenciada.

OBJETIVOS: Identificar o risco nutricional e avaliar o estado nutricional de crianças internadas no serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX). Desta forma pretendeu-se testar a eficácia da ferramenta Strongkids na deteção situações de risco nutricional, com vista a melhorar a prática clínica e nutricional e gerir recursos do serviço.

MATERIAIS E MÉTODOS: A população-alvo do presente estudo incluiu todas as crianças (idade > 3 meses e ≤ 18 anos) internados no serviço de pediatria do HSFX no período de Junho 2014 a Agosto 2014. O estado nutricional foi avaliado e classificado de acordo com critérios padronizados. O StrongKids foi aplicado, e os pacientes foram classificados em grupos de baixo, médio e elevado risco. O desempenho da ferramenta foi avaliado com base na intervenção dietética independentemente dos scores do StrongKids.

RESULTADOS: O estudo incluiu um total de 50 crianças. A idade média foi de 6,7 anos e a duração média do internamento média foi de 5 dias. Com base na classificação da ferramenta strongkids 38% das crianças foram classificadas com risco nutricional elevado. Das 19 crianças com risco elevado, 100% foram avaliadas por um dietista e tiveram intervenção nutricional. Baixos z-scores de peso para a estatura/comprimento e estatura/comprimento para a idade, duração de internamento elevada e presença de doença crónica foram associados aos indivíduos classificados com elevado risco nutricional.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Os resultados sugerem que esta ferramenta de IRN é viável para a identificação de crianças que necessitam de uma AEN mais detalhada e intervenção dietética. De acordo com os resultados obtidos neste estudo considera-se que, a ferramenta de identificação de risco nutricional StrongKids seria uma mais-valia, se incluída na rotina do dietista como uma parte integrante do avaliação standard do doente.

CO.16

Avaliação do estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crónica em programa de hemodiálise contínua

Sara Gomes¹, Graça Raimundo¹, Carlos Pires², Elisa Brissos²

1 - Hosp. do Espírito Santo de Évora, EPE, Serv. de Nutrição e Dietética

2 - Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, Serviço de Nefrologia

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A insuficiência renal crónica terminal (IRCT) é diagnosticada quando a taxa de filtração glomerular é inferior a 15 ml/min/1,73m² e/ou pela necessidade de iniciar uma das técnicas de terapêutica substitutiva da função renal (TSFR). Em Portugal existem cerca de 18.000 doentes em TSFR. Estima-se que mais de metade dos pacientes em diálise sofram de desnutrição energético-proteica, associada a piores resultados clínicos subsequentes. Assim, este estudo teve como objetivos avaliar o estado nutricional de pacientes com IRCT em programa de hemodiálise contínua e verificar a prevalência de sinais de desnutrição.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo transversal, que incluiu 43 pacientes em programa de hemodiálise contínua. A avaliação do estado nutricional englobou a aplicação do questionário "Subjective Global Assessment" (SGA), o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a avaliação da ingestão alimentar (IA) e a quantificação da albumina sérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Segundo os resultados do SGA, 20,93% apresentavam malnutrição leve a moderada. Relativamente ao valor do IMC, 39,53% dos pacientes apresentavam um valor abaixo do intervalo de eutrofia. No entanto, para pacientes em hemodiálise é recomendado um IMC > 23Kg/m² e 55,81% apresentavam valores inferiores. Após a análise da IA verificou-se que 86,05% dos pacientes tinham uma ingestão calórica insuficiente e 46,51% uma ingestão proteica abaixo do recomendado. Uma vez que o SGA abrange a avaliação subjetiva da composição corporal e do consumo de nutrientes, seria de esperar uma correlação positiva com o IMC e com o consumo energético e proteico, contudo apenas se verificou com o IMC ($p=0,500$). Seria também espetável que a ingestão energética estivesse correlacionada positivamente com o valor do IMC, visto que consumos energéticos mais elevados estão normalmente associados a valores do IMC também mais elevados, contudo a correlação foi negativa ($p=-0,536$). Neste estudo, 44,19% dos pacientes apresentavam hipoalbuminemia. Sendo a albumina sérica um indicador das reservas de proteínas viscerais, seria previsível que os pacientes com uma menor ingestão de proteína apresentassem também valores menores de albumina sérica. No entanto, não se verificou uma correlação positiva ($p=-0,119$).

CONCLUSÕES: A avaliação do estado nutricional deve ser feita através da análise integrada de vários parâmetros nutricionais, pois a análise de um parâmetro isolado pode ser ilusória.

PALAVRAS CHAVES: Hemodiálise, avaliação nutricional, desnutrição.

CO.17

Nutritional and functional status, Quality of life and caregiver burden of Alzheimer's disease patients

Sousa OV.¹, Amaral TF.²

1 - Hospital de Magalhães Lemos E.P.E. , Unidade Funcional Nutrição Dietética e Alimentação

2 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação , Univ. do Porto
Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

RATIONALE: Several factors affect the nutritional and functional status and quality of life (QOL) of community-dwelling Alzheimer's disease (AD) patients. However, the role of caregiver burden (CB) has not been comprehensively explored. The aim of this study is to explore the association between nutritional and functional status, QOL with CB in community-dwelling AD patients.

METHODS: A cross-sectional study was conducted amongst 68 caregiver-patients dyads AD (patients: 25 men and 43 women; age: 77.5±7.6; caregivers: 22 men and 46 women; age: 57.5±21.7). Nutritional status was assessed using MNA, serum 25-hydroxyvitamin D3 [25(OH)D3] and bioimpedance analysis. Functional status using handgrip strength, gait speed, Lawton and Barthel Index was determined. Mental status was assessed by MMSE and QOL was evaluated through the Portuguese scale (QOL-AD). CB was measured using Zarit Burden Interview. Association between nutritional, functional mental and QOL status and CB was quantified through multivariable linear regression analysis.

RESULTS: Thirty-three caregivers (48.5%) showed low CB and 24 (35.3%) high CB. Amongst high CB, 16 (34.8%) were female spouses, whose patients 14 (58.3%) were undernourished and 20 (29.4%) had 25(OH)D3 deficiency, 18 (75.0%) were severe dependent and 10 (41.7%) showed average QOL. Linear regression analysis showed that caregiver age and education, AD patient's phase angle, gait speed and Barthel Index were the studied parameters most strongly associated with the CB, respectively (β =-0.465, 0.330, -0.358, -0.156, -0.284, and p =0.008, 0.014, 0.002, 0.021, 0.033) regardless caregiver age, caregiver education, caregiver relatives, nutritional, functional and cognitive status and QOL (R^2 =0.662).

CONCLUSION: AD patient's caregiver age and education, AD patient's phase angle and functional status were the studied parameters independently associated with CB.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, caregiver burden, nutritional status, functional status, quality of life.

Disclosure of interest: None Declared.

CO.18

Estado de Nutrição de Doentes com Tumores da Cabeça e Pescoço: Implicações para os Resultados Clínicos

E.S. Silva¹, D. Alexandre¹, S. Velho², Margarida Ferreira³

1 - IPO de Lisboa Francisco Gentil, Unidade de Nutrição e Dietética

2 - Hospital Beatriz Angelo, Unidade de Nutrição e Dietética

3 - IPO de Lisboa Francisco Gentil, Serviço de Oncologia Médica

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: Os doentes com tumores da Cabeça e Pescoço, cujo tratamento é muito complexo e agressivo, são frequentemente malnutridos. A malnutrição aumenta a morbilidade e piora os resultados clínicos.

OBJECTIVO: Avaliar de que forma o estado de nutrição, avaliado com medidas antropométricas, e o risco nutricional de doentes com tumores da cabeça e pescoço com doença localmente avançada se relacionou com os resultados clínicos.

MÉTODOS: Procedeu-se retrospectivamente à análise dos registos de 85 doentes com tumores da cabeça e pescoço com doença localmente avançada, admitidos consecutivamente para realização de quimioterapia (QT) mais quimio e radioterapia (QRT) entre Março de 2012 e Agosto de 2014 no serviço de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Dados demográficos, antropométricos e risco nutricional, avaliado com Nutricional Risk Screening 2002 (NRS 2002) foram recolhidos. Análise estatística multivariada foi usada na procura de associações entre variáveis.

RESULTADOS: 77 Homens e 11 mulheres foram incluídos. De acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) 61,2% dos doentes estavam bem nutridos, 17,6% tinham malnutrição moderada, 4,7% estavam gravemente malnutridos, 8,2% tinham excesso de peso e 8,2% obesidade. De acordo com o NRS 2002, 51,8% dos doentes estavam em risco nutricional. Ajustados os dados para a idade e perda de peso, verificou-se que nos doentes com excesso de peso o risco de não completar o protocolo de QT + QRT proposto foi 7 vezes superior quando comparado com os doentes com IMC dentro do intervalo recomendado (18,5 – 24,9 kg/m²) OR: 7.8; IC: (1.03-63.9) p = 0.045. Na análise de sobrevivência, de acordo com o NRS 2002, verificou-se que a % de doentes que sobrevive é superior no grupo de doentes classificados sem risco nutricional (Kaplan-Meier curve, Log rank p =0,07)

CONCLUSÃO: Neste grupo de doentes com tumores da cabeça e pescoço com doença localmente avançada, o excesso de peso aumentou o risco da não conclusão do tratamento proposto por toxicidades graves e o risco nutricional esteve associado a menor sobrevivência.

Palavras-chave: Tumores da cabeça e pescoço; estado nutricional; risco nutricional; quimioterapia

CO.19

Suporte Nutricional em Doentes com Tumor de Cabeça e Pescoço em Cuidados Paliativos

Machado I¹, Carvalho R¹, Flor de Lima MT², César R³

1 - Hospital Divino Espírito Santo,EPE , Endocrinologia e Nutrição

2 - Unidade Multidisciplinar Dor, Hospital Divino Espírito Santo,EPE , Anestesia

3 - Hospital Divino Espírito Santo,EPE , Endocrinologia e Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A perda de peso e a desnutrição, característica em doentes com Tumor de Cabeça e Pescoço (TCP), é comum e multifactorial. Nestes doentes em cuidados paliativos o suporte nutricional (SN) não tem o objectivo terapêutico a melhoria do estado nutricional, mas apenas providenciar conforto. O SN deve ser individualizado e integrado numa equipa e estratégia multidisciplinar. A personalização deste cuidado é importante para o bem-estar do doente e deve ter em consideração a sua situação clínica, pessoal e familiar e sobretudo deve contribuir para a sua qualidade de vida.

OBJETIVO: Elaborar uma árvore de decisão com estratégias de SN para doentes com TCP em cuidados paliativos.

MÉTODO: O SN no doente com TCP em cuidados paliativos, não tendo objetivo terapêutico, mas o de proporcionar conforto, deve consistir no ajuste e/ou melhoria da alimentação do doente integrando-se no contexto da sua situação clínica, pessoal e familiar.

RESULTADOS: As situações associadas a TCP como: perda de peças dentárias, xerostomia, mucosite, disfagia, obstrução, disgeusia, náuseas e vômitos, saciedade precoce, anorexia, diarreias, obstipação, e fístulas, devem ser tanto quanto possível, alimentariamente contornadas.

Após avaliação da ingestão alimentar e nutricional e atendendo às necessidades do doente, pode ser considerada a complementação da alimentação com suplementos orais, com maior densidade calórica/proteica e/ou com nutrientes modulares.

Atendendo a que a quase totalidade de doentes TCP que entram em cuidados paliativos, no nosso Serviço, já apresentam colocação de PEG (*percutaneous endoscopic gastrostomy*) ou SNG (sonda nasogástrica), a otimização da ingestão alimentar pode e deve ser equacionada com fórmulas nutricionalmente completas de alimentação entérica.

CONCLUSÃO: O SN, muitas vezes ignorado, em doentes TCP em cuidados paliativos, é ainda factor de controvérsia entre profissionais de saúde e prestadores de cuidados/familiares. O estado nutricional deve ser avaliado e o SN equacionado como medida de conforto e qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Tumor cabeça pescoço, nutrição, paliativos

CO.20

Regime Jurídico dos Suplementos Alimentares

Diana Martins¹, Rui Cruz¹

1 - Inst. Polit. Coimbra, ESTESC-Coimbra Health School , Dep. Farmácia

Área de base de Estudo: Farmácia

INTRODUÇÃO: O mercado dos suplementos alimentares teve um forte incremento nos últimos anos. Em parte devido ao estilo de vida quotidiano, os consumidores optam por complementar as quantidades de nutrientes ingeridas através do consumo de suplementos alimentares. Estes produtos estão sujeitos a regulamentação nacional e comunitária que os permite comercializar como géneros alimentícios. Em Portugal, estes produtos são considerados de venda livre, e tal como noutros países europeus, podem ser fornecidos ao público em farmácias e outros locais. A diversidade de oferta a nível de suplementos alimentares tem sido exponencial, pelo que se tem mostrado indispensável regulamentar estes produtos, de forma a garantir ao consumidor informação, qualidade e segurança adequadas.

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é analisar os regimes jurídicos, nacional e europeu, relativos aos supl. alimentares.

MATERIAL E MÉTODOS: Realizou-se uma revisão da legislação Portuguesa e Europeia que regulamentam todo o circuito dos suplementos alimentares, desde a sua produção até à colocação no mercado.

RESULTADOS: Na União Europeia, o mercado de suplementos dietéticos e vitamínicos totalizou quase 7 bilhões de euros, em 2009. Dados da Comissão Europeia de 2008, os suplementos alimentares constituem cerca de 50% deste mercado. Os suplementos alimentares não estão sujeitos à apresentação de estudos de eficácia, segurança e qualidade, antes da sua introdução no mercado. Atualmente, a regulamentação em vigor na Comunidade Europeia que permitiu a aproximação das legislações dos Estados-Membros, é a Directiva 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. Em Portugal, o Decreto-Lei nº 136/2003 transpõe para a ordem jurídica interna a esta Directiva, permitindo estipular normas específicas para as vitaminas e minerais, utilizados como ingredientes de suplementos alimentares. Foi ainda possível, regulamentar especificamente sobre outros nutrientes ou substâncias, com efeito nutricional ou fisiológico, também utilizados como ingredientes. O Decreto-Lei nº54/2010 transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva nº 2008/100/CE, estipulando as normas relativas à rotulagem nutricional dos géneros alimentícios.

CONCLUSÃO: Apesar do esforço da EU para uniformizar a legislação, a enorme variedade de nutrientes e outras substâncias que podem estar presentes nestes produtos, dificulta todo o processo legislativo e regulamentar. Existem certas substâncias em que não é fácil determinar a que categoria devem pertencer, medicamento ou suplemento alimentar. Ainda assim, estes suplementos são considerados seguros e necessários em situações bem definidas que tenham resultado de uma avaliação nutricional adequada. No entanto, atendendo à natureza específica dos suplementos alimentares, a legislação e regulamentação europeia evolui por forma a facilitar um controlo mais eficaz destes produtos.

CO.21

O apetite como fator preditivo de risco nutricional em idosos internados em serviços de medicina

Carla Pedro¹, Alda Ribas¹, Anabela Guerra¹, Carina Rodrigues¹, Cecília Gomes¹, Sara Policarpo^{1,2}, Sílvia Neves¹, Patrícia A. Nunes³

1 - Serviço de Dietética e Nutrição do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

2 - Laboratório de Nutrição da Fac. de Medicina da Univ. de Lisboa

3 - Dietista Coordenadora do Serviço de Dietética e Nutrição do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A desnutrição afeta fortemente pessoas idosas e é altamente prevalente na admissão hospitalar. A avaliação do apetite é uma ferramenta que pode facilmente detetar o risco de perda de peso da população e com isso prevenir o risco de desnutrição.

MÉTODOS: Durante um período de dois meses, foram rastreados os indivíduos admitidos nos serviços de Medicina Interna do CHLN-HSM, com idade ≥ 65 anos. Foram excluídos do estudo todos os indivíduos que ao longo do mesmo, foram reinternados no CHLN-HSM, e também todos aqueles a quem não se conseguiram recolher os dados necessários. Aquando do internamento ou até às 72 horas posteriores, realizou-se a avaliação do estado nutricional, utilizando-se o Mini Nutritional Assessment (MNA), e o Questionário Nutricional Simplificado de Apetite (SNAQ). O SNAQ é uma ferramenta em que os scores variam de zero a 20, sendo que zero corresponde a maior anorexia e uma pontuação ≤ 14 indica um risco significativo de $\geq 5\%$ de perda de peso. Também foi avaliada a percentagem total do número de indivíduos que já apresentavam úlceras de pressão.

RESULTADOS: Foram incluídos 385 indivíduos, 50,6% do sexo masculino e 49,4% do sexo feminino. A idade média foi de $79,5 \pm 7,4$ anos, com um mínimo de 65 e um máximo de 98 anos. O IMC médio foi de $26,4 \pm 5,2$ kg/m². Quanto ao MNA, 31,4% em risco de desnutrição e 22,1% dos indivíduos encontravam-se já em desnutrição. Quanto aos scores de QSNA 57,7% da população obteve score ≤ 14 , sendo a média de pontuação de 13,6 pontos $\pm 2,86$. Dos 385 indivíduos, apenas 4,2% apresentavam úlceras de pressão. 57,3% dos indivíduos que apresentaram um score abaixo de 14 de QSNA foram associadas a desnutrição de acordo com o MNA ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO: Os indivíduos que apresentam menor score no QSNA são aqueles que apresentam risco nutricional e/ou desnutrição, de acordo com o MNA. O QSNA pode ser uma ferramenta útil, de fácil utilização que pode complementar a avaliação do estado nutricional.

CO.22

Estado Nutricional, Ingestão Alimentar e estilo de vida em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal

Vânia Teixeira¹, Sónia Velho¹, Maria Pia², Joana Torres², Luísa Glória², Marília Cravo²

1 - Serviço de Dietética e Nutrição, Hospital Beatriz Ângelo

2 - Serviço de Gastrenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Muitos fatores parecem estar associados ao desenvolvimento da Doença Inflamatória Intestinal (DII), nomeadamente o desequilíbrio da microbiota intestinal, fatores genéticos e fatores ambientais, tais como os hábitos tabágicos, alimentação, stress, depressão, vitamina D e alteração hormonal. O objetivo do estudo consistiu na caracterização de uma amostra com DII no que diz respeito aos fatores ambientais, tais como alimentação e hábitos tabágicos.

MATERIAL E MÉTODOS: Um total de 100 pacientes com DII foi incluído neste estudo transversal. Procedeu-se à recolha de dados clínicos (tipo de DII) e medidas antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura). A composição corporal foi avaliada por bioimpedância elétrica (BIA) e o estado nutricional com o Subjective Global Assessment (SGA). Para avaliar a ingestão alimentar, foi utilizado o questionário de Frequência Alimentar Semi-quantitativo desenvolvido para a população Portuguesa. A análise dos dados foi efetuada com o programa SPSS 20.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram incluídos 100 pacientes com DII, 58 com Doença de Crohn (DC) e 42 com Colite Ulcerosa (CU), sendo 51 do sexo feminino e 49 do sexo masculino, com idade média de $44,8 \pm 14,7$. A idade média de duração da doença foi de $10,6 \pm 10,2$. De acordo com a classificação do índice de massa corporal (IMC), 4/100 pacientes apresentaram baixo peso, 43/100 tinham peso normal, 31/100 com excesso de peso e 22/100 eram obesos. 84/100 estavam bem nutridos e 16/100 moderadamente e severamente desnutridos, de acordo com o SGA.

Relativamente à ingestão alimentar, os pacientes com DC apresentam um consumo mais elevado de cafeína (DC: $83,2 \pm 63,5$, CU: $49,9 \pm 38,4$, $p = 0,009$) e sódio (DC: $2384,8 \pm 1043,08$, CU: $1918,1 \pm 939,2$, $p = 0,03$), bem como maior aporte proteico (DC: $98,3 \pm 38,7$, CU: $83,4 \pm 38,0$, $p = 0,08$), de gordura (DC: $84,7 \pm 34,3$, CU: $72,1 \pm 32,0$, $p = 0,06$), zinco (DC: $12,3 \pm 5,3$, CU: $10,3 \pm 4,1$, $p = 0,07$) e de vitamina D (DC: $3,8 \pm 2,3$, CU: $3,46 \pm 2,7$, $p = 0,09$).

Os pacientes com CU apresentam uma maior tendência para a ingestão de fibras solúveis (DC: $5,2 \pm 3,22$, CU: $6,8 \pm 2,96$, $p = 0,007$) e vitamina C (DC: $122,7 \pm 70,4$, CU: $155,6 \pm 93,3$, $p = 0,06$). Comparando os valores aceitáveis da distribuição de macronutrientes com as Doses Diárias de Referência (DRI), 22/100 apresentaram consumo excessivo de proteína, 43/100 de hidratos de carbono, 66/100 de

COMUNICAÇÕES ORAIS

gordura e 76/100 consumo excessivo de sódio. Os fumadores eram maioritariamente pacientes com DC (20/27 fumadores, $p=0,048$) e não foi encontrada qualquer diferença relativamente à exposição solar, atividade física e suplementação. Não foram encontradas diferenças relativamente aos níveis de hidroxivitamina D e valor de PCR.

CONCLUSÃO: O excesso de peso e obesidade tem uma elevada prevalência em pacientes com DII. O padrão alimentar dos doentes com DII parece ser desequilibrado e pode estar implicado na atividade da doença e na predisposição para outras doenças associadas ao excesso de peso e obesidade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a DC e a CU, exceto para a os hábitos tabágicos e a ingestão alimentar.

CO.23

Fenótipo da Doença, Estado Nutricional e Ingestão Alimentar em pacientes com Doença de Crohn

Vânia Teixeira¹, Sónia Velho¹, Maria Pia², Joana Torres², Luísa Glória², Marília Cravo²

1 - Serviço de Dietética e Nutrição, Hospital Beatriz Ângelo

2 - Serviço de Gastroenterologia, Hospital Beatriz Ângelo

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A Doença de Crohn (DC) está frequentemente associada a défices nutricionais, na maioria das vezes como resultado da atividade da doença e restrição alimentar. O objetivo do nosso estudo consistiu em avaliar a relação entre o estado nutricional e características da doença numa amostra com DC.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal numa amostra com DC. Foram colhidos dados relativos ao estado nutricional (bioimpedância elétrica, medidas antropométricas e Avaliação Subjetiva Global (SGA), dados clínicos (sexo, idade, duração da doença, terapêutica farmacológica e fenótipo da doença de acordo com a Classificação de Montreal) e estilo de vida (exposição solar, atividade física e hábitos tabágicos atuais). Os níveis de hidroxivitamina D (25(OH)D3) foram avaliados em 53 doentes com DC. A análise dos dados foi efetuada com o programa SPSS 20 e R software.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram incluídos 59 doentes, 31 (52,6%) do sexo feminino e 28 (47,5%) do sexo masculino, com idade média de $42,2 \pm 15,3$. De acordo com a classificação do índice de massa corporal (IMC), 3 (5,1%) estavam desnutridos, 29 (49,2%) tinham peso normal, 15 (25,4%) excesso de peso e 12 (20,3%) eram obesos. De acordo com o SGA, 46 (78%) pacientes foram classificados como bem nutridos e 13 (22%) como moderadamente ou gravemente desnutridos. Pacientes tratados com corticoides apresentaram uma tendência para um menor valor médio de IMC ($22,3 \pm 4,8$ vs $25,2 \pm 4,7$; $p = 0,06$) e menor valor médio de massa gorda (MG) ($13,13 \pm 7,0$ vs $19,6 \pm 9,5$, $p = 0,05$). Pacientes com envolvimento ao nível de L3 ou L3+L4 apresentaram uma tendência para uma menor média de perímetro abdominal (PA) (L1: $87,7 \pm 15,7$; L2: $94,6 \pm 12,9$, L3 + L4: $82,8 \pm 15,3$, $p = 0,08$) e de MG (L1: $18,1 \pm 7,5$, L2: $24,2 \pm 9,2$, L3 + L4: $16,92 \pm 10,53$, $p = 0,04$). 49 (92,5%) apresentaram défice grave ou insuficiente de 25(OH)D3 e 4 (7,5%) com valores normais de 25(OH)D3. A análise multivariada mostrou que, a idade (OR: 1.05, 95%IC:[1.00-1.11], $p=0.03$), hábitos tabágicos (OR: 5.05, 95%IC:[1.19-26.13], $p=0.04$), SGA (OR: 9.13 95%IC:[1.75-63.4], $p=0.013$) e a tendência para o consumo de proteína (OR: 0.97, 95%IC:[0.94-0.99], $p=0.08$), foram preditores independentes do comportamento da doença (B2+B3 vs B1), ajustado para a vitamina D e aporte energético. A análise da curva ROC mostrou que este modelo tinha um poder razoável para identificar pacientes com comportamento de doença B3/B2 (AUC=0,803).

CONCLUSÃO: A DC está associada com alterações ao nível da composição corporal e estado nutricional. O tratamento com corticoides e a localização da doença ao nível L3/ L3+L4 afetam significativamente a composição corporal, ou seja, estes doentes apresentam uma média mais baixa no que diz respeito ao IMC, PA e MG. Os hábitos tabágicos, a idade, o SGA e as ingestão proteica foram preditores independentes de um fenótipo mais agressivo da doença.

CO.24

Adaptação Cultural para Portugal do NUTRITION Risk in the Critically Ill

Rosa Mendes¹, Sara Policarpo², Philip Fortuna¹, Daniel Virella³, Daren K Heyland⁴

1 - Unidade de Urgência Médica, Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal;

2 - Departamento de Dietética e Nutrição, Hospital Universitário de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal

3 - Gabinete de Análise Estatística e Epidemiológica, Centro de Investigação, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

4 - Clinical Evaluation Research Unit, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario, Canada.

INTRODUÇÃO: A malnutrição é frequente nos doentes hospitalizados, sobretudo na população de doentes críticos e está associada a pior outcome. O NUTRIC score foi a primeira ferramenta a ser desenvolvida especificamente para avaliar o risco nutricional nesta população específica. Integrado num projeto de avaliação da efetividade do NUTRIC score em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) portuguesas, foi necessário efetuar a sua adaptação cultural para Portugal.

OBJECTIVO: Adaptação cultural para Portugal do NUTRIC score.

MÉTODOS: A validação cultural seguiu a sequência metodológica recomendada: tradução para português – discussão em grupos focais – tradução retrógrada para inglês – validação pela equipa responsável pelo instrumento original. Dois profissionais de saúde portugueses, com bom conhecimento de inglês, traduziram de forma independente os itens da ferramenta original para português; destas duas traduções surgiu uma versão de consenso. Um grupo focal constituído por uma enfermeira, uma dietista e um médico, todos a trabalhar em UCIs, avaliaram a preservação do constructo e a correta compreensão de frases e expressões. A versão final em português da ferramenta foi traduzida para inglês por uma tradutora oficial, inscrita na Sociedade Portuguesa de Tradutores.

RESULTADO: A tradução retrógrada da ferramenta foi enviada à equipa responsável pelo NUTRIC score original, sendo aprovada como versão oficial para Portugal. A tradução retrógrada da ferramenta foi registada no notário.

CONCLUSÃO: NUTRIC score foi adaptado para a língua Portuguesa seguindo a metodologia standard para adaptação cultural.

PALAVRA CHAVE: avaliação do risco nutricional, doentes críticos, adaptação cultural, NUTRIC score

Posters | dia 27 e 28 de abril



P.01

Hábitos de consumo de Suplementos Alimentares de clientes de hipermercados da região de Lisboa e Vale do Tejo

Cláudia Teixeira¹

¹ - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Departamento de Nutrição, Saúde e Bem-Estar

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email : teixeira.rsc@gmail.com

O consumo de suplementos alimentares (SA) tem aumentado exponencialmente. O objetivo da presente investigação é estudar os hábitos, comportamentos e motivos de consumo de SA. A investigação envolveu 271 clientes frequentadores de uma insignia da distribuição moderna (DM). A análise de consumo foi realizada a partir de um questionário adaptado do estudo realizado pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) em Portugal. O consumo de SA verificou-se em 72,3% dos clientes. Encontraram-se diferenças significativas entre a prática de atividade física (AF) e o consumo de SA ($X^2=5,40$; $p<0,05$), sendo que 62,2% dos consumidores praticam AF. A principal razão de consumo foi dieta e emagrecimento (25%). A categoria de SA mais consumida foi a dos suplementos multivitamínicos (26,4%). Os principais atributos valorizados para a tomada de decisão na compra de SA são a qualidade e a necessidade/funcionalidade. Cerca de 46,4% consumiu SA por iniciativa própria (IP) e 13,3% por recomendação do dietista/nutricionista. 20,4% dos clientes optou pela farmácia e ervanárias/lojas de produtos naturais como local de compra. Em média, a satisfação global com os resultados dos SA é elevada ($5,38\pm 1,17$). Os não consumidores referem que a principal razão para o não consumo de SA é por não sentirem necessidade (72%). Verificou-se a existência de relação entre os motivos para o não consumo e a predisposição para o mesmo ($X^2=27,21$; $p<0,05$). Esta investigação evidencia a necessidade da elaboração de mais estudos relativos ao consumo de SA e ainda a importância do papel dos dietistas/nutricionistas para o aconselhamento deste tipo de produtos.

PALAVRAS-CHAVE: Suplementos alimentares; Distribuição moderna; Hipermercados; Consumo

P.02

Desperdício Alimentar no Hospital Garcia de Orta, EPE

Cristiana Lopes¹, Anabela Almeida¹, Manuela Coito¹, Fátima Cunha¹, Ana Fonseca¹, Carla Santos¹

¹ - Hospital Garcia de Orta, EPE, Serviço de Nutrição e Dietética

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email : crismargaridareis@gmail.com

Atualmente existe uma grande preocupação no que concerne ao Desperdício Alimentar. Esta problemática tem sido evocada por diversas entidades, quer a nível nacional quer a nível mundial. Numa unidade hospitalar como o Hospital Garcia de Orta, EPE, a redução do desperdício alimentar é um dos maiores desafios para os serviços de alimentação e de nutrição e dietética, por se tratar de uma questão não somente ética, mas também económica e com reflexos políticos e sociais. Um Serviço de Alimentação, numa unidade hospitalar, produz desperdício alimentar correspondente essencialmente a sobras e restos.

Apesar de as instituições hospitalares fornecerem refeições com potencial para satisfazer as necessidades nutricionais da maioria dos utentes, verifica-se com frequência uma ingestão energética e proteica insuficiente. Esta investigação teve como principais objetivos avaliar o desperdício das refeições fornecidas neste Hospital, conhecer as suas causas e otimizar os custos. A recolha dos dados foi feita por método observacional, com recurso a um questionário previamente elaborado com uma escala de classificação de 5 pontos. Após o tratamento dos dados recolhidos verificou-se um desperdício médio de pelo menos 43%. Os motivos para a não ingestão da totalidade da refeição são multifatoriais, com destaque para a má qualidade da refeição, a falta de tempero e a anorexia.

POSTERS

P.03

Estado nutricional de doentes com doença hemato-oncológica: evolução durante o internamento

Nádia Alves¹, Telmo Barroso², Nuno Rebelo², Marisa Cebola¹, Lino Mendes¹

1 - Esc. Sup. Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dep. Dietética e Nutrição
2 - Centro Hospitalar Lisboa, Unidade de Nutrição e Dietética
Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição
Email: nadia.gomesalves@gmail.com

INTRODUÇÃO: A prevalência de malnutrição em doentes oncológicos tem sido largamente estudada ao longo dos últimos anos, contudo no caso específico das doenças hemato-oncológicas esta prevalência não se encontra bem definida. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional dos doentes hemato-oncológicos, no momento da admissão hospitalar e a evolução durante o internamento.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional prospetivo, com uma amostra constituída por doentes com doença hemato-oncológica (maiores de 18 anos), admitidos no serviço de internamento. De forma a avaliar o estado nutricional procedeu-se à aplicação do questionário patient generated subjective global assessment (PG-SGA) e à realização de avaliações antropométricas: peso, altura, percentagem de massa gorda, prega cutânea tricipital e área muscular braquial corrigida. Foram registados os valores bioquímicos da albumina, hemoglobina e proteína C-Reativa. Os dados foram recolhidos em dois momentos distintos: até 72h após admissão e na alta hospitalar. Foram excluídos doentes acamados, edemaciados ou transferidos de outras unidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram avaliados 41 doentes, 53,7% do sexo feminino com uma idade média de 50,1±17,7 anos. De acordo com o PG-SGA, na admissão, 36,5% dos doentes apresentavam-se desnutridos (31,1% denutrição moderada e 2,4% desnutrição severa). Na avaliação realizada na alta hospitalar, verificou-se um aumento destas percentagens para 46,3% dos doentes moderadamente desnutridos e 9,8% severamente desnutridos, verificando-se uma alteração significativa nas categorias do PG-SGA (p=0,001). Segundo o índice de massa corporal (IMC), observou-se uma elevada percentagem de doentes com excesso de peso (48,8%) quando comparado com doentes desnutridos (12,2%), verificando-se um decréscimo significativo no IMC durante o internamento (p=0,011). Constatou-se que 63,4% dos doentes perderam peso durante o internamento, enquanto que 36,6% aumentaram de peso. Na admissão 31,6% doentes apresentaram dois ou mais sintomas com impacto nutricional, verificando-se durante o internamento um aumento na sua prevalência.

CONCLUSÕES: Durante o internamento verificou-se uma deterioração do estado nutricional dos doentes hemato-oncológicos submetidos a quimioterapia. Estes resultados reforçam a importância de detetar precocemente alterações nutricionais de forma a prevenir o declínio do estado nutricional, minimizar efeitos secundários da terapia e prolongar a resposta clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional, doenças hemato-oncológicas, Patient Generated Subjective Global Assessment

P.04

Monitorização da implementação do Protocolo Básico de Nutrição no doente queimado

Mariana Félix¹, Ana Catarina Moreira¹, Alda Ribas², Patrícia Almeida Nunes², Lino Mendes¹

1 - Esc. Sup. Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dep. Dietética e Nutrição
2 - Centro Hosp. Lisboa - Hospital de Santa Maria, Dietética e Nutrição
Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição
Email: marianamfeli@hotmail.com

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A queimadura provoca alterações físicas, psicológicas e metabólicas, colocando os doentes em risco de malnutrição. A resposta hipermetabólica provoca um gasto energético acrescido, catabolismo proteico, lipólise, neoglicogénese, sendo necessário um adequado aporte de macronutrientes e de micronutrientes. A avaliação nutricional e a determinação das necessidades nutricionais constituem o verdadeiro desafio nesta situação clínica. Foi nosso objetivo avaliar o Protocolo Básico de Nutrição da Unidade de Queimados do Hospital de Santa Maria, em vigor desde 2001.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional, transversal, retrospectivo incluindo 35 doentes com queimaduras internados no ano de 2012. Foram analisados: a percentagem (%) de área corporal queimada total (ACQT), comorbilidades, desfecho clínico, presença de queimadura das vias aéreas, número de dias de internamento, tipo de suporte nutricional, número de dias até iniciar suporte nutricional entérico, aporte energético e o proteico diário. O tratamento estatístico foi realizado utilizando o programa SPSS versão 21.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Para os doentes que necessitaram de suporte nutricional entérico (74,3%) a média de dias até ao seu início foi de 2,7±4,9 dias, contudo sabe-se que iniciar este suporte nutricional nas primeiras 24 horas de internamento acelera a recuperação da queimadura e reduz o tempo de internamento. Independentemente da %ACQT, foram encontradas diferenças significativas entre os aportes energéticos e proteicos médios e as necessidades energéticas e proteicas totais, verificando-se que o aporte energético médio de todos os doentes foi inferior às necessidades energéticas reais (p<0,001) e o aporte proteico médio de todos os doentes foi inferior às necessidades proteicas reais (p<0,001), podendo ser explicado pela existência de queimadura das vias aéreas e disfunção do trato gastrointestinal, situações comuns nestes doentes.

CONCLUSÃO: Concluímos que é importante uma revisão do Protocolo Básico de Nutrição para evitar que a ingestão dietética seja inferior às necessidades nutricionais reais e para que haja uma melhor monitorização do suporte nutricional destes doentes. Como trabalho futuro, seria desejável aumentar o número da amostragem e um registo alimentar mais pormenorizado de modo a estabelecer correlações entre o suporte nutricional instituído com o aporte energético e proteico médio.

PALAVRAS-CHAVE: queimadura; cuidados intensivos; hipermetabolismo: intervenção nutricional;

P.05

Desafios nutricionais no pós-operatório de cirurgia major de cabeça e pescoço

Ana Amado¹, Inês Saraiva¹, Teresa Themudo¹, Paula Alves¹

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, Serviço de Nutrição e Alimentação

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email: anacfamado@gmail.com

INTRODUÇÃO: Os doentes oncológicos de cabeça e pescoço (CP) submetidos a cirurgia (CR) apresentam risco de desnutrição e diminuição da função imunitária, aumentando o risco de complicações no pós-operatório (PO).

A instituição de terapia nutricional (TN) artificial no PO de CR major de CP visa reduzir o declínio do estado nutricional, reduzir as complicações no PO, o tempo de internamento e os custos hospitalares.

Há diversas recomendações a nível mundial quanto à TN a instituir, sendo as fórmulas imunomoduladoras (FI) identificadas como as mais benéficas para esta população.

OBJETIVO: Análise da TN instituída no PO major de CP no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPOP).

MATERIAL E MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo de um ano até Março 2014, sendo critério de inclusão: internamento para realização de laringectomia total, laringectomia parcial ou faringolaringectomia total. Foram recolhidas variáveis sociodemográficas e antropométricas, tipo de CR, TN instituída, queixas gastrointestinais e complicações no PO. Estes dados foram tratados no programa SPSS (v22).

RESULTADOS: Avaliaram-se 70 doentes, com idade média de 59,3 anos. À admissão, a média do Índice de Massa Corporal era de 22,4 kg/m², correspondendo o primeiro quartil a um valor de 19,0 kg/m².

Verificou-se uma perda ponderal (PP) média prévia ao internamento de 9,8%. A instituição da TN foi feita até 48 horas do PO em 74,6% dos casos, sendo a via preferencial a sonda nasogástrica (90%) e em 85,3% dos casos foi instituída FI. Da análise resultou uma intolerância de 47,2% às FI. Relativamente a complicações no PO, verificou-se a presença de fístula em 29,4% dos casos, a ocorrência de infeções em 34,36% e uma média de tempo de internamento de 18,8 dias. Houve correlações positivas entre a PP no internamento e os dias de internamento ($r=0,375$ e $p=0,005$) e entre a PP e os dias a efetuar dieta líquida ($r=0,440$ e $p=0,001$).

DISCUSSÃO: À admissão verificou-se uma desnutrição inferior à das referências bibliográficas. Contudo houve uma PP significativa durante o internamento. A prática clínica no IPOP segue as recomendações mundiais para CR major, apesar das dificuldades encontradas no seu cumprimento. A elevada percentagem de intolerância às FI suscita o interesse de estudos sobre um eventual recurso a outras fórmulas, no sentido de reduzir o aporte diário de arginina.

CONCLUSÕES: Seria desafiante ajustar a instituição das FI nesta população do IPOP.

P.06

Aporte energético e distribuição nutricional em pacientes submetidos a cir. bariátrica: prévio vs. 2º ano de follow-up

Mónica Santos¹, Rita Candeias²

1 - Hospital da Luz, Consulta de Dietética e Nutrição

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Estudante

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email: msantos@hospitaldalu.pt

A cirurgia bariátrica apresenta-se como o tratamento mais efetivo na perda ponderal em indivíduos com obesidade mórbida, mostrando uma diminuição substancial da mortalidade de doentes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, bem como a redução do risco de desenvolver co-morbilidades associadas, [1] bem como se verifica uma melhoria do comportamento alimentar significativa até ao 1º ano de pós-operatório. [2,3]

Contudo, o reganho ponderal a médio-longo prazo constitui um risco para todos os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, sendo que aproximadamente 20-25% do peso perdido pode ser recuperado num período

de 10 anos. Vários fatores preditivos de reganho ponderal foram identificados, entre os quais o tipo de cirurgia, tolerância alimentar, metabolismo basal, impulsos alimentares, erros na estimativa da ingestão, aderência ao programa, literacia alimentar do paciente e, nomeadamente as escolhas alimentares no período de pós-operatório. [4] Estima-se que o peso mínimo pós cirurgia ocorre entre o 22º e o 23º mês, sendo que o reganho ponderal revela significância a partir do segundo ano. [5]

Neste sentido, pretende-se avaliar a ingestão alimentar de utentes submetidos a Bypass gástrico em Y-de-Roux, Sleeve gástrico e Derivação biliopancreática no período de pré-operatório e dois anos após a cirurgia.

Num estudo transversal retrospectivo quantificou-se a ingestão alimentar dos utentes submetidos a cirurgia bariátrica, através do recall 24h, relacionando o aporte energético e a sua distribuição em macronutrientes (proteína, lípidos, glicídios e fibra), com a evolução ponderal (peso) e composição corporal (massa magra e massa adiposa) dos mesmos.

Posto isto, a intervenção nutricional integrada num tratamento multidisciplinar em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica é essencial para a manutenção dos resultados obtidos e prevenção do reganho ponderal. [4]

1. Fried M, Yumuk V, Oppert J-M, Scopinaro N, Torres A, Weiner R, Yashkov Y, Frühbeck G. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. Obesity Facts – 2013 Oct 1; 6:449-468.

2. Higa, K, Ho, T, Tercero, F, Boone, KB. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 10-year follow-up. Surg Obes Rel Dis – 2011 Jul-Aug; 7 (4):516-25.

3. van Hout GC, Jakimowicz JJ, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Weight loss and eating behavior following vertical banded gastroplasty. Obes Surg. 2007; 17(9):1226-34.

4. Stoklossa, C.; Atwal, Sunee. Nutrition Care for Patients with Weight Regain after Bariatric Surgery. Gastroenterology Research and Practice – 2013; 2013: 7.

5. Christou, N.; Look, D.; MacLean, L. Weight Gain After Short- and Long-Limb Gastric Bypass in Patients Followed for Longer Than 10 Years. Annals of Surgery – 2006 Nov 5; 244:734-740.

POSTERS

P.07

Aplicabilidade de fórmulas para estimar o peso corporal em oncologia

Joana Pedro¹, Diana Alexandre², Eugénia Silva², Carla Chagas², Lino Mendes¹, Elisabete Carolino³

1 - Esc. Sup. Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lic. Dietética e Nutrição

2 - IPO de Lisboa Francisco Gentil, EPE, Unid de Nutrição e Dietética

3 - Esc. Sup. Tecnologia da Saúde de Lisboa, Área científica de Matemática

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email: joana.pedro1992@gmail.com

INTRODUÇÃO: O peso corporal é um parâmetro importante em oncologia pois é através dele que são adaptadas ao indivíduo diversas terapêuticas. São exemplos disso a quimioterapia, a cirurgia e a nutrição instituída. O peso atual pode ser facilmente obtido mas em determinadas situações clínicas a pesagem directa do doente numa balança não é possível e nem todos os serviços de internamento oncológico dispõem de equipamentos específicos para o efeito. Não conhecer o peso actual do doente pode refletir a má qualidade dos cuidados prestados. No entanto, o peso corporal pode ser estimado de forma indirecta através de fórmulas validadas, as quais utilizam valores de medidas corporais (pregas cutâneas e perímetros) que podem ser recolhidas independentemente do nível de mobilidade dos doentes.

OBJETIVOS: Determinar a melhor fórmula para estimar o peso em doentes oncológicos acamados

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo observacional, transversal com 126 indivíduos com pelo menos 18 anos de ambos os sexos, que se encontravam internados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa entre o dia 1 de Abril e 23 de Maio de 2014. Eram realizadas medidas antropométricas segundo o método de Lohman e os indivíduos eram pesados numa balança. Com as medidas antropométricas determina-se o peso corporal através de fórmulas para estimar o peso corporal (Chumlea et al., Rabito et al. e Powell-Tuck & Hennessy) e compara-se com o real.

RESULTADOS/DISCUSSÃO: Em ambos os sexos, e independentemente da idade, a fórmula de Chumlea et al. diferiu estatisticamente, considerando o valor de significância de 0.01, do peso corporal real.

As fórmulas de Rabito et al. e de Powell-Tuck & Hennessy não apresentaram diferença estatística nem entre o valor obtido e o peso real, nem entre elas e como tal, são as que mais se aproximam do peso real. Apesar de não existir diferença significativa entre as últimas duas fórmulas descritas, para os homens idosos a fórmula de Rabito et al. foi a que mais se aproximou dos valores reais.

CONCLUSÃO: Das fórmulas utilizadas, a fórmula de Chumlea et al. foi a única que diferiu do peso corporal real nesta população. As fórmulas de Rabito et al. e de Powell-Tuck & Hennessy não apresentaram diferenças com o peso real, no entanto a de Powell-Tuck & Hennessy é a que requer menos tempo de utilização e por isso é mais fácil a sua utilização na prática clínica.

P.08

A interação entre a disfunção cognitiva e o estado nutricional de doentes idosos

Melanie Araújo¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Estudante

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

Email: melaniearaujo92@hotmail.com

A interação entre a disfunção cognitiva e o estado nutricional em doentes idosos

INTRODUÇÃO: A desnutrição é um estado patológico muito comum em doentes idosos com disfunção cognitiva estando associada a um pior prognóstico e a um aumento do risco de complicações.

É de extrema importância identificar o risco nutricional destes doentes de forma a permitir uma intervenção nutricional precoce e, consequentemente, melhorar o seu estado nutricional e clínico.

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo foi avaliar a interação entre a disfunção cognitiva e o estado nutricional de doentes idosos internados por diversas patologias no Hospital de Seia.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional e os dados foram recolhidos a partir de 1 de junho de 2009 até 16 de Janeiro de 2015.

Incluiu 360 pacientes idosos com comprometimento cognitivo e um grupo de controlo composto por 381 doentes idosos. O risco nutricional foi avaliado com o Mini Nutritional Assessment (MNA) e o diagnóstico de disfunção cognitiva foi recolhido do processo clínico do doente. Foram excluídos do estudo doentes com edemas, amputações e próteses metálicas.

RESULTADOS: Os 360 doentes idosos com comprometimento cognitivo (43,1% sexo masculino e 56,9% sexo feminino) tinham uma idade média de $79,44 \pm 7,63$ anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os 381 doentes do grupo de controlo [40,2% sexo masculino e 59,8% sexo feminino ($p = 0,234$)], com uma média de idade de $83,39 \pm 7,23$ anos ($p = 0,108$).

A pontuação média do MNA dos doentes com disfunção cognitiva foi significativamente menor do que os doentes do grupo de controlo [$14,14 \pm 3,89$ vs $20,56 \pm 5,23$ ($p < 0,001$)].

Nos doentes idosos com disfunção cognitiva encontramos 72,8% com problemas de desnutrição, 25% em risco de desnutrição e 2,2 % sem problemas nutricionais. No grupo de controlo verificou-se que 23,6% tinham problemas de desnutrição, 37,3% estavam em risco de desnutrição e 39,1 % não tinham problemas nutricionais. Observou-se uma correlação positiva entre o estado nutricional dos doentes idosos e a disfunção cognitiva ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO: O presente estudo mostra claramente que os distúrbios cognitivos afetam significativamente o estado nutricional dos doentes idosos internados. Por isso, é extremamente importante haja uma avaliação do estado nutricional desses doentes a fim de intervir o mais precoce possível e, assim, melhorar o estado clínico do doente.

P.09

Diet therapy with fodmaps restriction has benefits in fibromyalgia?

Ana Paula Marum¹, Cátia Moreira², Catarina Sousa Guerreiro²

1 - Faculdade de Medicina de Lisboa

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Área de base de Estudo: Medicina

Email: apmarum@cemint.pt

INTRODUCTION: Fibromyalgia (FM) is a chronic rheumatic disease characterized by widespread musculoskeletal pain of unknown etiology and drug therapy low effective. Restriction FODMAPS (Fermentable oligo-di-monosaccharides polyols) has growing scientific evidence as IBS (Irritable Bowel Syndrome) therapy. They are common comorbidity and high prevalence of functional GI disorders is found in FM.

OBJECTIVES: The effects of a diet restriction in FODMAPS (Fermentable oligo-di-monosaccharides polyols) is being studied on the symptoms of Fibromyalgia (FM) and its impact on quality of life (QOL) besides the effect on gastrointestinal (GI) symptoms.

METHODS: Interventional study with 36 patients with FM according to the ACR (American College of Rheumatology) criteria on a controlled restricted FODMAPs diet for 4 weeks. Assessed before (Moment1) and after (Moment2) dietary intervention by VAS (Visual Analogic Scale), RFIQ (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire), IBS_SSS (Severity Score System) and Euro-QOL. The daily consumption of FODMAPs was quantified in the diets.

RESULTS: The preliminary results show significant improvement in the GI symptoms (35 patients with IBS criterion), improvement in pain symptoms and in FM Impact associated with QOL. Average scores respectively evaluated at 1 and 2 moments: IBS_SSS 269 and 137(p <0.05), VAS Pain score 6.8 and 5.2 (p<0.05), RFIQ score 64.8 and 50.3 (p<0.05); Euro-QOL of 46.7 and 57 (p<0.05). FODMAPs intake without restriction is average 25 gr/day and with restriction 2.5 g/day (p < 0.05). The average rate of compliance to the diet was 86% and satisfaction with the diet was 77%. Consumption of diet FODMAPs compared with the prescribed FODMAP values confirmed measured adherence to the diet by no significant difference between them (p = 0.836) T-student tests

CONCLUSION: There is a very positive impact on GI and pain symptoms of FM and on the QOL of such patients by prescription of a diet therapy with FODMAPs restriction. This is a stimulus for larger studies in this area of diet therapy as complementary therapy in fibromyalgia.

KEY WORDS: Fibromyalgia, FODMAPs

P.10

Ingestão calórica e proteica em doentes críticos e outcome

Maria João Eleutério¹, Rita Carvalho¹, Manuela Henriques¹, Lisa Esteves¹, Humberto Costa¹, Rui César¹, Dionísio Maia¹

1 - Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A doença crítica está associada à rápida deterioração do estado nutricional, mesmo em doentes bem nutridos na admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A desnutrição está fortemente associada ao aumento do tempo de internamento (TI) na UCI e hospitalar, à incidência de complicações infecciosas e à mortalidade. As recomendações calóricas e proteicas para doentes críticos estão bem definidas, mas grande número de doentes recebe quantidades abaixo das necessidades, com consequência negativas no outcome.

OBJECTIVOS: O presente estudo pretende caracterizar os doentes admitidos na UCI, determinar a quantidade de calorias e proteínas administradas durante o internamento e correlacionar o outcome com o TI na UCI e a mortalidade aos 28 dias.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo, observacional, dos doentes admitidos na UCI num período de 6 meses e com o tempo de internamento > 72h. Os dados recolhidos incluem a idade, MUST, Apache II e SOFA na admissão, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e a ingestão de calorias e proteínas (na alimentação entérica e/ou parentérica, glicose dos soros e lipídios no propofol), em kcal e gramas, por kg de peso e por dia, nos primeiros 5 dias (ou > 3 quando aplicável) de internamento na UCI. O outcome foi obtido até aos 28 dias e inclui o TI e a mortalidade nos 28 dias. Na análise estatística os métodos utilizados foram comparados com o Teste t-Students ou o teste Mann-Whitney para as variáveis contínuas e o teste de Fisher para as variáveis categóricas. A análise estatística foi considerada significativa para valores de p < 0.05. Todas as análises foram realizadas pelo SPSS 21.

RESULTADOS: Foram seleccionados para o estudo 70 doentes com média de idade 65.6 ± 9 anos, 55.7% do sexo masculino, com IMC de 27.8 ± 6.62, MUST 2.02 ± 0.9 e TI de 12.13 ± 9.36 dias. A ingestão média de calorias foi de 17.6 ± 6.4 Kcal/kg/dia e a ingestão média de proteínas de 0.76 ± 0.34g/kg/dia. A patologia com maior prevalência foi a doença pulmonar (32.86%) e sepsis (24.29%), seguida da doença cardiovascular (17.14%). Aos 28 dias, 11 doentes (15.71%) faleceram. Não encontramos correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de calorias ou proteínas e mortalidade de 28 dias e o TI na UCI.

CONCLUSÃO: Na população estudada a quantidade calórica e proteica administrada foi em média inferior à recomendada. Não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre os sobreviventes e os não sobreviventes ou o tempo de internamento e a ingestão de calórica ou de proteínas.

POSTERS

P.11

Avaliação Qualitativa da Ementa do Lar de Idosos Rainha Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses

Ana Catarina Teixeira¹, Helena Soares Loureiro¹, Ana Teresa Almeida²

1 - Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Estudante da Licenciatura em Dietética e Nutrição

2 - Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, Serviço de Nutrição e Alimentação

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A proporção de idosos tem vindo a aumentar. O envelhecimento acarreta modificações comprometedoras do estado nutricional, sendo uma boa nutrição essencial na manutenção da qualidade de vida. Nas ementas das instituições de acolhimento a idosos é preponderante, para além da adequação quantitativa dos nutrientes, atender aos aspetos sensoriais. Para avaliar esta adequação foi desenvolvido o método de avaliação qualitativa de ementas AQE.

OBJECTIVO: Avaliar qualitativamente a ementa de um Lar de Idosos.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi escolhido aleatoriamente um ciclo de ementas e avaliado através do método AQE. Foi analisada a ocorrência de diversos critérios e calculada a sua frequência relativa.

RESULTADOS: O peixe esteve presente em 50% das refeições, a carne em 47,2% e o ovo em 2,8%. Do ciclo, 21,4% dos pratos foram monocromáticos e 15,7% repetidos. O método de confeção da carne, peixe e ovo foi estufado em 65,7% das refeições. Em 44,3% foi oferecido arroz, 25,7% batata e 22,9% massa. Os hortícolas acompanharam o prato em 42,9% das refeições. A sopa variada esteve sempre presente. A sobremesa foi fruta da época em 68,6% das refeições e doce em 18,5%.

CONCLUSÕES: A ementa revelou monotonia no acompanhamento de cereais e derivados, tubérculos; hortícolas, técnicas de confeção e cores.

Quanto à variedade de consistências, sopas, sobremesas e rotatividade de pratos, revelou-se satisfatória. Houve uma boa alternância entre carne e peixe mas não de ovo. Os hortícolas revelaram-se insuficientes e a sobremesa demonstrou uma elevada prevalência de doces. A ementa deve ser melhorada do ponto de vista qualitativo.

P.12

Risco nutricional de idosos institucionalizados

Diana Miranda¹, Vânia Costa², Rita Gomes³, Josefa Domingos⁴, Natália Pona⁵, Joaquim J Ferreira⁶

1 - CNS- Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras, Portugal , Valência de dietética e nutrição

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Área de Dietética e Nutrição

3 - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Licenciatura em Ciências da Nutrição

4 - CNS- Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras, Portugal , Coordenadora da valência de neuroreabilitação

5 - CNS- Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras, Portugal, Diretora técnica

6 - CNS- Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras, Portugal , Diretor clínico

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A prevalência da desnutrição nos idosos institucionalizados varia entre 23-85%. A identificação do risco nutricional (IRN) em estruturas residenciais para idosos (ERI) é um procedimento crucial para identificar precocemente os residentes desnutridos ou em risco de desnutrição, podendo contribuir para uma intervenção nutricional precoce. Atualmente ainda se verifica escassez na documentação da realidade portuguesa.

OBJETIVO: Avaliar o risco de desnutrição em idosos na admissão numa ERI.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo transversal descritivo no qual foi aplicado o questionário Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), nas primeiras 48 horas após a admissão, a indivíduos com idade ≥65 anos admitidos no Campus Neurológico Sénior.

RESULTADOS: Foram incluídos 103 idosos com uma média de idades de 78,5 anos dos quais 47,6% eram do sexo feminino (n=49) e 52,4% do sexo masculino (n=54). 80,4 % dos participantes apresentava patologia primariamente neurológica, sendo a doença de Parkinson o diagnóstico mais frequente (41,7% dos participantes). De acordo com o MNA-SF, 30,1% (n=32) apresentavam-se desnutridos na admissão, enquanto 43,7% (n=45) apresentavam risco de desnutrição. Das seis questões do MNA-SF, as que mais contribuíram para o risco de desnutrição foram a baixa mobilidade, a perda ponderal recente e a presença de problemas neuropsicológicos.

CONCLUSÕES: O risco de desnutrição ou frequência de desnutrição na admissão encontrava-se presente em 2 em cada 3 idosos (73,8%). Estes resultados evidenciam a importância da implementação da IRN na admissão em ERI. Os resultados sugerem que o risco de desnutrição em idosos institucionalizados com doenças neurológicas é superior ao dos idosos institucionalizados com outras patologias.

PALAVRAS-CHAVE: idosos, mini nutritional assessment short-form, desnutrição, estruturas residenciais para idosos

P.13

Adequação de uma ferramenta de avaliação de risco nutricional num Serviço de Pediatria

Joana Silveira¹, João Pinho²

1 - FCNAUP

2 - CHIMA, EPE, Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A implementação sistemática de uma ferramenta de rastreio do risco nutricional deve fazer parte do processo de admissão hospitalar, contudo, para a idade infantil não existe uma de referência.

Os parâmetros antropométricos, por si só, não providenciam uma avaliação nutricional completa, pois podem subestimar problemas como a desnutrição. Esta tem sido associada a alta prevalência em crianças hospitalizadas, com consequências severas para o seu desenvolvimento e crescimento.

OBJETIVO: Comparar três ferramentas de avaliação do risco nutricional (PYMS, STAMP e STRONGkids).

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal realizado entre 2 de abril e 30 de maio de 2014 num serviço de pediatria de um hospital da região Norte. Foram critérios de inclusão uma faixa etária comum às ferramentas em estudo e de exclusão internamento inferior a 24 horas e uma avaliação inicial incompleta nas primeiras 48 horas após a admissão. Foram observados 84 utentes, porém, prevaleceu uma amostra de 30 utentes, distribuída por conveniência para a descrição da amostra em estudo.

Foi desenvolvido um protocolo de recolha de dados onde se incidia na consulta dos processos clínicos, exame físico e inquirição dos cuidadores acerca da condição do utente.

RESULTADOS/DISCUSSÃO: A amostra incluiu um total de 30 utentes dos quais 56,7% do sexo feminino. Verificou-se que o STRONGkids e o STAMP classificaram a maior parte dos utentes em médio risco e o PYMS em alto risco (66,7%). A dispersão de categorização de risco nutricional é forte nas três ferramentas (CV>30). De acordo com o tipo de diagnóstico, as patologias cirúrgicas apresentam maior risco nutricional e nas patologias não cirúrgicas o PYMS classifica a maioria dos utentes em alto risco nutricional (76,9%). A correlação entre as variáveis é fraca exeto entre o STRONGkids e o STAMP.

Verifica-se, ainda, uma fraca correlação entre o Z-score para o IMC e as ferramentas em estudo.

CONCLUSÃO: Justifica-se a necessidade da existência de uma ferramenta para o rastreio do risco nutricional infantil, validada para a realidade portuguesa, de forma a rastrear os utentes e categorizá-los consoante a premência de intervenção.

O STRONGkids parece ser a ferramenta descrita em bibliografia com maior número de vantagens como o tempo de aplicação, validação em alguns países europeus, mais precisa na categorização do risco nutricional, abrangência de uma maior faixa etária com um menor mínimo de idade e mais prática e simples de usar.

P.14

The Ethics of Artificial Nutrition and Hydration at the End-of-Life Care

Cíntia Pinho-Reis¹, Fátima Pinho²

1 - Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E., Hospital-Escola da Univ. Fernando Pessoa

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUCTION: The last decades have been witness to huge advances in medical technology and pharmacology. One area of progress has been the administration of artificial nutrition and hydration. This can be used to sustain life in various patient groups that would have previously succumbed to the effects of malnutrition. Good nutrition and hydration are important in caring for patients with life-limiting illness because of its associated socio-cultural, psycho-spiritual and religious benefits and physical requirements. However, in some terminally ill cases rises the possibility of withhold or withdrawn artificial nutrition and hydration.

OBJECTIVE: To know the state of the art regarding the ethics of artificial nutrition and hydration in the end of life.

MATERIAL AND METHOD: Integrative revision of the literature in the period 2000-2014, with research in PubMed, CINAHL e Academic Search Complete. The inclusion criteria were English Language articles with abstract, references and full text available and analyzed by experts. The key-words used were: "nutrition", "end of life", "decision-making" and "ethics". A total of thirty-seven articles were found and analyzed.

RESULTS: The articles refer that the decision of withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration raises the ethical question if it should be considered a treatment or a basic human care. If artificial nutrition and hydration is considered a human care it should be given to every patient regardless the disease. However, if it is considered a treatment it can be withdraw or withhold because it is futile. The complexity of these clinical cases often causes healthcare professionals great anxiety. Sometimes there is still the believe that lack of food and fluids may lead to a painful death by starvation and dehydration. Nowadays, competent patients may express their will to receive or refuse artificial nutrition and hydration through advance directives, in the form of living will and/ or by nomination of a health care proxy.

CONCLUSIONS: Situations regarding artificial nutrition and hydration have not yet reached a consensus, so that decision-making must require considerable deliberation, balancing the judgements and values of patients and their family members. The benefits and burdens of each intervention must also take into account the ethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice.

POSTERS

P.15

Fatores preditivos de assiduidade na consulta de nutrição para perda de peso

Joana Pereira¹, Vânia S. Teixeira¹, Sónia Velho¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo, Nutrição e Dietética

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A assiduidade na consulta de nutrição é fundamental para uma educação e tratamento do excesso de peso/obesidade mais eficaz.

OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi identificar os fatores preditivos de assiduidade na consulta de nutrição.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospetivo, que incluiu participantes com Índice de Massa Corporal (IMC) > 25 kg/m². Foram considerados critérios de exclusão: idade inferior a 18 anos, portadores de pacemaker e mulheres grávidas. A orientação nutricional foi realizada por um Nutricionista; os participantes foram acompanhados durante 3 meses (3M), com uma consulta por mês. Foi avaliado o peso, altura e perímetro da cintura (PC), bem como a análise de bioimpedância elétrica (Massa Gorda (MG), Massa Magra (MM), água corporal total (ACT) e ângulo de fase). O questionário Treatment Self-Regulation (TSR), a escala Perceived Competence (PCS) foram utilizados para avaliar a motivação (autónoma ou controlada) e a capacidade para manter uma dieta saudável. A atividade física (AF) também foi avaliada durante a consulta. A ingestão alimentar foi avaliada com um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo desenvolvido para a população portuguesa. A análise estatística foi realizada com o SPSS e R.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram incluídos no estudo 66 participantes, 51 mulheres (77,1%) e 15 homens (22,7%), com idade média de 50,8 ± 13,57 anos. 7 (10,6%) tinham excesso de peso, 20 (30,3%) obesidade de grau I, 17 (25,8%) obesidade de grau II e 22 (33,3%) obesidade grau III. A média de consumo de energia e proteína foi de 2685 ± 124 kcal e 126 ± 5 g, respetivamente. 48 (72,7%) não tinha AF e 18 (27,3%) realizavam AF de baixa intensidade. Durante o acompanhamento de 3M, 20 dos participantes (30,3%) faltaram à consulta, 19 (28,9%) tiveram um seguimento inferior a 3M e 27 compareceram às 3 consultas. Após 3M de acompanhamento, houve uma redução na média dos seguintes parâmetros: Peso (103,8 ± 22,9 vs 100,6 ± 21,1, p < 0,001), PC (117,3 ± 14,9 vs 113,6 ± 14,0, p < 0,001), MM (62,6 ± 16,9 vs 59,6 ± 9,1, p = 0,002) e ACT (49,0 ± 13,0 vs 46,4 ± 6,0, p = 0,006). Nos participantes que completaram o acompanhamento de 3M, houve um predomínio de participantes classificados como «controlados» face ao questionário TSR (controlada: 22 (81,5%), autónoma: 5 (18,5%)) e tinham uma média de peso (104,1 ± 15,1 vs 93,7 ± 12,85, p = 0,05) e de MG (42,2 ± 15,1 vs 32,7 ± 12,9, p = 0,036) superior. Na análise multivariada o principal preditor de assiduidade foi a MG (OR: 1,04,95% [0,99-1,09], p = 0,071). A análise da curva ROC do modelo que incluiu MG e TSR, mostrou ter um poder discriminatório aceitável (AUC = 0,721).

CONCLUSÃO: Os pacientes tiveram uma perda de peso significativa durante o período de seguimento. No entanto, a análise da composição corporal com BIA revelou ser essencial para determinar a qualidade da perda ponderal. A assiduidade da população estudada parece estar relacionada com um valor de MG elevado e um comportamento alimentar controlado.

P.16

Avaliação nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados

Mónica Serra¹, Ana Henriques¹

1 - S. Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos, Dietética e Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, estado nutricional, qualidade de vida, institucionalização

INTRODUÇÃO: O número de idosos institucionalizados em Portugal tem vindo a aumentar. O envelhecimento acarreta diversas alterações, podendo estas comprometer a qualidade de vida, a alimentação do idoso e, conseqüentemente, o seu estado nutricional.

OBJETIVO: Verificar se a qualidade de vida está relacionada com o estado nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional analítico transversal, constituído por uma amostra não probabilística de 132 idosos institucionalizados e 132 idosos não institucionalizados do sexo masculino e feminino. Foi realizado um questionário sociodemográfico, o Mini Nutritional Assessment e o World Health Organization Quality of Life-BREF para avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida, respetivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Verificou-se que 62,1% (n=82) dos idosos institucionalizados estavam em risco de desnutrição, 7,6% (n=10) desnutridos e 30,3 % (n=40) em estado nutricional normal. Comparativamente 53,8 % (n=71) dos idosos não institucionalizados apresentava estado nutricional normal, 0,8% (n=1) desnutrido e 45,5% (n=60) sob risco de desnutrição. O facto de estar ou não institucionalizado influencia, respetivamente, a qualidade de vida nos domínios ambiental e psicológico (p ≤ 0,05) ao invés dos domínios físico, relações sociais e domínio geral. No que diz respeito à relação entre o estado nutricional e qualidade de vida verifica-se que entre os diferentes estados nutricionais existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios de qualidade de vida geral, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Observou-se também que os idosos que se encontram em estado nutricional "normal" apresentam melhor qualidade de vida no domínio físico (p ≤ 0,05).

CONCLUSÕES: O facto de o idoso estar ou não institucionalizado influencia o seu estado nutricional, verificando-se que na sua maioria, os idosos institucionalizados se encontram sob risco de desnutrição comparativamente aos não institucionalizados, que estão na sua maioria em estado nutricional normal.

Verificou-se que, o facto de estar institucionalizado ou não, tal como o estado nutricional têm influência na qualidade de vida. Deve ser considerada a necessidade de intervenção nutricional e também de equipas multidisciplinares em instituições e na comunidade, de forma a influenciar a qualidade de vida, analisando as necessidades da população e atuando com vista à prevenção e promoção de saúde pública.

P.17

A interação entre a disfunção cognitiva e o estado nutricional de doentes idosos

Cátia Almeida¹, Ana Sofia Antunes¹, Daniela Bessa¹, Jéssica Cruz¹, Rui Cruz¹

1 - Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC-Coimbra Health School, Dep. Farmácia

Área de base de Estudo: Farmácia

INTRODUÇÃO: O aumento da incidência do cancro é atualmente um problema de saúde pública mundial. A desnutrição associada a esta doença tem vindo a ser conhecida como um dos efeitos secundários mais prevalentes nestas situações, necessitando de uma avaliação e acompanhamento rigoroso.

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é associar a caquexia como efeito secundário do cancro e identificar quais as estratégias nutricionais a que se pode recorrer para reverter esta situação.

MATERIAL E MÉTODOS: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura através da análise de artigos publicados em diversas bases de dados como a Pubmed e a B-on, e também através de diversos livros específicos no assunto.

RESULTADOS: A etiologia clínica da diminuição energética adquirida pelo cancro é reconhecida por náuseas, obstruções mecânicas do Trato Gastrointestinal (TGI), perdas sanguíneas crónicas, proteinúria, entre outras, levando a uma situação de caquexia. Doentes que apresentem caquexia frequentemente desenvolvem um balanço crónico energético e proteico negativo devido a uma combinação da redução da ingestão de alimentos e de mudanças metabólicas. O uso da via oral, com ou sem suplementos nutricionais orais deve ser estimulado. A terapia nutricional entérica ou parentérica pode também ser indicada nos casos mais graves, ou em situações em que a primeira não seja exequível.

CONCLUSÃO: Com efeito, fornecendo um apoio e suporte nutricional correto e controlado resultará positivamente na terapêutica contra a doença, reduzindo as comorbilidades associadas à doença e conduzindo assim a uma melhor qualidade de vida.

P.18

Perceção da imagem corporal em pessoas com diabetes tipo 2: Uma barreira à adesão.

Ana Rita Pereira¹, Ana Raimundo Costa², Catarina Sousa Guerreiro³, Elisabete Carolino⁴

1 - Escola Sup. de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dietética e Nutrição

2 - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Nutrição

3 - Escola Sup. de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dietética e Nutrição

4 - Escola Sup. de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Ciências Naturais e Exatas

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Reduções moderadas de peso podem resultar num melhor controlo metabólico em pessoas com diabetes tipo 2. A perceção da imagem corporal – interpretação da estrutura corporal efetuada pela mente de cada indivíduo – pode influenciar comportamentos relacionados com a saúde, como a alimentação. Desta forma o objetivo do estudo é avaliar a perceção da imagem corporal nesta população.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo transversal com amostra não-aleatória de 206 pessoas com diabetes tipo 2 e idade entre 18-65 anos. Grávidas e lactentes, doenças do foro mental, diminuição da acuidade visual, hemodiálise e amputação constituíram critérios de exclusão. Pela escala de figuras de Stunkard avaliou-se a perceção da imagem corporal. Foram ainda aferidas a perceção e a tentativa de redução de peso. O peso, altura e perímetro da cintura foram obtidos após aplicação do questionário. Para o tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS® IBM Statistics.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: 92,8% dos participantes apresentavam excesso de peso, tendo-se verificado um perímetro de cintura indicador de risco metabólico em 96,8% das mulheres e 89,3% dos homens ($p < 0,05$). 64,1% dos participantes subestimaram a sua imagem corporal e 67,5% classificaram o seu peso de acordo com a mesma ($r_s = 0,670$ e $r_s = 0,589$, $p < 0,05$). Verificaram-se autoavaliações de peso mais elevadas aquando da presença de obesidade com tendência assumirem necessidade de perda de peso nestes casos ($p < 0,05$). Perante perceções de imagem corporal superiores observou-se tendência para assumirem necessidade de perda de peso ($p < 0,05$).

CONCLUSÃO: Da perceção irrealista da imagem corporal podem resultar a subestimação do peso e a menor predisposição para redução do mesmo. Assim poderá ser importante avaliar a perceção da imagem corporal aquando da intervenção dietética.

PALAVRAS-CHAVE: Perceção da imagem corporal, perceção do peso, obesidade, controlo do peso.

POSTERS

P.19

Avaliação dos estilos de vida das crianças que frequentam a consulta de pediatria médica de um hospital privado

Filipa Silva¹, Rita Talhas²

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa , Licenciatura em Dietética e Nutrição

2 - Hospital CUF Descobertas , Serviço de Dietética e Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças encontra-se documentada como sendo de 31,6%. Para além disso, existe evidência científica convincente que 60 minutos ou mais de atividade física moderada e vigorosa por dia, na maior parte dos dias da semana, previne a obesidade e existe ainda evidência científica provável que o consumo de bebidas açucaradas é um fator de risco para a obesidade. Para além disso, a população portuguesa apresenta uma alimentação deficiente em produtos hortícolas. Deste modo, o objetivo principal deste estudo foi de avaliar a prevalência de excesso de peso e obesidade, bem como os hábitos alimentares e a prática de atividade física das crianças que frequentam a consulta de pediatria médica de um hospital privado.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram incluídos neste estudo crianças com idade igual ou superior a 5 anos e inferior ou igual a 12 anos que frequentaram a consulta de pediatria médica de um hospital privado. Este estudo teve a duração de 22 dias úteis, tendo sido avaliado através de um questionário específico a prevalência de excesso de peso e obesidade, bem como os hábitos alimentares e a prática de atividade física de cada criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A amostra deste estudo foi constituída por 41 crianças, 51% (n=21) do sexo masculino e 49% (n=20) do sexo feminino. Neste estudo foram encontradas prevalências elevadas de excesso de peso e de obesidade (56%) e apesar destas prevalências elevadas, a grande maioria destas crianças pratica atividade física extracurricular (83%), mas com uma frequência e duração abaixo do recomendado pelas guidelines. Para além disso, uma prevalência elevada destas crianças beberem refrigerantes diariamente (34%) sendo um fator de risco para a obesidade. Apesar de a maioria consumir sopa diariamente (88%), apenas cerca de metade consome legumes no prato diariamente (54%).

CONCLUSÃO: Concluindo, é necessário uma educação contínua nesta população, envolvendo sempre os pais na promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo prática de atividade física regular e alimentação saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria; excesso de peso; hábitos alimentares; atividade física.

P.20

Comparação da perceção de informações nutricionais entre consumidores portugueses e brasileiros

Laura Marques¹, Mafalda Oliveira¹, Marta Leal¹, Helena Loureiro², João Paulo Figueiredo³

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra , Licenciatura

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra , Professora e Coordenadora da Licenciatura de Dietética e Nutrição

3 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra , Professor Adjunto da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A rotulagem é a principal ferramenta de comunicação entre a indústria e os consumidores. A modernização das legislações constitui uma mais-valia para as populações, mas será que os consumidores compreendem as informações dos rótulos? É necessário verificar o grau de conhecimento das populações sobre nutrição e o seu comportamento perante a utilização de rótulos nutricionais. O objetivo é avaliar a compreensão da rotulagem nutricional pelos consumidores e comparar a sua perceção entre duas populações: portuguesa e brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi utilizado o questionário "Compreensão das Informações Nutricionais Complementares Veiculadas nos Rótulos dos Alimentos pelos Consumidores", validado e aplicado na população brasileira. Este serviu como base para a criação do questionário "Compreensão da Informação Nutricional dos Rótulos dos Alimentos pelos Consumidores", que viria a ser aplicado à população portuguesa, após adaptação, aplicação como pré-teste a 30 indivíduos e verificação por profissionais da área.

Foram inquiridas 330 pessoas, das quais 180 consumidores brasileiros e 150 portugueses. Foram recolhidas informações sobre os seus conhecimentos e hábitos face à rotulagem nutricional, além do peso e altura, para cálculo do respetivo IMC. A análise estatística foi realizada recorrendo-se ao programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - versão 21.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O nível de conhecimento sobre rotulagem nutricional é menor para os portugueses comparativamente aos brasileiros. Pessoas do género masculino, jovens e com maior grau de escolaridade têm tendência para demonstrar mais conhecimentos sobre rotulagem nutricional. Pessoas com baixo peso e com peso normal demonstram um maior grau de conhecimento do que os grupos classificados com excesso de peso e obesidade.

CONCLUSÕES: No geral, em ambos os países, existe um baixo nível de conhecimento em relação à rotulagem nutricional sendo, por isso, urgente contornar a situação.

P.21

Doentes renais crónicos em Hemodiálise: Patient Generated Subjective Global Assessment e Dialysis Malnutrition Score

Mariana Salazar de Sousa¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Licenciatura Dietética e Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

A malnutrição calórico-proteica é uma característica comum em pacientes em programa de hemodiálise, e está fortemente relacionada com o aumento da morbilidade e mortalidade[1]. Assim, é fundamental a avaliação do estado nutricional, para que seja possível efectuar uma intervenção precoce por forma a prevenir ou reverter o estado de malnutrição[1,2]. Em pacientes em programa de hemodiálise, esta avaliação pode ser obtida através de várias ferramentas, de entre as quais o *Patient Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA)[3,4] e o *Dialysis Malnutrition Score* (DMS)[5]. O primeiro, é um questionário adaptado a partir do *Subjective Global Assessment* (SGA), e terá sido desenvolvido inicialmente para ser aplicado em pacientes oncológicos, mas que actualmente está também validado para pacientes em programa de hemodiálise. Este questionário está dividido em duas vertentes: a primeira deve ser preenchida pelo paciente e aborda quatro itens (perda de peso nas duas últimas semanas, ingestão dietética actual e no último mês, sintomas gastrointestinais presentes nas duas últimas semanas, e capacidade funcional no último mês), enquanto que a segunda deve ser preenchida pelo profissional de saúde e aborda outros quatro itens (patologia e a sua relação com as necessidades nutricionais, comorbilidades associadas, stress metabólico e exame físico). Por fim, o profissional de saúde deve preencher a secção de "Estado Nutricional Global" e "Score total do PG-SGA", de forma a classificar o estado nutricional do indivíduo.[3,4] No caso do questionário DMS, este é também um questionário adaptado do SGA, criado especificamente para pacientes que realizam diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal), e está dividido em duas partes, sendo que a primeira é constituída por cinco itens (perda de peso, ingestão dietética, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional e comorbilidades associadas) e a segunda por dois (perda gordura subcutânea e perda de massa magra). Cada item é pontuado de 1 (normal) a 5 (severo), sendo que o score de malnutrição (soma dos sete itens) é um valor entre 7 (normal) e 35 (severamente malnutrido).[5]

Objetivo: Verificar a concordância de resultados entre os dois questionários de avaliação de estado nutricional (PG-SGA e DMS), quando aplicados a doentes renais crónicos em programa de Hemodiálise.

O estudo encontra-se a decorrer neste momento, impossibilitando a análise dos dados e extrapolação das conclusões, estando finalizado na altura do congresso.

1 - Hakim R, Levin N. Malnutrition in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 1993; 21:125-137

2 - Pupim LB, Ikizler TA: Uremic malnutrition: New insights into an old problem. Semin Dial 16:224-232, 2003

3 - Subjective global assessment of nutrition in dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 1993; 8: 1094-1098

4 - Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenteral Enteral Nutr 1987;11:8-13

5 - A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 1999; 14: 1732-1738

P.22

Avaliação do estado nutricional em doentes renais crónicos diabéticos vs doentes renais crónicos não diabéticos

Mariana Salazar de Sousa¹

1 -Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Licenciatura Dietética e Nutrição

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

A doença renal crónica é uma patologia que tem vindo a aumentar gradualmente nos últimos 30 anos, e é caracterizada pela deterioração da função renal [1]. O rim tem como principais funções: filtrar produtos de degradação e excesso de fluidos, libertar a enzima renina, produzir eritropoietina, ativar a vitamina D e manter o equilíbrio ácido-base. Quando estas funções deixam de ser executadas, as substâncias que anteriormente seriam filtradas ficarão acumuladas tornando-se tóxicas ao nosso organismo, enquanto outras poderão ser excretadas em excesso, como a proteína, levando a um estado de malnutrição proteica [2]. A malnutrição está definida como deterioração do estado nutricional que resulta da redução ou diminuída ingestão de nutrientes, face às necessidades nutricionais do indivíduo. As proteínas séricas e teciduais tendem a ser reduzidas apesar da adequada ingestão calórico-proteica, que é recomendada segundo as *guidelines* [3]. Actualmente, é um problema comum em doentes renais crónicos que afecta a morbilidade, mortalidade, atividade funcional e qualidade de vida dos doentes. A Diabetes Mellitus é um síndrome clínico caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de hidratos de carbono, lípidos e proteínas, e está relacionada com a deficiência absoluta ou relativa da ação da insulina e/ou da secreção da mesma. Embora seja uma patologia de origem endócrina, as suas manifestações são essencialmente metabólicas [4]. Estão frequentemente associadas a alterações estruturais e funcionais celulares, que podem ser permanentes ou irreversíveis, sendo que as células do sistema vascular são particularmente susceptíveis. Os indivíduos diabéticos esforçam-se para manter níveis de glucose, pressão arterial e níveis lipídicos adequados de forma a prevenir o surgimento de complicações a longo prazo, tais como, retinopatia diabética, neuropatia diabética ou nefropatia diabética, no entanto aproximadamente 40% dos diabéticos tipo 1 e 2, desenvolvem alguma forma de patologia renal [5].

Objetivo: Verificar se existe diferença significativa entre o estado nutricional em doentes renais crónicos diabéticos vs. doentes renais crónicos não diabéticos

O estudo encontra-se a decorrer neste momento, impossibilitando a análise dos dados e extrapolação das conclusões, estando finalizado na altura do congresso.

1 - Snyder, S. and Pendergraph, B. Detection and evaluation of chronic kidney disease. American Family Physician. 2005; 72, 1723-1732.

2 - Weber, P. Nutritional challenges of a dual diagnosis: chronic kidney disease and diabetes. Diabetes Spectrum. 2012; Volume 21, Number 1.

3 - Pupim, L.B., Cuppari, L. and Ikizler, T.A. Nutrition and metabolism in kidney disease. Seminars in Nephrology. 2006; 26, 134-157.

4 - WHO.: Prevention of Diabetes Mellitus. Technical Report Series, 844, World Health Organization, Geneva. 1994.

5 - Davidson M.B.: Diabetes Mellitus - Diagnosis and Treatment. 3rd edn., Churchill Livingston Inc. U.S.A. 1991.

POSTERS

P.23

Acidente Vascular Cerebral: As necessidades de formação dos profissionais de saúde

Inês Monteiro¹, Raquel Conceição², Célia Lopes², Catarina Sousa Guerreiro¹, Elisabete Carolino³, Lino Mendes⁴

1 - Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa, Licenciatura em Dietética e Nutrição

2 - Nutricia Advanced Medical Nutrition

3 - Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa

4 - Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa, Dietética e Nutrição
Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte no mundo. A prevenção, identificação precoce e a intervenção num AVC devem ser os mais adequados no sentido de se obter melhores *outcomes* clínicos. Atendendo ao facto da desnutrição ser um problema prevalente no AVC e por estar associada a um maior risco de complicações, justifica-se a necessidade da sua identificação e tratamento nutricional adequados pelos profissionais de saúde.

OBJETIVOS: Pretendeu-se neste estudo avaliar conhecimentos e identificar necessidades de formação na área do AVC e da terapêutica nutricional, no que respeita à prevenção, tratamento e reabilitação.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi elaborado e aplicado um questionário, destinado aos profissionais de saúde (N=153). O questionário era composto por uma 1ª parte de caracterização sociodemográfica e uma 2ª parte sobre conhecimentos de AVC, com 20 perguntas divididas em 3 grupos: prevenção, tratamento e reabilitação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Este estudo demonstrou que em 20 questões houve uma média bastante elevada de respostas corretas (16,29±0,14), onde os Dietistas, profissionais das Unidades de AVC (U-AVC) e instituições de tratamento foram os grupos que apresentaram melhores resultados. As questões mais erradas foram sobre guidelines para prevenção primária do AVC (70,6%), onde a opção mais selecionada foi "promover um consumo de sal inferior a 4g por dia" e sobre se o suporte nutricional interfere com o treino de deglutição (66%), onde a maioria dos profissionais assinalou a opção "Sim". As áreas de formação mais sugeridas pelos inquiridos foram: a "Nutrição e Reabilitação" e "Outras opções - Comunicação, Treino de deglutição, Tratamento endovascular e Posicionamentos".

CONCLUSÃO: Até à data, não foram encontrados estudos sobre avaliação de conhecimentos na área do AVC e da terapêutica nutricional, em profissionais de saúde. A formação multidisciplinar entre os profissionais de saúde, deve ser especializada e direcionada para outros profissionais que exercem as suas funções na área da prevenção, como em centros de saúde, focadas em temáticas como a nutrição e a reabilitação na situação da disfagia, nomeadamente a avaliação da deglutição e o suporte nutricional. A equipa multidisciplinar das U-AVC e os Dietistas poderão ser uma opção para transmitir conhecimentos nutricionais e clínicos para a melhoria ou manutenção do estado geral de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral; Conhecimentos; Nutrição; Formação; Profissionais de Saúde.

P.24

Prevalência de pré-obesidade, obesidade e percepção da imagem corporal em estudantes universitários de Cursos de Saúde

Catarina Domingues¹, Paula Ravasco²

1 - Fac. de Medicina da Universidade de Lisboa, Lab. de Nutrição

2 - Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A obesidade é um problema relevante de Saúde Pública nas sociedades modernas, com implicações directas em co-morbididades, diminuição da Qualidade de Vida e produtividade dos indivíduos na idade adulta. A sua prevalência tem aumentado também entre os estudantes universitários. A imagem corporal é vista como um conjunto de representações mentais do corpo e pode ser entendida como um factor importante para a estabilidade mental e produtividade escolar. Objectivos: 1) verificar o impacto da área do curso universitário dos alunos inquiridos na prevalência de pré-obesidade/obesidade, na percepção e satisfação com a imagem corporal e 2) comparaar o estado nutricional e a composição corporal de alunos de Cursos de Saúde (CS) com alunos do curso de Ciências da Nutrição (CN).

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional transversal realizado em 110 estudantes do ensino universitário, com idades compreendidas entre os 18-40 (25±5) anos. Parâmetros avaliados :peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro da cintura(PC);para a composição corporal avaliámos a %massa gorda com a balança Tanita BC351®, estadiómetro móvel e fita métrica. Para avaliação da percepção da imagem corporal foi aplicada a escala de silhuetas de Harris e Bradlyn. A análise estatística neste estudo foi realizada com o software SPSS versão 20.0, USA®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A prevalência de pré-obesidade/obesidade foi 4% em alunos de CN vs 20% em outros alunos de CS. O valor médio do IMC dos estudantes de CN foi 22±2 kg/m² vs 23±3 kg/m² para estudantes de outros CS (p=0,014); esta diferença estatística pode dever-se a conhecimentos e hábitos adquiridos ao longo do CN. Relativamente ao PC, 98% dos estudantes de CN não apresentavam risco de complicações metabólicas vs 82% para os outros alunos de CS (p<0,05). Para 84% dos estudantes de CN, a percepção da imagem corporal corresponde à realidade vs 82% para os outros alunos de CS. Dos alunos de CN, 78% referiu satisfação com a sua imagem corporal vs 69% de alunos de CS (p<0,02).

CONCLUSÕES: A frequência da licenciatura em Ciências da Nutrição parece ter um impacto positivo contribuindo para uma menor prevalência de pré-obesidade/obesidade; no entanto, não parece ter um efeito significativo quanto à percepção e satisfação da imagem corporal, factor que pode estar associado a variáveis emocionais e de estilos de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional, Composição corporal, Imagem corporal, Estudantes universitário

P.25

Insatisfação com a imagem e peso corporal em jovens universitários do País Basco: relação com a atividade física e comportamentos sedentários

Maddi Garaizaba¹, Nerea Telleria-Aramburu¹, Verónica Ovejas-Arzá¹, Daniela Alves², Zelia Santos², Marta Arroyo-Izaga³

1 - Univ. del País Vasco, UPV/EHU, Dpto. Farmacia y Ciencias de los Alimentos

2 - Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Li, Unidade de Saúde Pública Internacional e Estatística

3 - Universidad del País Vasco, UPV/EHU, Dpto. Farmacia y Ciencias de los Alimentos, Grupo de Investigación BIOMICS

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO: A insatisfação corporal pode estar relacionada com a prática de atividade física e com o sedentarismo (Seo et al., 2009), embora não existam muitas evidências a este respeito.

OBJETIVOS: Estudar a insatisfação com a imagem e peso corporal, em jovens universitários e analisar a sua relação com a prática de atividade física e comportamentos sedentários. **Material e Métodos:** A amostra foi composta por 731 estudantes (67,3% mulheres). O tipo de amostragem foi aleatório estratificado por género, idade, sexo e área científica, a fim de se obter uma amostra representativa. A imagem corporal foi avaliada através das silhuetas de Sachiko (1997). Consideraram-se insatisfeitos quem apresentou discrepâncias superiores a um, entre a imagem corporal atual e a ideal. A insatisfação com o peso corporal estimou-se pela diferença entre o peso autodeclarado e o desejado (Thompson et al., 2002). A atividade física foi avaliada com o questionário internacional IPAQ e o tempo dedicado a atividades sedentárias através do Inquérito Nacional de Saúde (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Análise estatística: SPSS (22.0).

RESULTADOS: Entre os homens, 3,8% estavam insatisfeitos por excesso com a parte superior do corpo, 5,4% estavam insatisfeitos por defeito com a parte superior e 5,9% com a parte inferior. Nas mulheres, 12% estavam insatisfeitas por excesso com a parte superior do corpo e 22,4% com a parte inferior. Já 4,5% estavam insatisfeitas por defeito com a parte superior e 0,6% com a inferior. Uma percentagem, de 38,5% dos homens, estavam insatisfeitos por excesso com o peso corporal e 21,8% por defeito. As mulheres estavam insatisfeitas com o peso corporal, 62,6% e 4,7% por excesso e por defeito, respetivamente. As análises de correlação revelaram associações positivas entre a insatisfação com o peso e as atividades sedentárias ($P < 0,05$), dados que corroboram nas análises de regressão ($OR = 1,22$; $IC_{95\%} = 1,07-1,39$; $P < 0,01$).

CONCLUSÕES: Os resultados mostram importantes diferenças de género na insatisfação com a imagem e peso corporal, em universitários. As atividades sedentárias estão relacionadas com a insatisfação com o peso. Deveria aproveitar-se o período de estudos universitários para combater o sedentarismo, promover a atividade física e melhorar a satisfação com o próprio corpo. **Agradecimentos:** A investigação foi financiada pela UPV/EHU (EHU12/24, U PV00101.125-15283/2003).

PALAVRAS-CHAVE: Insatisfação com a imagem corporal; Insatisfação com o peso corporal; Atividade física; Comportamentos sedentários; Universitários; Jovens adultos

P.26

Avaliação da Desnutrição dos Utentes do Centro de Atividades Ocupacionais do Centro Social e Paroquial da Palhaça

João PM Lima¹, Ana Branco¹, Catarina Loureiro¹, Catarina Ferreira², Patrícia Cunha², Rita Melo²

1 - Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça, NA

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, NA

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A prevalência da desnutrição em indivíduos institucionalizados é considerada preocupante. Esta é ainda maior em indivíduos com deficiência mental e está associada ao declínio cognitivo, maior morbilidade e mortalidade. Mediante a identificação dos pacientes que estão desnutridos ou com risco de desnutrição, quer em unidade de saúde ou em ambiente comunitário, o Mini Nutritional Assessment (MNA), permite que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir maior deterioração e melhorar o estado geral do mesmo.

Este trabalho pretendeu avaliar o grau de desnutrição dos utentes do Centro de Atividades Ocupacionais do Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça (CSPP), valência destinada a pessoas com deficiência grave e profunda, com idade igual ou superior a 16 anos, cujas capacidades não permitam, temporária ou permanentemente, o exercício de uma atividade produtiva.

MATERIAIS E MÉTODOS: A avaliação foi realizada no centro de atividades ocupacionais ($N = 14$), aplicando o MNA como ferramenta de rastreio da desnutrição, no âmbito do Nutrition Day. Em situações em que os indivíduos não se encontravam capazes de verbalizar respostas, foram recolhidos os dados recorrendo aos prestadores de cuidados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dos utentes avaliados, 72 % encontram-se desnutridos ou em risco de desnutrição, apesar de 42,8% dos indivíduos avaliados apresentarem sobrepeso ou obesidade, de acordo com o cálculo do Índice de Massa Corporal.

A deficiência mental e o facto de grande parte se encontrarem restritos a cadeira de rodas, com mobilidade reduzida, serão certamente fatores que contribuem em larga medida para estes resultados ao nível da prevalência de desnutrição nesta valência.

CONCLUSÃO: Estes resultados vêm mostrar a necessidade de iniciar uma intervenção direcionada e diferenciada tendo em conta este cenário, através da atuação multidisciplinar e com a responsabilização de todos os profissionais que de uma ou outra forma são responsáveis pelos utentes institucionalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição; Mini Nutritional Assessment; Centro de Atividades Ocupacionais; Deficiência

POSTERS

P.27

Avaliação da Desnutrição dos Utentes do Centro de Dia de Atividades Ocupacionais do Centro Social e Paroquial da Palhaça

João PM Lima¹, Ana Filipa Nascimento¹, Andreia Costa², Carolina Cardoso², Sara Matias²

1 - Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça, NA

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, NA

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Apesar da prevalência de desnutrição na população idosa que vive independente ser relativamente baixa, o risco de desnutrição aumenta dramaticamente entre os idosos institucionalizados e hospitalizados. A prevalência da desnutrição é ainda maior em idosos com deficiência cognitiva e está associada ao declínio cognitivo, maior morbilidade e mortalidade. Mediante a identificação dos pacientes que estão desnutridos ou com risco de desnutrição, quer em unidade de saúde ou em ambiente comunitário, o Mini Nutritional Assessment (MNA), permite que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir maior deterioração e melhorar o estado geral do idoso.

Este trabalho pretendeu avaliar o grau de desnutrição dos idosos que frequentam o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça (CSPP).

MATERIAIS E MÉTODOS: A avaliação foi realizada no centro de dia (N=19), aplicando o MNA como ferramenta de rastreio da desnutrição, no âmbito do Nutrition Day. Em situações em que os indivíduos não se encontravam capazes de verbalizar respostas, foram recolhidos os dados recorrendo aos prestadores de cuidados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dos idosos avaliados da valência de Centro de Dia, 37% encontravam-se em risco de desnutrição e nenhum dos idosos se apresentava desnutrido. Os resultados encontrados estão de acordo aos descritos noutros trabalhos realizados em Centro de dia, do Norte do País.

Comparando os resultados obtidos com os resultados da avaliação da desnutrição em idosos, da mesma área geográfica, apoiados pela mesma instituição, mas institucionalizados na estrutura residencial para idosos, verifica-se que o grau de desnutrição é tanto maior quanto o grau de institucionalização. Este resultado é consonante com o descrito noutros trabalhos científicos.

CONCLUSÃO: Estes resultados vêm mostrar a necessidade de iniciar uma intervenção direcionada e diferenciada tendo em conta este cenário, limitando a expansão da incapacidade que surge associada à desnutrição e ao envelhecimento, através da atuação multidisciplinar e com a responsabilização de todos os profissionais que de uma ou outra forma são responsáveis pelos utentes causa, numa fase precoce do processo.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição; Mini Nutritional Assessment; Centro de Dia; Idosos

P.28

Avaliação da Desnutrição em Idosos Institucionalizados no Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça

João PM Lima¹, Ana Filipa Nascimento¹, Cláudia Azoia², Maria Marques², Tatiana Cunha²

1 - Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça, NA

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, NA

Área de base de Estudo: Dietética e Nutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Apesar da prevalência de desnutrição na população idosa que vive independente ser relativamente baixa, o risco de desnutrição aumenta dramaticamente entre os idosos institucionalizados e hospitalizados. A prevalência da desnutrição é ainda maior em idosos com deficiência cognitiva e está associada ao declínio cognitivo, maior morbilidade e mortalidade. Mediante a identificação dos pacientes que estão desnutridos ou com risco de desnutrição, quer em unidade de saúde ou em ambiente comunitário, o Mini Nutritional Assessment (MNA), permite que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir maior deterioração e melhorar o estado geral do idoso.

Este trabalho pretendeu avaliar o grau de desnutrição dos idosos institucionalizados no Centro Social e Paroquial S. Pedro da Palhaça (CSPP).

MATERIAIS E MÉTODOS: A avaliação foi realizada na estrutura residencial para idosos (N=16), aplicando o MNA como ferramenta de rastreio da desnutrição, no âmbito do Nutrition Day. Em situações em que os indivíduos não se encontravam capazes de verbalizar respostas, foram recolhidos os dados recorrendo aos prestadores de cuidados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dos idosos institucionalizados na Estrutura Residencial para Idosos, 38% dos indivíduos encontravam-se em risco de desnutrição e 25% desnutridos. Os resultados encontrados estão de acordo aos descritos noutros trabalhos a nível nacional.

O elevado número de idosos internados com demência na estrutura residencial para idosos, nomeadamente Alzheimer, e acamados ou restritos a cadeira de rodas, será certamente um dos fatores que contribui em larga medida para estes resultados ao nível da prevalência de desnutrição nesta valência.

CONCLUSÃO: Estes resultados vêm mostrar a necessidade de iniciar uma intervenção direcionada e diferenciada tendo em conta este cenário, através da atuação multidisciplinar e com a responsabilização de todos os profissionais que de uma ou outra forma são responsáveis pelos utentes institucionalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição; Mini Nutritional Assessment; Idosos institucionalizados



APNEP

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

S ó c i o

Informação a ser preenchida pela APNEP

N.º de Sócio da APNEP: _____

Data da inscrição: ____/____/____

Rubrica: _____

Ficha de Inscrição

Nome _____

Morada _____

Código Postal ____ - ____ - ____ - ____

Telefone _____

Telemóvel _____

E-mail _____ (Obrigatório)

Local trabalho _____

Morada _____

Código Postal ____ - ____ - ____ - ____

Serviço _____

Profissão _____

Por favor assinale qual a inscrição pretendida:

☐ **APNEP** – Quota anual **15€**

☐ **APNEP e ESPEN** – Quota anual **15€ + 80€ = 95€** (até fevereiro)

☐ **Estudante (APNEP)** – Quota anual **5€**

Forma de pagamento (por favor assinale a modalidade escolhida):

☐ Cheque n.º _____

Banco _____

À ordem de: **APNEP**

☐ Transferência bancária (enviar comprovativo)

Dados da conta APNEP:

NIB: 0033/0000/45321629228/05

Banco Millennium BCP

Por favor envie este formulário, devidamente preenchido, por correio ou por e-mail:

Direcção: **APARTADO 4408**
4007-001 PORTO

E-mail: **apnepsecretariado@gmail.com**

Para qualquer esclarecimento por favor contactar:

E-mail: **apnepsecretariado@gmail.com**

