



**Adesão à Dieta Mediterrânea em doentes em
follow up com cancro da mama**

Débora Inês dos Santos Silva

Orientadores: Professora Doutora Catarina Sousa Guerreiro

Dr.^a Patrícia Almeida Nunes

Relatório de Estágio especialmente elaborado para obtenção do grau de Mestre em
Nutrição Clínica



Adesão à Dieta Mediterrânea em doentes em *follow up* com cancro da mama

Débora Inês dos Santos Silva

Orientadores: Professora Doutora Catarina Sousa Guerreiro

Dr.^a Patrícia Almeida Nunes

Relatório de Estágio especialmente elaborado para obtenção do grau de Mestre em
Nutrição Clínica

Estágio de Natureza Profissional

2018

A impressão deste relatório de estágio foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 17 de Julho de 2018.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Catarina Sousa Guerreiro por todo o apoio, paciência e disponibilidade.

À Dr.^a Patrícia Almeida Nunes por me ter recebido como membro estagiário do Serviço de Nutrição e Dietética, pelo qual é responsável.

Aos Pais por me terem concedido a oportunidade de ingressar no Mestrado e por me ampararem nos momentos mais difíceis. Às minhas irmãs agradeço todo o carinho, força e motivação transmitidos durante este período.

Ao Tomás pela perseverança que sempre me inculuiu, amor e apoio incondicional.

Às amigas Bárbara, Bruna, Catarina e Inês, que tanto contribuíram para a minha concentração e serenidade.

A todos os que acreditaram em mim, um grande obrigado!

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 2º ano do Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com a finalidade de descrever de forma sucinta e objetiva as atividades desenvolvidas durante o período de estágio, realizado entre 12 de dezembro de 2017 e 30 de março de 2018 no Hospital de Santa Maria, EPE, em Lisboa.

As atividades foram desenvolvidas em regime de internamento nos seguintes Serviços: Doenças infecciosas, Medicina 1D, Medicina 2C, Medicina 2D, Cardiologia, Cirurgia I sector A, Nefrologia e Gastrenterologia e, em regime de ambulatório nas consultas externas das especialidades de Oncologia Médica e Gastrenterologia. As funções desempenhadas consistiram na identificação do risco nutricional e avaliação do estado nutricional dos doentes através de metodologias validadas; intervenção nutricional personalizada, cujo planeamento, cálculo e implementação do plano nutricional teve em consideração a inerente situação clínica do utente e elaboração de ensinamentos alimentares em contexto de alta hospitalar.

Este estágio também contemplou atividades relacionadas com o estudo da Adesão à Dieta Mediterrânea por mulheres com cancro da mama em *follow up*, realizado em 50 mulheres diagnosticadas com cancro da mama em fase de remissão da doença, seguidas em consulta médica no Centro de Ambulatório do Hospital de Santa Maria. Este estudo visou determinar a adesão à Dieta Mediterrânea, às recomendações da *World Cancer Research Fund International* (WCRF) para sobreviventes de cancro e proceder à avaliação do estado nutricional da mesma população. Com os resultados obtidos foi possível submeter um resumo ao 1º Congresso Internacional de Alimentação e Nutrição, incluído no 17º Congresso de Nutrição e Alimentação o qual foi aceite para apresentação sob a forma de poster, intitulado de “Adesão à Dieta Mediterrânea em doentes em *follow up* com cancro da mama”.

O período de estágio permitiu-me desenvolver autonomia e competências adequadas ao exercício da profissão de Nutricionista em contexto hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE

Cancro da Mama, Dieta Mediterrânea, Estado Nutricional, Intervenção Nutricional
Nutrição Clínica

ABSTRACT

This report was prepared within the extent of the 2nd year of the Master's Degree in Clinical Nutrition of the Faculty of Medicine of the University of Lisbon, with the purpose of describing in a succinct and objective way, the activities developed during the internship period, carried out between December 12, 2017 and March 30, 2018 at Santa Maria Hospital, EPE, in Lisbon.

The activities were developed under hospitalization regime in the following Services: Infectious Diseases, 1D Medicine, 2C Medicine, 2D Medicine, Cardiology, Surgery I sector A, Nephrology and Gastroenterology and, in an outpatient context in the external consultations of the specialties of Medical Oncology and Gastroenterology. The functions performed consisted in the identification of the nutritional risk and evaluation of the nutritional status of the patients through validated methodologies; personalized nutritional intervention, whose planning, calculation and implementation of the nutritional plan took into account the patient's clinical situation and elaboration of food teaching in the context of hospital discharge.

This internship also included activities related to the study of Adherence to the Mediterranean Diet by woman with breast cancer at follow-up, performed in 50 women diagnosed with breast cancer remission, followed by a medical appointment at the Ambulatory Center of Santa Maria Hospital. This study aimed to determine adherence to the Mediterranean Diet, the recommendations of the World Cancer Research Fund (WCRF) for cancer survivors and to assess the nutritional status of the same population. With the results obtained, it was possible to submit an abstract to the 1st International Congress on Food and Nutrition, included at the 17th Congress of Nutrition and Food, which was accepted for presentation in the form of a poster titled "Adherence to the Mediterranean Diet by patients in follow-up with breast cancer".

The internship period allowed me to develop autonomy and skills appropriate to the practice of the Nutritionist profession in a hospital context.

KEY WORDS

Breast cancer, Mediterranean Diet, Nutritional status, Nutrition Intervention, Clinical Nutrition

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Sociedade Americana do Cancro (Inglês: American Cancer Society)
AEN	Avaliação do Estado Nutricional
BDA	Associação Britânica dos Dietistas (Inglês: British Dietetic Association)
BIA	Bioimpedância (Inglês: Bioelectric Impedance Analysis)
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CIAN	Congresso Internacional de Alimentação e Nutrição
CNA	Congresso de Nutrição e Alimentação
CM	Cancro da Mama
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DM	Dieta Mediterrânea
EN	Estado Nutricional
ESPEN	Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (Inglês: European Society for Clinical Nutritional and Metabolism)
ESTSEL	Escola Superior de Tecnologias da Saúde
FM-UL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FODMAP	Oligossacarídeos, Dissacarídeos, Monossacarídeos e Polióis fermentáveis (Inglês: Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides and Polyols)
HSM	Hospital de Santa Maria
HT	Hormonoterapia
IMC	Índice de Massa Corporal
IN	Intervenção Nutricional
IRN	Identificação do Risco Nutricional
MNA	Mini-Avaliação Nutricional (Inglês: Mini Nutritional Assessment)
MUST	Ferramenta Universal para Rastreamento da Malnutrição (Inglês: Malnutrition Universal Screening Tool)
NRS-2002	Rastreamento do Risco Nutricional 2002 (Inglês: Nutritional Risk Screening 2002)
PA	Perímetro da Anca
PB	Perímetro Braquial
PC	Perímetro da Cintura
PG	Perímetro Geminal
QT	Quimioterapia
RH	Receptor Hormonal
RT	Radioterapia

SDN	Serviço de Dietética e Nutrição
SII	Síndrome do Intestino Irritável
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TGI	Trato Gastrointestinal
WHO	Organização Mundial de Saúde (Inglês: World Health Organization)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos utentes internados por género, de acordo com o serviço de internamento
Gráfico 2	Distribuição dos utentes internados por classes de idade, de acordo com o serviço de internamento
Gráfico 3	Distribuição dos utentes adultos por classificação do NRS-2002, de acordo com o serviço de internamento
Gráfico 4	Distribuição dos utentes idosos por classificação do MNA, de acordo com o serviço de internamento
Gráfico 5	Distribuição dos utentes por classificação de SGA, de acordo com o serviço de internamento
Gráfico 6	Distribuição dos utentes adultos e idosos por classificação de IMC, de acordo com o serviço de internamento

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Classificação do estado nutricional de indivíduos adultos de acordo com o IMC
Quadro 2	Classificação do estado nutricional em indivíduos idosos de acordo com o IMC
Quadro 3	Relação entre o Perímetro da Cintura e o Risco de Complicações Metabólicas
Quadro 4	Relação entre o Perímetro Braquial e o IMC

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Representação da Intervenção Nutricional considerando a Dieta Hospitalar, a necessidade de Reavaliação, o Aconselhamento Nutricional e a Suplementação, de acordo com o serviço de internamento
Tabela 2	Classificação do IMC dos doentes internados, de acordo com a idade
Tabela 3	Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo
Tabela 4	Caracterização da amostra em estudo considerando a história clínica referente exclusivamente ao Cancro da Mama diagnosticado
Tabela 5	Caracterização da amostra do estudo considerando a realização de HT e historial clínico referente aos antecedentes familiares de doenças neoplásicas
Tabela 6	Caracterização antropométrica da amostra do estudo
Tabela 7	Caracterização da amostra do estudo considerando diferentes classificações de IMC segundo a idade
Tabela 8	Caracterização da amostra do estudo segundo a avaliação antropométrica realizada através de BIA
Tabela 9	Questionário adaptado sobre literacia em saúde, recomendações para sobreviventes de cancro da WCRF, estilo de vida e hábitos alimentares
Tabela 10	Apresentação dos resultados obtidos do Questionário PREDIMED
Tabela 11	Classificação final do Questionário PREDIMED
Tabela 12	Apresentação dos resultados obtidos do Questionário IPAQ-SF
Tabela 13	Variação média ponderal entre o peso reportado no momento do diagnóstico de cancro de mama e o peso atual medido no momento da avaliação

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE ABREVIATURAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
ÍNDICE DE QUADROS	10
ÍNDICE DE TABELAS	11

PARTE A

ATIVIDADE ASSISTENCIAL	14
1. Contextualização teórica.....	15
2. Objetivos do estágio.....	16
3. Descrição do estágio.....	17
3.1. Caracterização do local de estágio.....	17
3.2. Orientação.....	18
3.3. Duração.....	18
3.4. Percurso.....	18
4. Atividades desenvolvidas.....	19
4.1. Regime de internamento.....	19
4.1.1. Contextualização.....	19
4.1.2. Descrição das atividades.....	19
4.2. Regime de ambulatório.....	36
4.2.1. Contextualização.....	36
4.2.2. Descrição das atividades.....	37
4.3. Outras atividades.....	41
5. Reflexão crítica.....	42
6. Considerações finais.....	43
7. Referências bibliográficas.....	44

PARTE B

ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO	47
1. Contextualização.....	48
– Cancro.....	48
– Cancro da mama.....	48
– Mecanismos imunológicos.....	50
– Fatores de risco.....	51
– Tratamento.....	52
– Recomendações internacionais para sobreviventes.....	56
– Dieta Mediterrânea.....	58
– Propriedades nutricionais da DM.....	60
– Excesso de peso.....	61
– Adesão à Dieta Mediterrânea e Cancro da Mama.....	62
2. Objetivos do estudo.....	64
3. Características do estudo.....	64
3.1. Desenho.....	64
3.2. População.....	64
3.3. Procedimentos.....	64
4. Metodologia.....	65
5. Resultados.....	66
6. Discussão.....	77
7. Conclusão.....	79
8. Referências bibliográficas.....	81
APÊNDICE 1 – Feriados Nacionais	86
ANEXOS	
Anexo 1 – Certificado de presença na sessão clínica do SDA.....	87
Anexo 2 – Certificado de presença nas XXIV Jornadas de Pediatria.....	88
Anexo 3 – Folheto informativo sobre Recomendações Nutricionais e Cancro da Mama.....	89
Anexo 4 – RESUMO submetido ao 1º CIAN/17ºCNA.....	90
Anexo 5 – POSTER apresentado no 1º CIAN/17ºCNA.....	91
Anexo 6 – Certificado de apresentação do Poster no 1º CIAN/17ºCNA.....	92

PARTE A
ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A era atual da prestação de cuidados de saúde constitui um desafio permanente aos profissionais de saúde hospitalares pela crescente necessidade da prestação de serviços acessíveis e de elevada qualidade.¹

A desnutrição é uma realidade comum aos centros hospitalares, e está associada a desfechos clínicos adversos. A identificação precoce da desnutrição e a implementação de um plano de cuidados adequado têm um papel determinante na melhoria da qualidade de vida, redução de custos, morbidade e mortalidade. O diagnóstico, o tratamento e a intervenção nutricional representam uma abordagem interdisciplinar que deverá ser igualmente aplicada tanto nos casos de desnutrição, como nos doentes que se encontrem em risco de a desenvolverem.^{1,2}

O suporte nutricional é considerado pela *American Dietetic Association* (ADA) como um processo fundamental e de elevada importância, no domínio da intervenção nutricional. A avaliação do estado nutricional, a identificação das necessidades nutricionais, o planeamento, a implementação e a monitorização do suporte nutricional são responsabilidades do nutricionista hospitalar.² A evidência científica descreve os benefícios de uma intervenção precoce e monitorização contínua na diminuição das complicações associadas, tempo de internamento, readmissão ao serviço hospitalar, mortalidade e custos.¹

A *British Dietetic Association* (BDA) identifica os nutricionistas como os profissionais de saúde mais qualificados para avaliar, diagnosticar e tratar problemas nutricionais e alimentares em indivíduos saudáveis ou doentes, ao nível da saúde pública e comunitária. No âmbito da nutrição clínica, estes profissionais de saúde podem exercer as suas funções em hospitais, no domínio do SNS e/ou em clínicas privadas. Os nutricionistas são parte integrante de equipas multidisciplinares no tratamento de condições clínicas complexas e muito diferenciadas de como é exemplo a desnutrição, a diabetes, as doenças oncológicas, as patologias do trato gastrointestinal, entre outras. São profissionais qualificados para melhorar a saúde, tratar doenças, manter e otimizar o estado nutricional, através da utilização de metodologias validadas e baseadas na evidência científica.³

A polimorbidade é descrita como a ocorrência de pelo menos duas condições crónicas de saúde e é altamente prevalente na população hospitalizada. A ESPEN considera que,

em doentes internados com múltiplas patologias, a identificação do risco nutricional, deve ser realizada através de uma triagem nutricional rápida e simples, com recurso a diferentes ferramentas validadas. Nos doentes que se encontrem em risco, deve ser realizada uma avaliação mais detalhada com a institucionalização de um suporte nutricional que considere a implementação precoce da terapêutica nutricional adequada, de forma a proporcionar qualidade que predisponha para o sucesso clínico. Nos doentes desnutridos ou em risco de desnutrição, podem ser aconselhados suplementos nutricionais calóricos, proteicos, calórico-proteicos e/ou ricos em nutrientes específicos privilegiando a via oral sempre que esta não esteja comprometida, de forma a contribuir para a manutenção da massa muscular e melhoria do estado nutricional, reduzindo as taxas de morbilidade, mortalidade e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.⁴

Tendo em conta esta realidade é imperativo que haja uma valorização do estado nutricional por parte dos profissionais de saúde, exigindo-se o máximo rigor na recolha dos dados clínicos, que deverão ser cuidadosamente interpretados e, na utilização de metodologias validadas, a fim de estabelecer uma intervenção nutricional o mais adequada possível face ao objetivo terapêutico previamente definido, respeitando os hábitos/preferências alimentares, culturais e o historial clínico do utente assegurando, assim, a melhoria do estado nutricional e, conseqüentemente, o prognóstico.

2. OBJETIVOS DO ESTÁGIO

No âmbito da obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FM-UL), em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde (ESTeSL), realizei um estágio de natureza profissional no Serviço de Dietética e Nutrição (SDN) do Hospital de Santa Maria (HSM), no ano letivo de 2017/2018.

A realização deste estágio teve como principal objetivo possibilitar a aplicação e consolidação de conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano de mestrado e, simultaneamente, permitir a aquisição de novos saberes no âmbito das ciências da nutrição em contexto hospitalar.

O presente relatório visa descrever todas as atividades desenvolvidas neste período e a apreciação crítica do mesmo.

3. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN) é uma instituição hospitalar pública que abrange a zona de Lisboa e, do qual fazem parte o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Pulido Valente (HPV). O CHLN é considerado um estabelecimento crucial para o sistema nacional de saúde na medida em que, para além da prestação de cuidados de saúde, fornece adicionalmente formação superior e investigação, garantindo a referenciação nas diversas áreas clínicas a nível nacional e internacional.⁵

O HSM foi inaugurado a 27 de Abril de 1953 e está localizado na Cidade Universitária em Lisboa. É um hospital universitário que abrange a Faculdade de Medicina de Lisboa, a Escola Superior de Enfermagem e o Instituto de Medicina Molecular. Ao todo é constituído por 11 especialidades, 6 serviços clínicos e 3 grandes serviços de apoio, do qual o Serviço de Dietética e Nutrição (SDN) faz parte. O Hospital é reconhecido pelas suas áreas de investigação, visto ser o maior centro de investigação clínica a nível nacional e considerado centro de referência em diversas especialidades.

O SDN está localizado no piso 2 do HSM e presta cuidados de saúde na área das Ciências da Nutrição e Dietética, sendo a Dr.^a Patrícia Almeida Nunes a Coordenadora do mesmo. É constituído por um total de 21 nutricionistas, distribuídos pelos Serviços de Internamento e Centros de Ambulatório, de acordo com as especialidades médicas. As competências do SDN incluem a avaliação e educação nutricional nos serviços internos e no âmbito das consultas externas das diversas especialidades médicas; a prescrição de alimentação e de nutrição artificial sempre que necessário, quer para a população adulta, quer para a pediatria; a responsabilidade do controlo da qualidade e inspeção da segurança alimentar de todo o CHLN, em articulação com o Conselho de Administração do mesmo e com as autoridades de Saúde Pública; a supervisão do cumprimento das dietas hospitalares em todo o CHLN. Para além das referidas instalações no piso 2 onde está localizado o gabinete e o secretariado, o SDN dispõe ainda de uma sala de reuniões, um laboratório de Dietética e Nutrição e um armazém no piso 01.⁵

3.2. ORIENTAÇÃO

A orientação do estágio teve a cargo da Professora Doutora Catarina Sousa Guerreiro, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, na função de Orientadora e da Dr.^a Patrícia Almeida Nunes, Coordenadora do Serviço de Dietética e Nutrição do Hospital de Santa Maria, no papel de Coorientadora.

3.3. DURAÇÃO

O estágio teve início a 12 de dezembro de 2017 e término a 30 de março de 2018, perfazendo as 15 semanas estipuladas com um total de 525 horas, com uma carga horária média de 35 horas semanais durante 7 horas por dia. O mesmo decorreu habitualmente de segunda-feira a sexta-feira, com um horário previsível das 9h às 17h mas variável consoante a necessidade, exceptuando-se os feriados nacionais assinalados durante o período de estágio. (Apêndice 1)

3.4. PERCURSO

No decurso do estágio, tive a oportunidade de contactar com diversas especialidades clínicas no âmbito de variados serviços em regime de internamento e, em contexto de consultas externas nos centros de ambulatório, também de diversas especialidades.

Com a supervisão do nutricionista responsável, tive a oportunidade dar apoio aos seguintes serviços de internamento: Doenças infecciosas, Medicina 1D, Medicina 2C, Medicina 2D, Cardiologia, Cirurgia I sector A, Nefrologia e Gastreterologia. Nos serviços de Cardiologia, Nefrologia e Gastreterologia, procedi de forma autónoma à identificação do risco nutricional, avaliação do estado nutricional, planeamento e cálculo do suporte nutricional e elaboração de ensinamentos alimentares para a alta hospitalar, sendo esta atividade sempre reportada ao nutricionista responsável pelo serviço em questão, para que o mesmo validasse e autorizasse a implementação do plano nutricional programado.

Em contexto de ambulatório, foi possível realizar atividades no centro de hemodiálise e nas consultas de nefrologia, hemodiálise, gastreterologia, oncologia e educação alimentar. Foi-me dada a oportunidade de autonomamente realizar 16 consultas (12 da

especialidade de oncologia médica e 4 da especialidade de gastroenterologia).

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

4.1. REGIME DE INTERNAMENTO

4.1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A desnutrição calórica-proteica em regime de internamento é altamente prevalente. Por este motivo, é fundamental que através da dieta hospitalar sejam fornecidos todos os nutrientes que salvaguardem e melhorem o estado nutricional do utente contribuindo, assim, para a recuperação e melhoria do estado clínico permitindo simultaneamente reduzir o tempo de internamento e os custos associados.^{6,7}

Por conseguinte, a intervenção nutricional visa adequar o aporte nutricional à condição clínica do doente, tendo em consideração as suas preferências e hábitos alimentares e, consequentemente melhorar o estado nutricional.^{6,7}

4.1.2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Ao longo das 15 semanas de estágio tive a oportunidade de estagiar em diversos serviços. As funções desempenhadas em contexto de internamento hospitalar consistiram primeiramente na recolha dos dados clínicos de cada utente e seguidamente na identificação do risco nutricional, avaliação do estado nutricional e intervenção nutricional.

RECOLHA DE DADOS CLÍNICOS

Independentemente do serviço de internamento, a recolha de dados clínicos é um procedimento comum a todos e imperativamente o primeiro a ser realizado. No serviço que dava lugar ao estágio, procedia, primeiramente, à análise do quadro de afixado na sala de enfermagem que agrupava sucintamente todas as informações mais relevantes relativas a cada doente, nomeadamente: número da cama, número da sala/quarto, nome, idade, diagnóstico/motivo do internamento, data de admissão ao internamento, médico responsável e NSC (número único do doente no hospital), antecedentes pessoais, medicação, medidas de monitorização (que poderia ser, por exemplo, medição da

glicémia, diurese, colocação de SNG, entre outros), dieta prescrita e outras observações relevantes (indicação de jejum, exames complementares de diagnóstico ou preparações a realizar com respetiva data e horário, entre outros). Apesar de neste quadro constar apenas a informação mais pertinente e global de cada doente, a consulta do processo clínico de cada doente era fundamental. Independentemente do formato que estivesse disponível para consulta (físico ou digital), analisava dados relativos à anamnese, exames físicos/clínicos, exames complementares de diagnóstico, tratamentos e prognóstico. Através da interpretação dos dados recolhidos, consegui compreender de forma mais pormenorizada a condição patológica e o quadro clínico inerente, o que possibilitou um planeamento mais informado e adequado da intervenção nutricional.

Durante o período de estágio avaleiei, na totalidade, 258 doentes em regime de internamento não eletivo. Com os dados recolhidos para identificação do risco nutricional e avaliação do estado nutricional construí uma base de dados que me permitiu categorizar o padrão do doente de cada serviço, de uma forma geral.

De acordo com o Gráfico 1, verificou-se uma prevalência do género masculino (65%; n=258) na maioria dos serviços, com exceção do serviço de Cirurgia I sector A, o que poderá ser justificado pelo facto de ser o serviço responsável pelas cirurgias mamárias que reúne um maior número de indivíduos do género feminino.

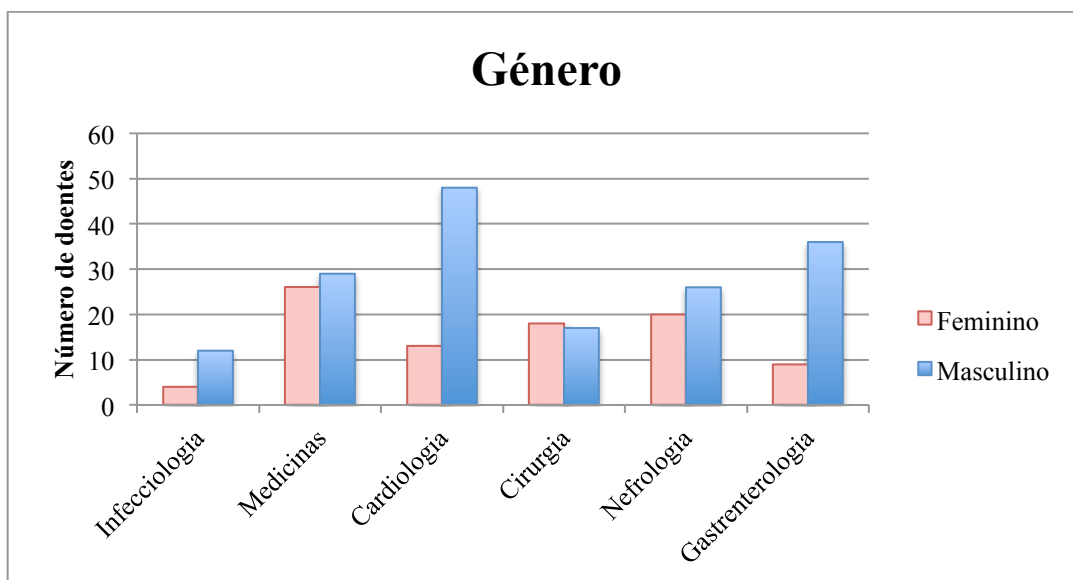


Gráfico 1: Distribuição dos utentes internados por género, de acordo com o serviço de internamento

A idade dos utentes internados foi agrupada em classes, com o intuito de facilitar a sua interpretação. A idade média dos doentes internados foi de $63,2 \pm 7,9$ anos, verificando-se uma maior prevalência de indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 89 anos. (Gráfico 2)

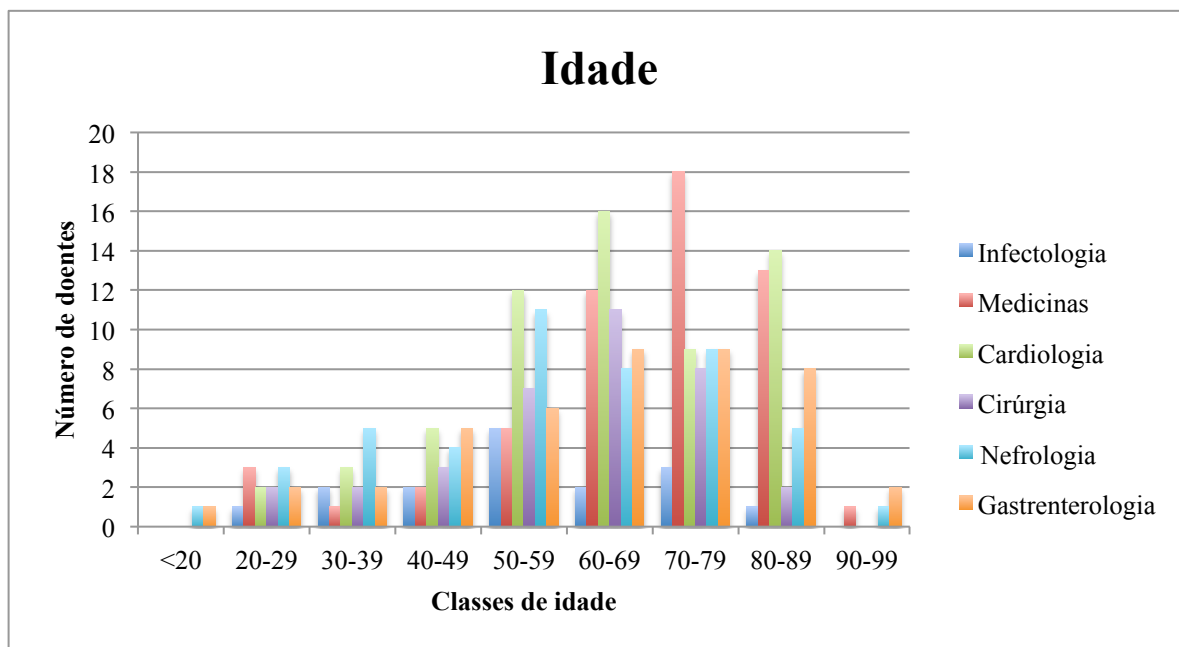


Gráfico 2: Distribuição dos utentes internados por classes de idade, de acordo com o serviço de internamento

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL

A identificação do risco nutricional é efetuada com o recurso a ferramentas validadas, cuja praticabilidade permite economizar tempo e recursos.

Tanto o *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) e como o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) são ferramentas de identificação do risco nutricional, recomendadas pela ESPEN, para utilização em meio hospitalar, consoante a idade do utente pela sua elevada sensibilidade e especificidade para detetar o risco e/ou a presença de desnutrição. O MUST também é uma ferramenta de identificação do risco nutricional validada mas a sua utilização está direcionada para a comunidade.^{6,7,8}

O NRS foi desenvolvido para ser aplicado em indivíduos adultos internados em meio hospitalar, em oposição ao MNA que foi elaborado para aplicação na população idosa. Tanto para o NRS como para o MNA, a finalidade é detetar a presença de desnutrição ou risco de a desenvolver, durante o decurso do internamento.^{6,7,8}

O NRS 2002 está dividido em 2 secções. A primeira contém 4 questões de *pré-screening* que estimam o risco nutricional quando se verifica a existência de um IMC < 20,5 Kg/m², perda de peso recente nos últimos 3 meses, alterações da ingestão alimentar na última semana e/ou doença severa (por exemplo, a realização de terapia intensiva). Caso a resposta seja afirmativa a qualquer uma destas questões, deve prosseguir-se com a identificação do risco nutricional. A segunda secção divide-se entre o grau de comprometimento do estado nutricional e o grau de severidade da doença. As pontuações de 0, 1, 2 ou 3 têm a denominação de grau de comprometimento/severidade ausente, ligeiro, moderado ou severo, respectivamente. A avaliação do grau de comprometimento do estado nutricional é realizada tendo em conta a perda ponderal, IMC, alteração do estado geral e/ou redução da ingestão alimentar na semana precedente ao internamento. Quanto ao grau de severidade da doença é tido em consideração o aumento das necessidades nutricionais face à condição clínica existente, ou seja, é expectável que um doente de cuidados intensivos tenha um aumento das necessidades energéticas quando comparado com um doente admitido por fratura do quadril. Após a atribuição dos respetivos scores a cada uma das secções, é calculado o score final que define o plano nutricional de cuidados a instituir consoante a severidade da malnutrição apresentada.⁸

Durante o estágio o NRS-2002 foi aplicado a 131 utentes adultos, de diversos serviços de internamento. Na maioria dos serviços verificou-se uma prevalência maioritária de doentes em risco nutricional, sendo tal mais evidente nos serviços de Infeciologia (92%; n=12) e Nefrologia (62%; n=26).

Nos serviços de Cardiologia e Cirurgia a tendência era contrária, verificando-se uma maior prevalência de doentes sem risco nutricional de 67% (n=30) e 61% (n=23), respetivamente. (Gráfico 3)

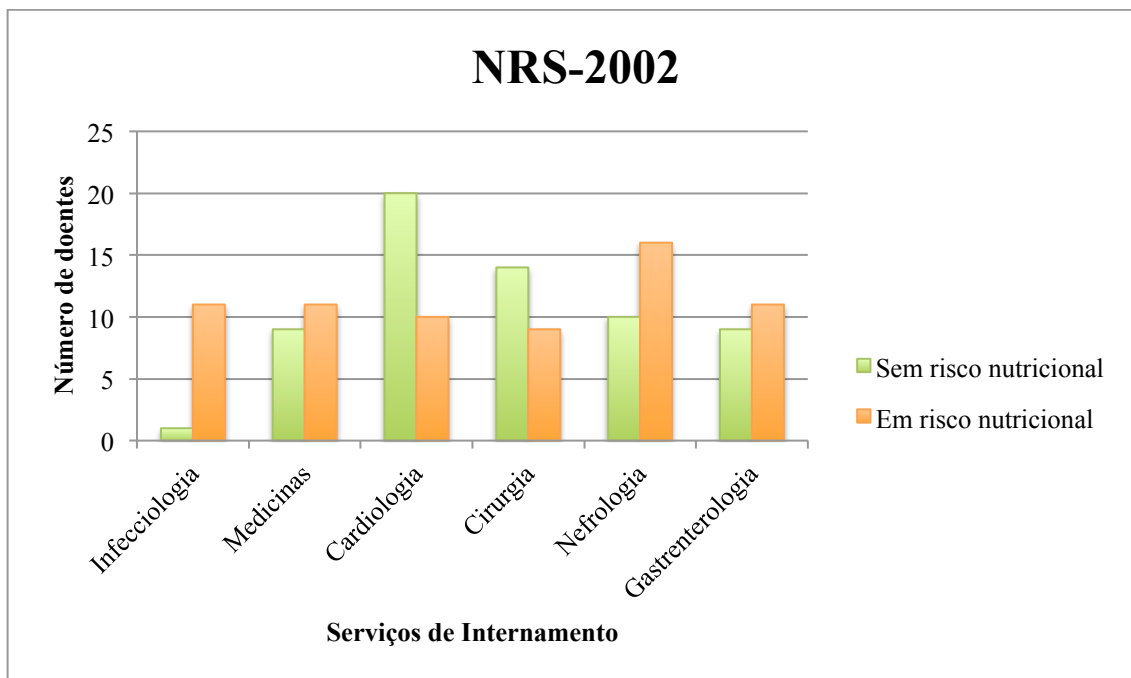


Gráfico 3: Distribuição dos utentes adultos por classificação do NRS-2002, de acordo com o serviço de internamento

O MNA também está dividido em duas secções. A primeira diz respeito ao rastreio nutricional e inclui 6 questões sobre diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses devido a perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades na mastigação ou deglutição; perda de peso nos últimos 3 meses; mobilidade; stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses; problemas neuropsicológicos; IMC e perímetro geminal. Assim que estejam preenchidos todos os campos, somam-se os pontos para obtenção da pontuação final. Considera-se que existe risco nutricional quando se obtém uma classificação inferior ou igual a 11 pontos, pelo que, nesses casos, deve-se prosseguir com a avaliação. Na segunda secção, as questões estão mais direccionadas para a autonomia, medicação, exame físico, hábitos alimentares, percepção da doença e medição de perímetros. Após terminado o questionário, somam-se todas as pontuações e sempre que se obtém uma classificação inferior a 23,5 pontos considera-se que o doente possa estar em risco nutricional ou, inclusivamente, desnutrido. Nessas situações, é recomendado que o nutricionista institua um plano nutricional de cuidados com vista à melhoria do estado nutricional.⁸

Durante o estágio, o MNA foi aplicado em 127 idosos de vários serviços. Na maioria dos serviços verificou-se uma prevalência acentuada de doentes em risco de desnutrição, com a única exceção do serviço de Cirurgia onde a proporção de indivíduos com bom estado nutricional era maior. Na maioria dos serviços, os idosos encontravam-se em risco nutricional sendo essa realidade mais evidente nas Medicinas (63%; n=35), Gastreenterologia (60%; n=25) e Cardiologia (55%; n=31). A desnutrição foi claramente mais prevalente nos serviços de Nefrologia (35%; n=20), Cardiologia (19%; n=31) e Medicinas (11%; n=35). (Gráfico 4)

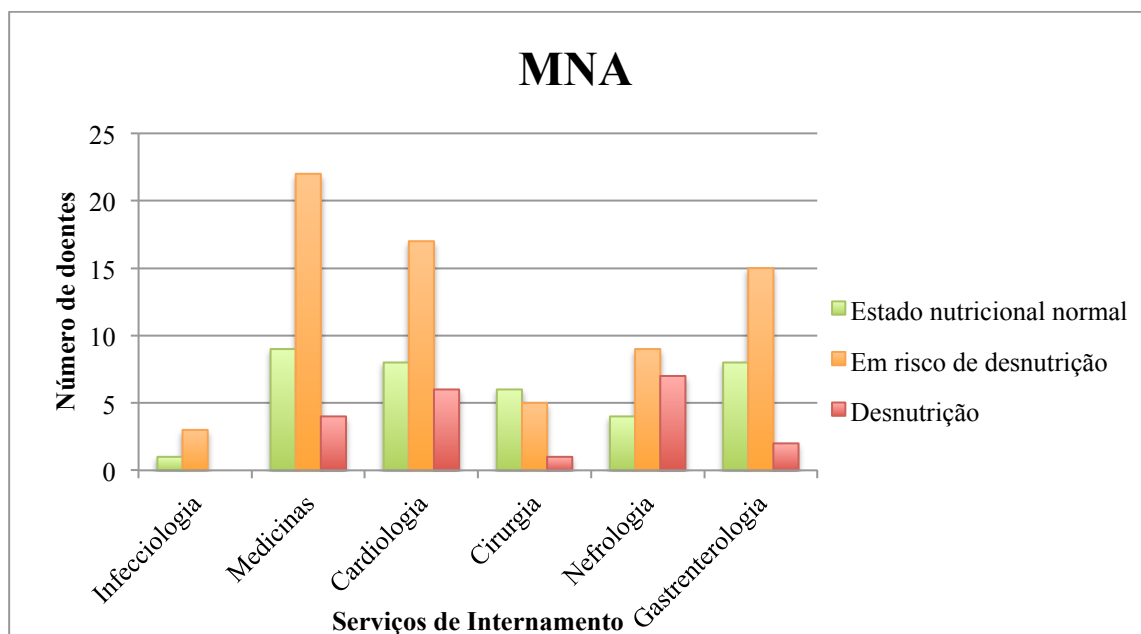


Gráfico 4: Distribuição dos utentes idosos por classificação do MNA, de acordo com o serviço de internamento

Estas ferramentas foram aplicadas a todos os doentes em regime de internamento durante o período de estágio e, sempre que possível, respeitando o período máximo de 48h após a admissão hospitalar. Tanto o NRS como o MNA foram as ferramentas escolhidas por serem validadas, fáceis e rápidas de aplicar sendo, por isso, apropriadas em regime de internamento hospitalar. Assim, foi possível identificar os doentes que se encontravam em risco nutricional e detetar os casos de desnutrição, possibilitando uma intervenção nutricional mais consciente e direcionada para a situação clínica de cada um, com vista à manutenção e melhoria do estado nutricional.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

O *Subjective Global Assessment* (SGA) é um método validado para avaliar o estado nutricional dos utentes internados, que visa completar a informação obtida previamente pelas ferramentas de rastreio nutricional de forma a determinar as necessidades nutricionais, definir o diagnóstico nutricional e direcionar o planeamento das intervenções nutricionais. Por este motivo, é considerado um instrumento de prognóstico nutricional, pois permite determinar a desnutrição e o risco de complicações associadas ao estado nutricional durante o período de hospitalização.⁹ Assim, o SGA foi a ferramenta eleita para avaliar o estado nutricional dos doentes, podendo classifica-los como bem nutrido (SGA-A), moderadamente desnutrido ou com suspeita de desnutrição (SGA-B) ou severamente desnutrido (SGA-C). Ao contrário das metodologias tradicionais, o SGA permite analisar de uma forma global, o estado nutricional baseado na história nutricional e exame físico. Esta ferramenta divide-se em 4 secções: Secção A que adjudica questões sobre a história do peso, ingestão alimentar, sintomatologia, atividade e função; Secção B que identifica critérios/condições da doença que possam ter impacto no estado nutricional; Secção C que avalia o stress metabólico, na qual os pontos são acumulados na presença de febre e adicionais para uso de corticoterapia; Secção D que retrata o exame físico, onde se incluem todos os aspetos observáveis da composição corporal geral como a depleção de massa muscular, depleção de gordura, presença ou ausência de edemas. Para além da classificação final, a pontuação numérica permite determinar qual o melhor procedimento a seguir e qual a melhor terapêutica a aplicar, definindo especificamente a intervenção nutricional.^{6,7,8}

Durante o estágio o SGA foi aplicado a 258 doentes. De um modo geral, 63% apresentavam-se bem nutridos (SGA-A), 32% encontravam-se moderadamente desnutridos ou com suspeita de desnutrição (SGA-B) e somente 5% se encontravam severamente desnutridos (SGA-C). Apenas no serviço de Infeciologia se verificou uma maior proporção de indivíduos com a classificação SGA-B (56%; n=9), comparativamente à global tendência de classificação SGA-A nos restantes serviços. Tal poderá ser explicado pelo facto das doenças infecciosas estarem associadas a um maior e mais evidente predomínio de desnutrição calórica/proteica, independentemente da idade. (Gráfico 5)

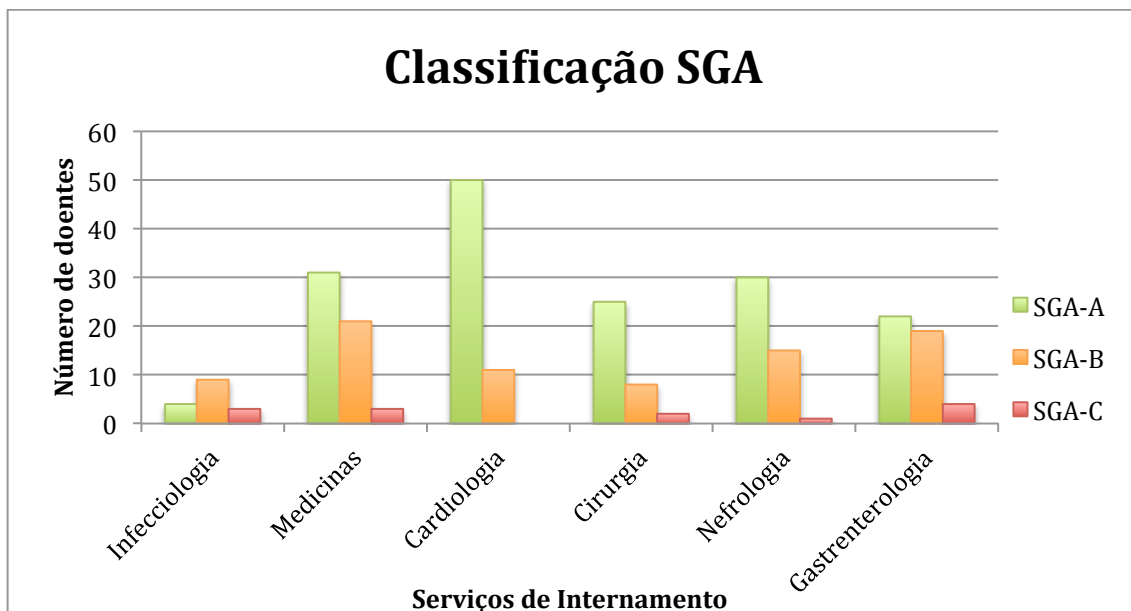


Gráfico 5. Distribuição dos utentes por classificação de SGA, de acordo com o serviço de internamento

Para além da aplicação do SGA, a AEN consistiu na determinação de outros parâmetros relevantes do ponto de vista nutricional como o peso, altura, IMC, pregas e perímetros através da antropometria, na realização do exame físico e na interpretação de dados bioquímicos.

O peso foi geralmente obtido sob as mesmas condições: utente de pé no centro da balança com os braços estendidos ao longo do corpo e as mãos colocadas de lado, sem apoio, a olhar em frente com a cabeça direita, descalço e com roupas leves, numa balança seca ou de chão. No Serviço de Nefrologia estava disponível uma cadeira balança que facilitava a avaliação do peso nos doentes mais fragilizados, apesar do peso nos doentes hemodialisados poder ser consultado no processo (peso seco). Quando tal não fosse possível, procedia-se à obtenção do peso através de medidas de estimação, de acordo com a idade e género. Geralmente, quando existia a necessidade de se recorrer às estimativas, procedia-se à medição dos perímetros braquial (PB) e geminal (PG) para determinação do peso. A presença de ascite, edemas e/ou membros amputados, foram considerados aquando da medição.¹⁰

A altura foi reportada pelo próprio doente ou recolhida através do cartão de cidadão/bilhete de identidade, por não existir estadiómetro e por ser incomportável face à logística do regime de internamento. Sempre que se verificasse a necessidade de se proceder à medição da altura, por precisão para efeitos de cálculo ou por declínio da

função cognitiva ou alteração do estado de consciência do doente, utilizava-se a altura do joelho, como medida de estimacão preferencial.

Caso não fosse possível obter nem o peso nem a altura, sobretudo nos doentes acamados e dependentes nas atividades de vida diária, procedia-se à medição do PB de forma a estabelecer uma correspondência com o IMC e, assim, obter alguma informação sobre o seu estado nutricional.

A antropometria foi o método mais comumente utilizado nos diferentes serviços pela simples razão de que se trata de um método rápido, fácil de aplicar, reproduzível, não invasivo e com um baixo custo associado. As medidas antropométricas não só são úteis para monitorizar a evolução ponderal como também permitem obter mais informações ao nível da composição corporal.

O Índice de Massa Corporal representa o quociente entre o peso e o quadrado da altura (Quetelet, 1869; *Keys et al.*, 1972):¹¹

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

O IMC é a medida antropométrica mais utilizada em epidemiologia pela sua associação a outras variáveis antropométricas na identificação de malnutrição ou do estado trófico, em indivíduos adultos, por ser uma medida fácil e rápida de calcular. Para além de não ter custos associados, parece apresentar uma boa correlação com a percentagem de massa gorda corporal. No entanto, o facto de não distinguir a percentagem de massa magra e massa gorda é uma limitação, podendo sobrestimar a gordura corporal em indivíduos que apresentem uma massa muscular muito desenvolvida ainda que tal não seja representativo do típico doente internado.¹⁰

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, seguem-se os valores de corte para a classificação do estado nutricional dos indivíduos adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (Quadro 1).¹¹

Quadro 1. Classificação do estado nutricional de indivíduos adultos de acordo com o IMC. ¹¹

IMC (Kg/m²) Adultos	CLASSIFICAÇÃO	DENOMINAÇÃO
< 16,00 Kg/m ²	Magreza Severa	Baixo Peso
16,0 – 16,99 Kg/m ²	Magreza Moderada	
17,0 – 18,49 Kg/m ²	Magreza Leve	
18,5 – 24,99 Kg/m ²	Eutrofia	Peso normal
25,0 – 29,99 Kg/m ²	Pré-obesidade	Excesso de peso
30,0 – 34,99 Kg/m ²	Obesidade Grau I	Obesidade
35,0 – 39,99 Kg/m ²	Obesidade Grau II	
≥40,0 Kg/m ²	Obesidade Grau III (Mórbida)	

Para os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, os valores em IMC foram ajustados de acordo com os parâmetros propostos por *Lipschitz* (Lipschitz DA, 1994) descritos no Quadro 2. ¹²

Quadro 2. Classificação do estado nutricional de indivíduos idosos de acordo com o IMC. ¹²

IMC (Kg/m²) Idosos	CLASSIFICAÇÃO	DENOMINAÇÃO
< 22,0 Kg/m ²	Desnutrição	Desnutrição
22,0 – 27,0 Kg/m ²	Eutrofia	Peso normal
≥ 27,0 Kg/m ²	Sobrepeso	Obesidade
27,0 – 29,99 Kg/m ²	Pré-obesidade	
30,0 – 34,99 Kg/m ²	Obesidade Grau I	
35,0 – 39,99 Kg/m ²	Obesidade Grau II	
> 40 Kg/m ²	Obesidade Grau III (Mórbida)	

Com os dados recolhidos, foi possível classificar o IMC de acordo com a idade e por serviço de internamento. O IMC médio estimado é de $24,7 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ para os adultos, e $26,2 \pm 5,1 \text{ kg/m}^2$, para os idosos. Em ambos os casos o IMC tem a classificação de normal. De um modo geral, verificou-se uma maior prevalência de um peso adequado face à altura, nos adultos (22,5%; n=131) e idosos (18,2%; n=127). Nos adultos, a Pré-Obesidade é a segunda classificação mais prevalente (24%; n=131), enquanto que nos idosos a segunda classificação mais prevalente atribui-se à Desnutrição (20%; n=127). (Tabela 1)

Tabela 1. Classificação do IMC dos doentes internados, de acordo com a idade

CLASSIFICAÇÃO DE IMC	ADULTOS (n=131)	IDOSOS (n=127)
Baixo peso/Desnutrição	15%	20%
Eutrofia	44%	45%
Excesso de peso/Pré-Obesidade	24%	16%
Obesidade grau I	9%	13%
Obesidade grau II	5%	5%
Obesidade grau III	3%	1%

No que diz respeito aos serviços, verifica-se uma prevalência geral maioritária de um IMC normal, com exceção do serviço de Infecção e Nefrologia, onde a classificação de baixo peso é mais prevalente nos adultos (50%; n=12) e nos idosos (45%; n=20), respetivamente. A Obesidade de grau I é a mais prevalente no serviço de Cirurgia (17%; n=23) e Cardiologia (23%; n=31), para adultos e idosos. (Gráfico 6)

Classificação do IMC de acordo com a idade e por serviço de internamento

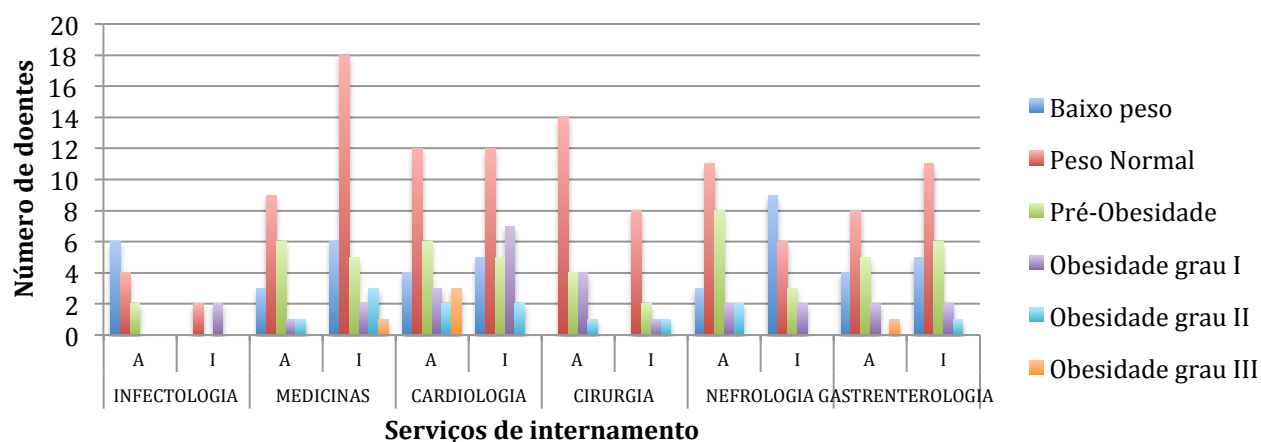


Gráfico 6: Distribuição dos utentes adultos e idosos por classificação de IMC, de acordo com o serviço de internamento

Relativamente às medidas antropométricas, apenas foram utilizadas pregas adiposas e perímetros numa minoria de casos face à difícil aplicabilidade em regime de internamento, não só pelo facto de as condições de medição não serem ideais, como também pelas questões logísticas, de recursos e gestão de tempo.

As pregas adiposas são as medias antropométricas de menor precisão e garantia, pelo que é importante marcar cada local que se pretende avaliar e ter em consideração a posição do adipómetro. A utilização deste instrumento é vantajosa para o cálculo da percentagem de massa gorda, uma vez que a soma das pregas permite fazer uma extrapolação da gordura corporal através de equações conhecidas. Este método foi apenas utilizado nos Serviços de Gastreenterologia e Infeciologia em ocasiões excepcionais em casos de desnutrição severa (n=5).

Os perímetros da cintura, anca, braquial e geminal são medidas antropométricas mais fáceis e rápidas de aplicar em contexto hospitalar, em comparação com as pregas. De um modo geral, os perímetros foram realizados em praticamente todos os serviços, tendo em consideração as normas e orientações técnicas da DGS.¹³

Durante o estágio, estas medidas foram realizadas em casos mais pontuais para detetar variações ponderais, despiste de desnutrição, estimativas de peso ou altura ou risco

cardiovascular. Entre os serviços percorridos, foram retiradas medidas de PC, PA, PB e PG a 103 indivíduos, no total.

A evidência científica revela que o PC constitui uma boa medida para avaliar a obesidade abdominal, pela sua relação com a severidade das complicações metabólicas associadas na idade adulta e, inclusivamente, com o risco de mortalidade nos idosos.¹⁴ (Quadro 3)

Quadro 3. Relação entre o Perímetro da Cintura e o Risco de Complicações Metabólicas.¹⁴

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

O PB é uma medida prática e sensível a variações do peso corporal que se correlaciona com os pontos de corte do IMC, isto é, se o PB for inferior a 23,5cm é provável que o IMC seja inferior a 20 Kg/m² e o doente apresente baixo peso ou desnutrição. Caso o PB seja superior a 32cm é provável que o IMC seja superior a 30 Kg/m² e o indivíduo seja categorizado como obeso.¹⁴

Quadro 4. Relação entre o Perímetro Braquial e o IMC.¹⁵

Se PB < 23,5 cm è IMC provável < 20 Kg/m ²
Se PB > 32cm è IMC provável > 20 Kg/m ²

Esta correspondência foi utilizada em casos onde as medidas antropométricas não foram possíveis de realizar face ao quadro clínico do doente. Desta forma, conseguiu-se obter informação sobre o EN, contribuindo para o planeamento da intervenção nutricional.

O exame físico constitui um método muito importante para a AEN na medida em que permite identificar com exatidão sinais de risco nutricional e desnutrição. Procedeu-se à realização do exame físico a todos os doentes internados através da avaliação do aspeto geral (cabelo, unhas, pele, dentes), das reservas de gordura (prega orbitária) e músculo(têmporas, clavículas, deltoides, intercostais, escapulares, quadricípites, gémeos), pelo despiste de edemas ou ascite.⁶

Relativamente aos parâmetros bioquímicos foram somente utilizados como complemento para monitorização do estado nutricional nomeadamente através de marcadores inflamatórios, de como é exemplo a Albumina.⁷ Como nem sempre estes dados estavam disponíveis para consulta, só foram avaliados dados relativos a casos identificados como essenciais, registados essencialmente no serviço de Nefrologia, por serem influenciados pelo aporte nutricional e condicionarem o EN.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

A intervenção nutricional foi realizada após aplicação das ferramentas de rastreio nutricional e avaliação do estado. Esta consiste no cálculo, elaboração e implementação de um plano nutricional individualizado e adequado à condição clínica, e na preparação de ensinamentos alimentares para a alta hospitalar.

No internamento, após a realização da IRN e AEN, os doentes eram questionados sobre a sua alimentação habitual em casa, a sua adaptação à dieta hospitalar *standard* previamente prescrita pelo médico responsável, as preferências alimentares e alimentos preteridos, possíveis alergias, intolerâncias alimentares, sintomas gastrointestinais, questões ético-religiosas e historial clínico. Para além desta entrevista procurava sempre realizar um Questionário Recall 24h para obter informações relativas à ingestão alimentar habitual e comparar com a ingestão alimentar real, com a finalidade de detetar variações no aporte nutricional e relaciona-las com a situação patológica. O Recall 24h é um método de avaliação da ingestão alimentar cuja aplicabilidade em contexto hospitalar é vantajosa, pois tem um baixo custo associado, é fácil e rápido de aplicar, requer apenas da memória a curto prazo e pode ser utilizado em grupos menos instruídos.^{6,7}

Posteriormente, procedeu-se à elaboração do plano alimentar considerando, primeiramente, a via, o modo e o tipo de alimentação a instituir de acordo com o grau de tolerância e a necessidade de adaptar a consistência. As preferências, os hábitos alimentares e a história clínica também foram considerados no planeamento.

O valor energético total era calculado através do metabolismo basal em repouso estimado através da fórmula de *Harris-Benedict*. A este era multiplicado o fator de atividade, de forma prever os requisitos totais de energia de vida diária, que tinham que ser ajustados para adultos hospitalizados.¹⁶ O fator de stress e de temperatura também eram considerados sempre que se justificasse. Com base nas cálculos das necessidades,

procedia-se à elaboração do plano nutricional através de um sistema informatizado desenvolvido exclusivamente para esse efeito. O plano dietético seguia para a cozinha com a devida identificação (número de cama, nome do doente, dieta terapêutica/personalizada e observações, no caso de suplementação com respetivas doses e horários de toma). Por vezes, eram pedidos reforços alimentares (como por exemplo: fruta, pão, entre outros) que tinham que ser registados num modelo específico o qual tinha que ser impresso para ser enviado identicamente para a cozinha.

Uma vez implementado o plano de cuidados nutricionais procedia-se à realização de reavaliações, de forma a monitorizar a tolerância à dieta prescrita e a progressão ou regressão do estado clínico. A consulta periódica do processo clínico e a cooperação constante com a equipa médica e de enfermagem eram essenciais para avaliar a necessidade de alterar o plano nutricional.

A necessidade de elaborar um plano alimentar aquando da alta hospitalar dependia sobretudo do diagnóstico de internamento e do historial clínico. O plano preza o respeito pelas necessidades nutricionais individuais específicas, restrições energéticas e/ou nutricionais, preferências alimentares, fatores culturais e religiosos. Um ensino alimentar é composto por uma primeira parte que engloba noções gerais sobre alimentação saudável, confecções permitidas, equivalentes alimentares e alimentos desaconselhados e, uma segunda parte com um plano nutricional estruturado com a descrição da composição alimentar por refeição com as respetivas quantidades e horário previsível. Este ensino podia ser realizado a pedido do doente ou como aconselhamento da parte do nutricionista para manter a terapêutica nutricional instituída no hospital durante um determinado período de tempo, por ser evidente o benefício para mesmo.

Relativamente à suplementação energética e proteica, foi instituída ou recomendada nas ocasiões em que se verificou ser benéfica para a saúde do doente. De acordo com a situação clínica, por conduzir a um aumento do metabolismo energético e/ou das necessidades nutricionais, pelo comprometimento da via oral ou pela sintomatologia consequente da condição patológica e/ou terapêutica instituída, o suporte nutricional dependia sempre do historial clínico e da evidência científica que suportasse o benefício para a saúde e qualidade de vida na presente situação.^{6,7}

Com os dados recolhidos ao longo do estágio, foi possível agrupar e categorizar a IN nos diversos serviços, conforme descrito na Tabela 2.

Relativamente à dieta hospitalar, o SDN detém um manual dietético que reúne um conjunto de dietas padronizadas consoante as suas características gerais, indicações, adequação nutricional, métodos de confeção permitidos e composição nutricional média. Estas dietas *standard* eram elegidas preferencialmente por questões logísticas e face à frequente rotatividade entre os serviços. No entanto, sempre que fosse necessário adequar quantidades, modificar consistências, restringir a quantidade ou a qualidade de determinados alimentos ou nutrientes, suplementar ou considerar qualquer outro aspeto, procedia-se à criação de uma dieta personalizada. As dietas personalizadas implicavam previamente o cálculo das necessidades nutricionais para a situação patologia do indivíduo em questão e, a descrição da composição alimentar com as respetivas quantidades e o horário mais apropriado, em cada refeição.

A reavaliação foi efetuada nos casos identificados de desnutrição ou de risco nutricional cuja monitorização do EN justificava um acompanhamento regular. As reavaliações não tinham limite, dependiam apenas do EN e do tempo de internamento.

Os ensinamentos e as recomendações alimentares realizados em contexto de alta hospitalar, dependiam da situação patológica, quadro clínico e sensibilidade do utente. O aconselhamento nutricional geral sobre hábitos alimentares saudáveis enquadrados num estilo de vida saudável foram sempre incitados no momento da alta, a todos os doentes. Este aconselhamento geral era sempre fornecido independentemente da situação clínica atual do utente.

A suplementação foi recomendada aos utentes que se apresentavam desnutridos ou em risco nutricional, com vista à melhoria e manutenção da sua saúde. O uso de suplementos nutricionais energéticos e/ou proteicos foi aconselhado aos utentes, por um período definido de tempo, de acordo com as suas necessidades nutricionais individuais e o seu estado nutricional.

A Tabela 2 reúne as intervenções nutricionais e as dietas hospitalares instituídas mais prevalentes em cada serviço, considerando a proporção de casos em que existiu a necessidade de se proceder a monitorizações do EN e ao aconselhamento de padrões alimentares específicos e/ou suplementação.

Tabela 2. Representação da Intervenção Nutricional considerando a Dieta Hospitalar, a necessidade de Reavaliação, o Aconselhamento Nutricional e a Suplementação, de acordo com o serviço de internamento

SERVIÇOS	Intervenção Nutricional	Dieta Hospitalar	Reavaliação	Aconselhamento Nutricional	Suplementação
Infeciologia	P (31%), MC (25%), PAC (19%), RP (13%)	Geral (44%), Mole (25%), Pastosa I (13%)	71%	NA	NA
Cardiologia	P (48%), HC (30%), MC (16%)	Geral s/sal (29%), Geral (20%)	19%	<u>Ensinos:</u> Dieta Hipocalórica (n=9), Diabética (n=5) e Hipolipídica (n=1) <u>Recomendações:</u> Alimentação saudável (15%)	2 doentes
Cirurgia	PAT (48%), HC (26%), P (17%)	Hipolipídica (20%), Geral (12%)	20%	<u>Ensinos:</u> Dieta Hipolipídica (n=6) e Dieta Diabética (n=1) <u>Recomendações:</u> Alimentação saudável (27%)	1 doente
Medicinas	P (31%), MC e PAT (22%), HC (18%)	Geral (20%), Mole (15%), Pastosa II (13%)	10%	Dieta Diabética (n=3) <u>Recomendações:</u> Alimentação saudável (30%)	3 doentes
Nefrologia	P (54%), MC (24%), HC (15%)	Geral s/sal (39%), Personalizada (22%)	89%	Dieta Personalizada* (n=9)	
Gastroenterologia	HC (73%), P (20%)	Dieta Líquida diabética s/sal (18%), PRPL (16%)	47%	Dieta PRPL (n=5) <u>Recomendações:</u> Alimentação saudável (10%)	5 doentes

LEGENDA: HC(Historial Clínico); MC(Modificação da Consistência); NA(Não Aplicável); P(Preferências); PAT (Progressão de Acordo com Tolerância); RP(Reforço no Prato).

*Na Nefrologia, os ensinamentos alimentares cingiram-se à necessidade de restringir fósforo, potássio, sódio, líquidos proteínas e/ou outros nutrientes, de acordo com a situação clínica do utente.

No serviço de Cardiologia, foram ainda aplicados 22 Questionários PREDIMED a utentes não eletivos e sem compromisso da capacidade cognitiva, com vista a compreender o padrão alimentar do doente típico do serviço de internamento de Cardiologia. Os resultados revelaram, para a maioria, uma adesão moderada (59%), sendo que 23% revelou uma boa adesão e 18% uma má adesão.

4.2. REGIME DE AMBULATÓRIO

4.2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A desnutrição é uma condição comum nos doentes oncológicos. Tal pode ocorrer pelo aumento das necessidades energéticas, nutricionais e/ou pela diminuição da ingestão alimentar, resultando numa perda ponderal com depreciação do estado nutricional que leva à caquexia. Por outro lado, tem-se verificado ao longo dos últimos anos, um aumento da incidência de obesidade sarcopénica que constitui igualmente, um fator de risco para o estado geral.¹⁷ Deste modo, a intervenção nutricional em pacientes oncológicos desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento da desnutrição, independentemente da sua forma de expressão.¹⁸ O acompanhamento nutricional individualizado e adequado permite melhorar a sintomatologia, diminuir as infeções e complicações pós-operatórias, reduzir o tempo de internamento, melhorar a resposta às terapêuticas e modular a resposta imunitária do doente. Por conseguinte, a nutrição não só permite melhorar o prognóstico como também a qualidade de vida.¹⁹

A capacidade da IN melhorar a saúde em doentes que se encontrem em risco nutricional ou desnutridos é reconhecida para diversas patologias, nomeadamente as doenças inflamatórias intestinais cuja prevalência nos últimos tempos tem vindo a aumentar, afetando igualmente adultos e crianças.²⁰ Atualmente reconhece-se o envolvimento do TGI no aparecimento de condições patológicas como colite ulcerosa, doença de crohn, síndrome do intestino irritável, pólipos, divertículos, entre outros, e a sua relação com a nutrição.²¹ De acordo com a BDA, existem situações clínicas para as quais a intervenção nutricional e as recomendações nutricionais estão claramente estudadas e evidenciadas, de como é exemplo a dieta FODMAP's no SII.²²

Durante o período de estágio, as atividades desenvolvidas em regime de ambulatório cingiram-se às consultas de nutrição nas especialidades de Oncologia Médica e Gastrenterologia, no Centro de Ambulatório do HSM.

4.2.2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

ONCOLOGIA MÉDICA

Na especialidade de **Oncologia Médica** tive a oportunidade de realizar 12 consultas de Dietética e Nutrição, sob orientação da Dra. Alda Ribas (Nutricionista do SDN responsável pelas consultas da especialidade de Oncologia Médica). Estas consultas realizavam-se na sequência de um pedido de colaboração pelos oncologistas responsáveis e, decorria no período da tarde das terças e quintas-feiras. Na primeira consulta procedia-se à realização da anamnese, estabelecimento de objetivos e estruturação do plano nutricional. Previamente, analisava o processo clínico do utente a fim ter conhecimento do historial clínico e antecedentes pessoais ou familiares relevantes. As seguintes consultas (consultas de acompanhamento) tinham o objetivo de monitorizar o estado nutricional, reavaliar e modificar o suporte nutricional anteriormente definido.

Na primeira consulta foi questionado o motivo da consulta, idade, profissão, peso habitual e história ponderal, altura, sintomatologia, alergias ou intolerâncias, ingestão de água, trânsito intestinal e prática de exercício físico. Os hábitos alimentares foram avaliados através da aplicação do Questionário Recall 24h, o mais detalhado possível. Seguidamente, o utente foi pesado numa balança descalço e com o mínimo de roupa possível e, calculou-se o IMC. O PC e PA foram retirados com o auxílio de uma fita métrica antropométrica, com o intuito de monitorizar a evolução ponderal. Posteriormente definiram-se os objetivos da intervenção e estabeleceu-se o plano alimentar, no qual foram esclarecidas todas as dúvidas. Os comportamentos sedentários foram desencorajados e incentivou-se à adopção de um estilo de vida mais saudável, aconselhando um padrão alimentar baseado na Dieta Mediterrânica face à sua pertinência em contexto neoplásico.^{23,24} A consulta terminou com a marcação de uma nova entre 1 a 3 meses, conforme a situação e de forma a possibilitar um seguimento.

Nas consultas de seguimento foram averiguadas as principais dificuldades no cumprimento do plano estipulado, e quais os objetivos cumpridos. Foram realizados ajustes no plano, conforme a necessidade. Estas consultas são importantes para reforçar a motivação do doente para o cumprimento do plano prescrito e advertir para as consequências de não o cumprir.

A partir da 5ª semana de estágio participei também na Consulta de Oncologia no Centro de Ambulatório (assistindo à intervenção clínica de cirurgia oncológica), a fim de recolher os dados para o estudo da “Adesão à Dieta Mediterrânea por mulheres com cancro da mama em *follow up*”.

Dos 12 utentes avaliados em consulta, todos eram do género feminino, a maioria eram adultos (75%; n=9) e apresentavam idades compreendidas entre os 40 e os 83 anos, com uma média de idade de $60,7 \pm 7,8$ anos.

Relativamente ao estado nutricional, foi possível agrupar as classes de IMC de acordo com a idade. Nos adultos, verificou-se uma maior prevalência de utentes com um peso corporal adequado (45%; n=4), seguindo-se da classificação de Pré-Obesidade (33%; n=3), Obesidade (11%; n=1) e Baixo peso (11%; n=1). Nos idosos a classificação de Baixo peso, IMC Normal ou Pré-Obesidade apresenta a mesma distribuição (33,3%; n=3).

Quanto à sintomatologia, o aumento do apetite (25%; n=13), as alterações do TGI (17%; n=2), os vómitos (8%; n=1) e a astenia (8%; n=1) foram os indícios reportados.

No que diz respeito ao motivo de consulta, a perda de peso é a condicionante que mais leva os utentes a marcarem uma consulta de nutrição (41%; n=5). A manutenção do peso corporal (25%; n=3), o controlo do apetite (17%; n=2) e até mesmo o ganho ponderal (17%; n=2), foram os outros aspectos mencionados.

Relativamente ao historial clínico, 50% tratam-se de casos de cancro da mama (n=6), seguindo-se de neoplasias do ovário (25%; n=3), melanoma, neoplasia renal e do cólon (25%; n=3).

Após IRN e AEN, definiu-se o plano alimentar e instaurou-se o plano de cuidados nutricionais. Este foi adaptado à condição clínica de cada utente e de acordo com as suas preferências alimentares e tolerância. Em muitos dos casos que era reportado um apetite aumentado e, nos quais, existia a necessidade de perder peso foi sugerida uma intervenção nutricional baseada numa alimentação normocalórica, hiperproteica polifracionada ao longo do dia (42%; n=5). Os suplementos nutricionais orais proteicos e calóricos foram aconselhados para aqueles que, por falta de apetite, astenia,

comprometimento da via oral ou por aumento das necessidades energéticas/proteicas, não conseguiam atingir as suas necessidades nutricionais (33%; n=4). A educação alimentar através do aconselhamento de um estilo de vida mais saudável, foi a metodologia de intervenção nutricional para uma minoria (17%; n=2). Outros aspetos foram tidos em consideração na definição do plano de cuidados nutricionais como as preferências, preterências, alergias, sintomatologia e questões económicas que, face à sua individualidade não foi possível categorizar em nenhuma classificação acima descrita (8%; n=1).

GASTRENTEROLOGIA

No caso da especialidade de **Gastroenterologia**, tive a oportunidade de realizar 4 consultas sob orientação da Dr.^a Anabela Portugal (Nutricionista do SDN responsável por estas consultas). Nesta especialidade, os doentes são reencaminhados pelos Gastroenterologistas responsáveis, sempre que considerem que seja necessário um acompanhamento nutricional dos utentes. Na primeira consulta foram recolhidos dados relativos ao historial clínico, sintomatologia apresentada, informação médica relevante (doença crónica, agudização da doença, internamentos, medicação, entre outros), foi realizado um exame físico geral e procedeu-se à avaliação da composição corporal através de BIA. Posteriormente foi efetuado um Recall 24h, o mais minuciosamente possível. De acordo com os hábitos alimentares, preferências e sintomatologia apresentada foi então definido o plano nutricional em conjunto com o utente. Nestas consultas, a maior parte da sintomatologia apresentada está relacionada com o TGI, como a diarreia, a distensão abdominal, a obstipação, o meteorismo, a dor abdominal e a hipersensibilidade alimentar. Nestes casos, a abordagem nutricional consiste na eliminação dos alimentos identificados que causam mau estar, por um período de tempo definido, com posterior reintrodução. Na Síndrome do Intestino Irritável, a terapêutica nutricional passa pela implementação de uma dieta com baixo teor em FODMAP's por ser a abordagem de primeira linha, segundo a evidência científica.^{25,26} O doente tem a oportunidade de colocar questões e dúvidas adicionais. A marcação de nova consulta para reavaliação do estado nutricional e implementação de um novo suporte nutricional, é o último passo da consulta.

Nesta especialidade foram então avaliados 4 utentes maioritariamente adultos (75%; n=3) e do género feminino (75%; n=3) com idades compreendidas entre os 28 e os 70 anos, com uma média de idade de 44,0±6,6 anos.

Relativamente ao IMC, verificou uma maior prevalência de utentes adultos com um peso corporal normal face à sua altura (75%; n=3) e, identificou-se um caso de desnutrição no único idoso avaliado.

Quanto à sintomatologia, todos os utentes reportaram as dejeções diarreicas como o principal sintoma apresentado (100%; n=4). A distensão abdominal (50%; n=2), o meteorismo (25%; n=1) e a depressão (25%; n=1) foram outros sintomas descritos pelos pacientes. Qualquer um destes sintomas afeta gravemente o estado nutricional, pelo que a sua gestão em contexto de consulta é fundamental não só para a melhoria do quadro clínico como também para melhorar a qualidade de vida. A sintomatologia foi apontada, maioritariamente, como o motivo principal da consulta (75%; n=3).

Relativamente ao historial clínico, em metade dos casos identifica-se a SII (50%; n=2). A depressão (25%; n=1) e o historial de *Helicobacter pylori* (25%; n=1) representam outros antecedentes pessoais reportados pelos utentes.

No que diz respeito ao plano nutricional instituído, em 50% dos casos (n=2) foi instituído um plano nutricional tendo por base um baixo teor de FODMAP's, uma vez que é a abordagem nutricional recomendada nos casos de SII. Em 25% foi recomendado o uso de probióticos porque não se verificaram melhorias ao nível da sintomatologia com a dieta FODMAP's (n=1). Noutros casos foi recomendado a evicção de alimentos estimulantes do peristaltismo intestinal que pudessem originar distensão abdominal, meteorismo e mal estar como é exemplo: leguminosas, frutos oleaginosos, picante, caril, chocolate, café, álcool e bebidas gaseificadas (25%; n=1).

4.3. OUTRAS ATIVIDADES

REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES

- Serviço de Infeciologia – A reunião médica é realizada semanalmente e consiste numa discussão sobre todos os doentes internados no Serviço, por parte da equipa multidisciplinar, da qual fazem parte: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. Os casos eram discutidos através da análise dos exames complementares de diagnósticos e programavam-se as ações terapêuticas ou a possibilidade de alta hospitalar;
- Serviço de Cirurgia – A visita clínica é realizada à quinta-feira às 9h. A equipa médica, os internos de medicina, a enfermeira chefe e o nutricionista visitam cada quarto, onde o médico responsável pelo doente expõe o diagnóstico e as ações terapêuticas planeadas, com a finalidade de apresentar o caso à equipa multidisciplinar para que a mesma possa ter conhecimento e dar o seu parecer.

SESSÕES CLÍNICAS DO SDN

- Ciclo de Conferências subordinado ao tema: “Cuidar do Idoso”, organizada pelo SDN no dia 15 de Dezembro de 2017. Foram realizadas apresentações sobre “Alterações Biológicas” (Dr^a Nina Salvado), “Idoso e Nutrição” (Dr^a Sara Policarpo), “Disfagia – Como atuar?” (Dr^a Cátia Ambrósio), “Cuidar o Idoso – Visão do Enfermeiro (Dr^a Eunice Rosendo) e “Envelhecimento – Barreiras Psicossociais” (Dr^o Ricardo Barros);
- Apresentações de suplementos nutricionais e nutrição entérica para adultos, pediatria e doenças metabólicas da Nutrícia, Advanced Medical Nutrition.

OUTROS EVENTOS

- 24^a Jornadas de Pediatria do HSM, nos dias 8 e 9 de fevereiro, na Faculdade de Medicina. (**Anexo 2**)

ELABORAÇÃO DE MATERIAIS DE APOIO

- Desenvolvimento de um folheto informativo sobre: “Recomendações Nutricionais e Cancro da Mama”, o qual foi fornecido a todas as participantes no estudo realizado no âmbito do estágio. (**Anexo 3**)

5. REFLEXÃO CRÍTICA

O período de estágio permitiu-me desenvolver capacidades de autonomia e solidificação de conhecimentos já adquiridos, competindo-me para o exercício da profissão de nutricionista hospitalar. As atividades foram desenvolvidas tendo por base a prática da evidência científica.

A adequação das metodologias utilizadas para a IRN e AEN teve por base a validação para a população portuguesa e contexto hospitalar. A avaliação da composição corporal foi realizada maioritariamente através da antropometria devido à sua aplicabilidade em regime de internamento e baixo custo associado. Em regime de ambulatório, para além das medidas antropométricas, a avaliação da composição corporal foi realizada através de BIA. O plano nutricional instituído *a posteriori* teve em consideração as necessidades nutricionais, tipo de alimentação, via e modo de administração. A quantificação da ingestão alimentar teve como objetivo monitorizar o suporte nutricional implementado, garantindo a manutenção do EN.

A integração em equipas multidisciplinares e a autonomia foram as valências que creio ter melhor desenvolvido durante este período. A relação profissional-doente e a necessidade de contribuir para a melhoria do estado nutricional e qualidade de vida foram os aspetos mais marcantes desta aprendizagem.

Cumpri todos os objetivos que foram inicialmente estipulados, pelo que me declaro satisfeita.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A componente de integração da experiência prática inculcida neste estágio possibilitou, não só a consolidação de conhecimentos, como também um desenvolvimento da capacidade de relacionamento interpessoal e consciencialização da relevância do comportamento ético no tratamento de doentes.

Profissionalmente, atuar no apoio nutricional em diversos serviços de internamento e em consultas em contexto de ambulatório, permitiu-me desenvolver competências técnicas, científicas e práticas na área da nutrição clínica.

A nível pessoal, o trabalho integrado em equipas multidisciplinares, a adaptação do discurso mediante o público alvo e a relação entre doente e profissional de saúde contribuíram enormemente para a aquisição de competências éticas e deontológicas, necessárias ao exercício da profissão de nutricionista clínico.

Todas as situações que foram emergindo contribuíram de algum modo para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional, nomeadamente ao nível da gestão de expectativas, sigilo profissional e inteligência emocional.

Em suma, considero ter vivenciado uma experiência extremamente positiva, pela qual estou grata.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. Academy of Nutrition and Dietetics, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, and Academy of Medical-Surgical Nurses; 2013;113(9):1219–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015>
2. Pedroso CGT, Sousa AA de, Salles RK de. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(suppl 1):1155–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700047&lng=pt&tlng=pt
3. The British Dietetic Association. Nutritional Therapist or Diet Expert? 2014; 1–16.pt;
4. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;(July):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.025>
5. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Site Institucional: <http://www.chln.min-saude.pt>
6. Mueller C, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *J Parenter Enter Nutr*. 2011;35(1):16–24.
7. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49–64.
8. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415–21.
9. da Silva Fink J, Daniel de Mello P, Daniel de Mello E. Subjective global assessment of nutritional status - A systematic review of the literature. *Clinical*

- Nutrition. 2015. p. 785–92.
10. Madden AM, Smith S. Body composition and morphological assessment of nutritional status in adults: A review of anthropometric variables. *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(1):7–25.
 11. World Health Organization. BMI classification. *Pharmacotherapy*. 2006;(Table 1):4–9.
 12. Lipschitz D. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*. 1994;21:55–67.
 13. George FHM. Avaliação antropométrica no adulto. *Orientação* [Internet]. 2013;1–9. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>
 14. Direção-Geral da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma Da Direção Geral Da Saúde. 2008;Orientação:5–7.
 15. Todorovic V, Russell C, Stratton R, Ward J, Marinos E. The “Must” explanatory booklet, a guide to the “Malnutrition Universal Screening Tool” (MUST) for adults [Internet]. *Clinical Nutrition*. 2003. 30 p. Available from: www.bapen.org.uk.
 16. Harris J a, Benedict FG. A Biometric Study of Human Basal Metabolism. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 1918;4(12):370–3.
 17. de Carvalho G, Camilo ME, Ravasco P. Qual a relevância da nutrição em oncologia? *Acta Med Port*. 2011;24(SUPPL.4):1041–50.
 18. do Nascimento FSM, Góis DN dos S, Almeida DDS, Nascimento AL, Almeida TC De, Guedes VR. a Importância Do Acompanhamento Nutricional No Tratamento E Na Prevenção Do Câncer. *Ciências Biológicas E Saúde*. 2015;2(3):11–24.
 19. Murphy JL, Girot EA. The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors - the role of nursing staff and interprofessional workers. *J Clin Nurs*. 2013;22(11–12):1539–49.
 20. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;36(3):623–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.02.013>

21. Forbes A, Escher J, Hébuterne X, Kłęk S, Krznaric Z, Schneider S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2017;36(2):321–47.
22. McKenzie YA, Bowyer RK, Leach H, Gulia P, Horobin J, O’Sullivan NA, et al. British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(5):549–75.
23. Van den Brandt PA, Schulpen mediterranean diet adherence and risk of postmenopausal breast cancer: results of a cohort study and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2017;140(10):2220–31
24. Turati F, Carioli G, Bravi F, Ferraroni M, Serraino D, Montella M, et al. Mediterranean diet and breast cancer risk. *Nutrients*. 2018;10(3):1–11.
25. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2016;55(3):897–906.
26. Staudacher HM, Lomer MCE, Anderson JL, Barrett JS, Muir JG, Irving PM, et al. Fermentable Carbohydrate Restriction Reduces Luminal Bifidobacteria and Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *J Nutr* [Internet]. 2012;142(8):1510–8. Available from: <http://jn.nutrition.org/cgi/doi/10.3945/jn.112.159285>

PARTE B
ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

CANCRO

O cancro caracteriza-se por um crescimento celular anormal, descontrolado e acelerado, resultante da atuação conjunta ou sequencial de fatores internos como as mutações genéticas, condições imunológicas e hormonais e, de fatores externos como por exemplo, o tabaco, as infeções e alimentação pobre do ponto de vista nutricional.¹

Mundialmente, o cancro é responsável por 1 em cada 7 mortes, apresentando uma taxa de mortalidade superior à combinação de tuberculose, síndrome da imunodeficiência humana e malária. É inclusivamente considerada a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, sequente às doenças cardiovasculares e, a terceira causa de morte nos países subdesenvolvidos. Estima-se que até 2030 surgirão 21,7 milhões de novos casos de cancro, dos quais 13 milhões resultarão em óbitos, devido ao crescimento e envelhecimento populacional. Estes números poderão ser notavelmente superiores se forem consideradas as modificações contemporâneas do estilo de vida, o tabaco, a alimentação inadequada, a inatividade física e a redução da taxa de natalidade.²

A União Europeia reconhece o cancro como um problema de saúde pública e afirma que muitos casos poderiam ser prevenidos através de medidas de identificação, avaliação e monitorização de risco.³ A *World Health Organization* (WHO) estima que 30% a 50% dos casos de cancro poderiam ser evitados através da prevenção.⁴ Garantir o acesso aos serviços de triagem e deteção precoce associados a um tratamento imediato é a abordagem defendida pela União Europeia para prevenir novos casos.³

CANCRO DA MAMA

O cancro da mama (CM) é o cancro mais comum entre as mulheres e a causa de morte mais frequentemente diagnosticada em indivíduos do género feminino, em todo o mundo.^{5,6} Este representa a segunda causa de morte em mulheres em países desenvolvidos e a principal causa de morte por cancro em países subdesenvolvidos.⁵

De acordo com a *American Cancer Society* (ACS) o cancro de mama é causado pelo desenvolvimento de células malignas nos tecidos mamários, normalmente nos ductos ou nos lóbulos, podendo ocorrer em ambos os géneros sendo que nos homens é mais raro.⁷

A mama é composta por ductos epiteliais que terminam em alvéolos secretórios envolvidos numa estrutura de tecido fibroso e tecido adiposo.⁸

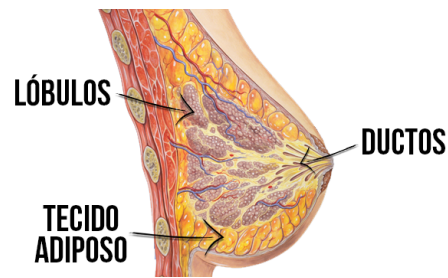


Imagem 1. Ilustração anatômica da mama

A etiologia do cancro da mama é multifactorial mas reconhecem-se os fatores genéticos, endócrinos, ambientais e o estado pós menopausa como os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento.⁹

A WHO estima que em 2015 morreram cerca de 570.000 mulheres, cerca de 15% de todas as mortes por cancro entre mulheres, pelo que a detecção precoce, é fundamental.⁴ A *American Society for Clinical Oncology* (ASCO) defende que se forem implementados programas de prevenção à população de alto risco, direcionados para as alterações ao nível do estilo de vida, seria possível prevenir 25-30% dos casos de cancro da mama.¹⁰ A prevenção primária através da eliminação dos fatores de risco parece contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade. A prevenção secundária através da realização de testes de diagnóstico como mamografia, ultrassonografia, métodos de imagem, entre outros, auxiliam na deteção precoce de tumores ou lesões que predisõem para o desenvolvimento de tumores.⁶

Estima-se que aproximadamente 70% dos tumores malignos sejam causados por fatores ambientais, o que no caso do cancro da mama estima-se que corresponderá a 90-95%.⁶ Identificar as causas, estabelecer medidas de prevenção e controlar os fatores de risco representam estratégias economicamente rentáveis a longo prazo para controlar o cancro.⁴ Aumentar a consciencialização, reduzir a exposição aos fatores de risco e assegurar que a população recebe informações e o suporte necessário para adoção de estilos de vida mais saudáveis, estão na base das recomendações da WHO para a prevenção de eventos oncológicos, visto que as modificações de estilo de vida parecem contribuir significativamente para a redução da incidência de cancro de mama.¹¹

O diagnóstico é habitualmente realizado através de um exame clínico, com inspeção e palpação à mama e gânglios linfáticos, mamografia ou ecografia. O cancro da mama quando diagnosticado precocemente é tratável e permite melhorar o desfecho clínico.¹ No entanto, reconhece-se a existência de uma vasta proporção de mulheres subdiagnosticadas, o que contribui adversamente para a saúde pública de uma forma global sendo, por isso, um aspeto que deverá ser tido em consideração.⁶

MECANISMOS IMUNOLÓGICOS

O crescimento e desenvolvimento normal da mama é regulado pela interação entre hormonas nas quais se incluem estrogénios, progesterona, andrógenos, glicocorticóides, prolactina, hormonas tiroideas, insulina e fatores de crescimento. O estradiol regula a expressão de vários genes envolvidos nos mecanismos de controlo do crescimento das células mamárias, pelo que detém a capacidade de modular a morfologia das células cancerígenas e o crescimento tumoral.⁸ Universalmente, o efeito destes fatores de crescimento e hormonas é desencadeado pela ligação a receptores específicos, tendo como exemplo os estrogénios que são mediados pela ligação aos receptores de estrogénio (RE) por apresentarem uma alta afinidade para os mesmos.¹¹ A sua interação desencadeia uma cascata de sinais bioquímicos intracelulares, resultando na ativação de oncogenes e na privação e/ou mutação de genes supressores do tumor que originam, por consequência, as células malignas.^{6,8}

A quantificação da expressão dos oncogenes revela informações cruciais sobre a agressividade do tumor, prognóstico e sensibilidade à terapia. Genes mutados BRAC1 e BRAC2 funcionam como genes supressores do tumor em condições normais. O reconhecimento de que a inativação mutacional de genes supressores está associada ao cancro de mama pode levar ao reconhecimento precoce de grupos e famílias de risco.⁸

Em suma, o potencial maligno do cancro da mama depende do equilíbrio entre os fatores estimulantes do crescimento e os inibidores produzidos pelos tumores. As diferenças ao nível da expressão genética dependem da variabilidade genética, o que permite explicar as diferenças de comportamento e resposta aos tratamentos.²

FATORES DE RISCO

A etiologia do cancro da mama ainda não é conhecida, mas são atualmente reconhecidos fatores que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver a doença:¹²

- Idade – A probabilidade de ter cancro aumenta com o aumento da idade, sendo mais evidente após aparecimento da menopausa;
- Historial clínico – As mulheres com CM numa mama têm um risco aumentado de ter a doença na outra mama;
- História familiar – As mulheres com historial familiar apresentam um risco aumentado de ter a doença, especialmente em idades mais jovens (<40 anos);
- Alterações na mama – A apresentação de células mamárias anormais, hiperplasia atípica ou carcinoma lobular in situ, aumenta o risco de CM;
- Alterações genéticas – Alterações genéticas nos genes BRCA1 e BRCA2 predispõem para o aparecimento de CM;
- Primeira gravidez tardia (>31 anos);
- História menstrual longa – O aparecimento de menstruação em idade precoce (<12 anos), menopausa tardia (>55 anos) ou nuliparidade aumenta a probabilidade de desenvolver CM;
- Amamentação – Não amamentar constitui um fator de risco para o CM;
- Terapêutica hormonal de substituição – A toma de estrogénios e/ou progesterona durante 5 ou mais anos, após a menopausa, contribui para a incidência do CM;
- Raça – As mulheres caucasianas apresentam um risco maior de desenvolver CM comparativamente às mulheres latinas, asiáticas ou afro-americanas;
- Radioterapia no peito – Mulheres submetidas a radioterapia antes dos 30 anos apresentam risco aumentado, incluído o linfoma de Hodgkin;
- Densidade da mama – As mulheres mais velhas apresentam maior proporção de tecido denso. Quanto maior a densidade da mama, maior é o risco;
- Obesidade – A obesidade predetermina gordura corporal em excesso, o que predispõe para o aparecimento de CM no período pós-menopausa na medida em que estimula a produção de estrogénios pelo tecido adiposo;
- Inatividade física – Ser fisicamente ativo previne o ganho de peso corporal excessivo e diminui o risco de CM;

- Bebidas alcoólicas – Estudos sugerem existir uma relação entre a ingestão exacerbada de bebidas alcoólicas e o risco de CM.^{2,12}

Segundo a ACS, existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o desenvolvimento de cancro da mama:

- Fatores de risco não modificáveis: género feminino, idade superior a 55 anos, mutação hereditária no gene BRCA1 ou BRCA2, antecedentes familiares e pessoais de cancro da mama, etnia caucasiana, etnia afro-americana (<45 anos), tecido mamário denso, diagnóstico benigno, menstruação precoce (<12 anos), menopausa precoce (<55 anos), exposição a radioterapia e exposição a diethylstilbestrol (DES).
- Fatores de risco modificáveis: excesso de peso, obesidade, ingestão de álcool, inatividade física, nulipariedade, não amamentar, utilização de métodos contraceptivos e/ou terapêuticas hormonais após menopausa;¹¹

As mulheres com mutações patogénicas no gene BRCA têm um risco aumentado de cancro de mama e ovário, o que parece ser modulado por fatores de estilo de vida como os hábitos alimentares, atividade física e stress.¹¹

Um fator de risco aumenta o risco de ocorrência do cancro mas não é condição por si só para o originar. A evidência científica demonstra que os fatores ambientais e o estilo de vida atual caracterizado por uma alimentação rica em gorduras e açúcares e pobre do ponto de vista nutricional, consumo de álcool desproporcionado e sedentarismo, predis põem para o desenvolvimento de cancro de mama.^{2,6}

TRATAMENTO

As opções de tratamento dependem das características do tumor como o estágio e a dimensão, da dimensão da mama, presença de receptores hormonais, receptores HER2, situação relativa à menopausa, estado geral de saúde e preferências do doente. Os tratamentos podem ser classificados como locais ou sistémicos, consoante a sua finalidade.^{12,13}

Classificação dos tratamentos, de acordo com a sua finalidade:

TRATAMENTOS

LOCAIS	Cirurgia e Radioterapia (RT) <ul style="list-style-type: none">- Visam a remoção das células cancerígenas;- Em caso de metastização, podem ser utilizados para controlar a doença, na região afetada.
SISTÉMICOS	Quimioterapia (QT), Hormonoterapia (HT) terapêuticas dirigidas <ul style="list-style-type: none">- Atuam ao nível da corrente sanguínea, controlando o cancro em todo o corpo;- Tratamento neo-adjuvante para redução do tamanho do tumor antes do tratamento local;- Prevenção de recidivas ou tratamento do cancro metastizado.¹²

Descrição dos tratamentos, de acordo com a sua tipologia:

TRATAMENTOS

CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none">- É o tratamento mais comum;- Consiste na remoção do tumor através de uma abordagem conservadora (tumorectomia, mastectomia segmentar ou mastectomia parcial) ou radical (mastectomia) e possivelmente, remoção dos gânglios linfáticos axilares;- A reconstrução mamária é possível.^{12,13}
-----------------	---

TRATAMENTOS

RADIOTERAPIA (RT)

- Realizada em associação com cirurgia conservadora;
- Consiste na utilização de raios altamente energéticos para destruir as células cancerígenas através de radiação externa (fornecida por um máquina localizada num hospital ou centro clínico) ou interna/braquiterapia (provém de material radioativo contido em finos tubos de plástico colocados diretamente na mama, o que requer de um período de internamento);
- É utilizada em contexto neo-adjuvante, após mastectomia em tumores superiores a 5cm ou quando o tumor invade os gânglios linfáticos, de forma a destruir as restantes células cancerígenas que tenham permanecido;
- É efetiva no controlo da dor na metastização óssea.^{12,13}

Ressalva-se que a utilização da radiação externa permite conservar a mama e evitar recorrências, melhorando não só o prognóstico como também a componente psicossocial.^{12,13}

TRATAMENTOS

QUIMIOTERAPIA (QT)

- Depende do tamanho do tumor, número de gânglios envolvidos, presença de RH e HER2;
- Consiste na administração oral ou intravenosa da combinação de 2 ou 3 fármacos para aniquilar as células cancerígenas. Os fármacos entram na corrente sanguínea e circulam pelo organismo, desempenhando o seu efeito sistémico;
- A administração está rigorosamente protocolada e é realizada em regime de Ambulatório. Caso se justifique, pode-se proceder ao internamento hospitalar para institucionalização da terapêutica.^{12,13}

TRATAMENTOS

HORMONOTERAPIA (HT)

- Impede que as células cancerígenas tenham acesso aos estrogénios e progesterona que necessitam para se desenvolverem, bloqueando os receptores hormonais. É vantajosa no CM positivo para os RH;⁹
- Consiste na utilização de fármacos consoante o estado de menopausa:
 - o Tamoxifeno: duração de 5 anos em doentes em pré-menopausa;
 - o Inibidores da aromatase (letrozol, por exemplo): duração de 5 anos em doentes com menopausa.^{12,13}

A remoção dos ovários poderá ser necessária, visto que são a principal fonte de produção de estrogénios. É importante considerar que depois da menopausa a produção de estrogénios declina naturalmente, não sendo necessária a intervenção cirúrgica.¹²

TRATAMENTOS

TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS DIRIGIDAS (TBD)

- Consistem na identificação de alvos nas células cancerígenas ou substâncias normais que potenciam o seu crescimento e, no conseqüente bloqueio que trava o crescimento maligno e a sua disseminação:
 - o Anticorpos monoclonais;
 - o Pequenas moléculas (inibidores da tirosina cinase, por exemplo);
 - o Anticorpos anti-angiogénicos: bloqueiam a formação de vasos sanguíneos que alimentam o tumor.^{12,13}

Os cuidados paliativos desempenham um papel fundamental na desaceleração da progressão da doença e na atenuação da sintomatologia que advém dos tratamentos como as náuseas, vômitos, cansaço, dispneia, mucosite, dor, disfunção sexual e infertilidade.^{2,12,13}

Os tratamentos não são inócuos, têm efeitos secundários e riscos associados. Por este motivo, após o término dos tratamentos, segue-se um programa de *follow-up* que pretende detetar possíveis recidivas, novos casos de cancro na mama não afetada anteriormente, avaliar e tratar efeitos adversos dos tratamentos.¹³

RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA SOBREVIVENTES

Segundo a WHO os sobreviventes de cancro devem respeitar as seguintes recomendações, de forma a prevenir a ocorrência de recidivas:

- Evitar o tabaco;
- Manter um peso saudável;
- Ser fisicamente ativo;
- Limitar a ingestão de álcool;
- Evitar a exposição excessiva ao sol;
- Proteger-se de substâncias cancerígenas no local de trabalho e evitar a exposição à radiação;
- Privilegiar a amamentação;
- Manter uma alimentação saudável rica em cereais integrais, leguminosas e hortofrutícolas;
- Privilegiar o consumo de alimentos de origem vegetal, consumindo 5 porções de hortofrutícolas por dia (equivalente a 400g);
- Limitar o consumo de alimentos altamente energéticos ricos em açúcares e gordura, as carnes vermelhas e processadas, as bebidas açucaradas, os produtos de charcutaria, salsicharia e os alimentos com um elevado teor em sal;
- Respeitar o limite máximo diário para a ingestão de gordura (30%), açúcares livres (10%) e sal (5g).⁴

Os hábitos alimentares representam um problema social e, por isso, é necessário a adoção de uma abordagem multidisciplinar e culturalmente relevante. A evidência científica referencia o aumento de peso e o IMC elevado como um fator de risco para as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), nomeadamente para o cancro da mama. Deste modo, a manutenção de um peso corporal normal deverá ser encorajada, assim como a pratica de atividade física moderada a intensa a longo prazo por estar associada

a um prognóstico favorável, sendo que os treinos aeróbicos e o levantamento de pesos não afetam negativamente o edema linfático.^{4,13}

Várias organizações internacionais como a *American Cancer Society*, *American Society of Clinical Oncology*, *National Cancer Institute* e *World Cancer Research Fund International*, sugerem a adoção de um estilo de vida saudável através da manutenção de um peso saudável, a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercício físico, por constituir um fator protetor para o desenvolvimento de cancro da mama.^{7,10,14,15}

As recomendações nutricionais para sobreviventes de cancro enunciam o papel protetor da Dieta Mediterrânea (DM) na redução da recorrência do cancro, particularmente do cancro da mama, devido às suas propriedades nutricionais que contribuem positivamente para a saúde dos indivíduos com cancro de mama ao invés de uma alimentação pobre em gorduras.^{16,17} A educação nutricional e as modificações de estilo de vida, através do acompanhamento nutricional regular no período de *follow up*, representam alternativas económicas para prevenir complicações que advém dos tratamentos.^{16,18}

As evidências epidemiológicas demonstram que a Dieta Mediterrânea é um padrão alimentar protetor para o risco de desenvolvimento de cancro da mama, devido à sua composição alimentar naturalmente rica em fitoestrogénios. Os fitoestrogénios são fitoquímicos que apresentam uma estrutura semelhante à dos estrogénios humanos, o que possibilita a sua ligação aos receptores de estrogénio desempenhando, assim, uma função anti-estrogénica. Como o CM está associado a níveis elevados de estrogénios endógenos e a DM é rica em substâncias fitoquímicas com propriedades antioxidantes, esta apresenta um efeito protetor para o desenvolvimento desta neoplasia.^{9,17}

DIETA MEDITERRÂNEA

A Dieta Mediterrânica teve origem nos países banhados pelo Mar Mediterrâneo. À luz do que se consumia na Grécia e no sul de Itália, este padrão alimentar começou a ser descrito nos anos 50 e 60 do Século XX, como o conjunto de hábitos alimentares típicos de algumas populações da costa mediterrânea. A palavra dieta provém do termo grego “*diaita*” que significa estilo de vida equilibrado.¹⁸

A Dieta Mediterrânica caracteriza-se por um consumo elevado de alimentos de origem vegetal (cereais pouco refinados, produtos hortícolas, fruta, leguminosas e frutos oleaginosos), pelo consumo de produtos frescos, locais e sazonais, pela utilização predominante do azeite como gordura de eleição para cozinhar e temperar, pelo consumo moderado de lacticínios, consumo frequente de pescado, e reduzido de carnes vermelhas. A água é a bebida de eleição e o vinho tinto deve ser consumido em moderação para acompanhar as refeições principais. Na DM incluem-se métodos de confeção simples, refeições realizadas em família de forma a promover a convivência entre as pessoas à mesa e, a prática regular de exercício física.^{11,18,19}

Ancel Keys, investigador Americano, foi o responsável pela divulgação da Dieta Mediterrânica na década de 1960, após a realização de um estudo com 25 anos de acompanhamento intitulado de “*Seven Countries*”, onde verificou que na costa Mediterrânica, a ocorrência de enfarte agudo do miocárdio era menor, em comparação com outros países do norte da Europa e dos Estados Unidos. Apesar do elevado consumo elevado de gordura que parecia estar relacionado com o aumento do aparecimento de doença coronária, Ancel concluiu que o tipo de gordura maioritariamente consumida nestes países provinha do azeite.^{17,20}

Desde então que a DM tem vindo a ser estudada pela sua associação com a longevidade e redução do risco de desenvolvimento de doenças sendo, inclusivamente considerada, uma das dietas mais saudáveis do mundo.¹⁶ O reconhecimento da DM em Portugal, Espanha, Marrocos, Itália, Grécia, Chipre e Croácia pela UNESCO como Património Cultural Imaterial da Humanidade desde 4 de Dezembro de 2013 reforça a sua importância para a saúde e sustentabilidade, de uma forma global sendo a proeminência maior na zona mediterrânica. Este padrão alimentar é visto como o mais saudável e mais sustentável no mundo, sendo fundamental no campo da saúde pública e nutrição de forma global.¹⁹

A literatura é vasta e unânime na sua definição, ocupando mais de 5000 artigos científicos citados no PUBMED. A evidência publicada nos últimos 50 anos aponta para as mesmas conclusões do papel protetor caracterizado pela predominância de alimentos de origem vegetal e peixe, ao invés de alimentos de origem animal e açúcares.²¹

A DM tem vindo a ser estudada pela sua potencialidade para prevenir doenças crónicas não transmissíveis e contribuir para a manutenção da saúde. As pesquisas atuais tem vindo a confirmar o conceito e a acrescentar novos dados relativos à sua potencialidade de melhorar a função renal e os níveis séricos de ácido úrico, contribuir para o controlo do peso corporal, saúde mental e qualidade de vida. Trata-se de um padrão alimentar sustentável que permite não só reduzir a incidência de doenças como: artrite inflamatória, acidente vascular cerebral isquémico, doenças cardiovasculares, cancro, síndrome metabólica, parkinson, alzheimer, demência, aterosclerose, trombose, doenças degenerativas crónicas, como também permite reduzir as taxas de mortalidade e os custos associados nos tratamentos destas mesmas.^{19,20,21}

A adoção de uma alimentação baseada num padrão alimentar mediterrânico parece ser efetiva na prevenção primária e secundária de DCNT, nomeadamente de doenças oncológicas. A nutrição desempenha um papel fulcral na progressão tumoral, na recorrência e na sobrevivência através da ingestão de macronutrientes e micronutrientes específicos que contribuem para o estado geral de saúde.¹¹ A dieta rica em hortofrutícolas, cereais integrais, peixe, moderada em vinho tinto e baixa em carnes vermelhas e processadas, e hidratos de carbono refinados pode reduzir a mortalidade nos sobreviventes de cancro de mama.²¹ Apesar do consumo de álcool representar um fator de risco, outros estudos demonstram um efeito protetor num consumo moderado de vinho tinto nos sobreviventes de cancro.²²

Atualmente, refere-se os cereais integrais, azeite, vegetais, fruta, peixe e vinho e outras substâncias como os antioxidantes, ómega 3 (EPA e DHA) e as fibras como alimentos protetores. Na generalidade, a necessidade de aumentar o rácio da energia proveniente de alimentos de origem vegetal em prol de alimentos de origem animal é o achado comum na literatura científica. O consenso tornou-se maior quando a UNESCO classificou a dieta mediterrânea como património imaterial cultural da humanidade, o que influenciou as pessoas e contribuiu positivamente para a redução da incidência de DCNT, manutenção da saúde e longevidade.²¹

PROPRIEDADES NUTRICIONAIS DA DIETA MEDITERRÂNEA

SUBSTÂNCIAS FITOQUÍMICAS

Vários estudos observacionais e clínicos sugerem que as substâncias fitoquímicas como os ácidos fenólicos constituintes do azeite, os flavonóides presentes no chá, chocolate e uvas e as isoflavonas nos produtos de soja, reduzem o risco de cancro de mama.^{23,24,25} Um padrão alimentar naturalmente rico em polifenóis como é o caso da dieta mediterrânea, está associado a uma menor incidência de cancro de mama.²⁶

AZEITE

A evidência científica demonstra que o ácido oleico (gordura monoinsaturada proveniente do azeite) suprime a expressão exacerbada de oncogenes que predisõem para o desenvolvimento e progressão de certos tipos de cancros agressivos, através da promoção da apoptose das células tumorais, reduzindo a proliferação nas células mamárias e o stress oxidativo e reduzindo.⁹ Para além do ácido oleico, o azeite apresenta na sua composição lipídica o alfa-tocoferol e fenóis que apresentam fortes efeitos antioxidantes e anti-inflamatórios. Estas propriedades conferem-lhe uma influência potencial na proliferação celular, progressão do ciclo celular, apoptose e metabolismo do ácido araquidónico nas células cancerígenas.^{4,24,25} O conteúdo fenólico do azeite extra virgem apresenta a capacidade de afetar especificamente os oncogenes, através de mecanismos nos quais se incluem a ação direta dos antioxidantes na sinalização das células cancerígenas e na progressão do ciclo celular. Por este motivo, é de extrema importância ressaltar que apenas as variedades virgem e extra virgem retêm os componentes lipofílicos do fruto e mantem os benefícios para o CM.^{4,9,23}

CARNES VERMELHAS

O baixo consumo de carnes vermelhas desempenha um papel crucial na redução da incidência de CM, por serem fonte de ferro e gordura saturada que estão independentemente relacionados com a carcinogénese.⁹ A carne vermelha também é uma fonte de compostos mutagénicos, incluindo compostos nitrogenados, amins heterocíclicas e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos que estão envolvidos na etiologia do CM.^{23,24}

GORDURA

A gordura saturada aumenta a resistência à insulina e o ferro gera radicais livres e induz ao stress oxidativo, que resulta na ativação de vias promotoras da carcinogénese.²³ A gordura polinsaturada inibe os eicosanóides provenientes do ácido araquidónico, por se tratar de uma substância pró-inflamatória associada ao crescimento celular.^{9,24}

VINHO TINTO

O vinho tinto apresenta um elevado teor em resveratrol (polifenol) que tem a capacidade de reduzir a produção local de estrogénios nas células cancerígenas, diminuindo os níveis de aromatase nas células malignas.^{9,27} O consumo moderado de álcool (<20 g de etanol por dia), privilegiando o vinho tinto devido aos polifenóis parece estar associado a um risco reduzido de eventos fatais e a um papel protetor para o CM.^{4,28}

HORTOFRUTÍCOLAS

O elevado consumo de hortofrutícolas diminui o risco de cancro devido aos efeitos biológicos de flavonóides, que apresentam atividade antioxidante e inibem o processo inflamatório.^{23,24} As frutas, os vegetais, as leguminosas e as nozes são boas fontes de fibra dietética e têm propriedades antioxidantes que parecem estar associados a um menor risco de cancro da mama.^{9,27} É recomendada a ingestão mínima de 5 porções de vegetais e frutas por dia, um consumo moderado de proteína de soja (5-10 g por dia) e a adopção de um padrão alimentar mediterrâneo, para prevenção do CM.²⁶

EXCESSO DE PESO

A obesidade e a síndrome metabólica estão associadas a um perfil hormonal que estimula o crescimento do cancro de mama.^{11,16} O aumento do IMC contribui negativamente para o desenvolvimento de novos casos de cancro, verificando-se efeitos favoráveis na redução do peso corporal pela prevenção de comorbilidades associadas, nomeadamente da síndrome metabólica. A evidência científica revela que os indivíduos com diagnóstico de síndrome metabólica respondem menos aos tratamentos de

quimioterapia. A literatura refere ainda que níveis elevados de glicémia constantes, predisõem para um risco aumentado de cancro da mama.¹⁶

A Dieta Mediterrânea tem sido a abordagem preferida na redução do o excesso de peso, de forma a reverter a síndrome metabólica e melhorar o perfil lipídico. Os estudos demonstram que a educação e o apoio nutricional são benéficos do ponto de vista da saúde e que a adoção de um padrão alimentar mediterrânico fornece benefícios adicionais específicos à saúde dos sobreviventes de cancro da mama.¹⁶

ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNEA E CANCRO DA MAMA

A evidência científica indica fortemente que a nutrição é um fator crucial na promoção da saúde e na prevenção do cancro da mama. A dieta mediterrânea tem vindo a ser apontada pela literatura como o padrão alimentar que mais benefícios apresenta para a saúde dos sobreviventes de cancro da mama, inclusivamente na prevenção do cancro de mama em mulheres que já se encontrem na menopausa, quer a nível individual, quer ao nível da saúde pública. Estes benefícios são comprovados em casos de elevada adesão à dieta mediterrânea, sobretudo nas populações do sul da Europa.^{11,29}

O papel protetor da DM no cancro de mama é biologicamente plausível, visto que o seu padrão alimentar é constituído por alimentos naturalmente ricos em fibras, vitaminas e antioxidantes (flavonoides, carotenóides e esqualeno) que estão associados a uma diminuição da expressão de estrogénios endógenos e da neutralização de radicais livres que, naturalmente, estão na base da predisposição para o desenvolvimento de CM.²⁹

A dieta mediterrânea tradicional caracteriza-se por um padrão alimentar predominantemente vegetal, no qual se dá preferência aos alimentos frescos, sazonais e confeccionados de forma simples preservando as suas propriedades nutricionais, com um baixo consumo de alimentos de origem animal e pratica regular de exercício físico. O elevado consumo de hortofrutícolas proporciona uma moderada restrição energética, na medida em que os vegetais e as frutas são alimentos ricos em fibras e pobres do ponto de vista energético. Por outro lado, a restrição específica de produtos de origem animal, e o distinto consumo de azeite extra-virgem, vinho tinto e oleaginosas, representavam um papel protetor do ponto de vista da saúde, visto que a energia necessária para o

trabalho físico de duração elevada que se realizava antigamente, provinha destes alimentos vegetais.¹¹

Atualmente, a composição da DM mudou drasticamente e a qualidade e quantidade de alimentos que as pessoas consomem, é distinta da versão tradicional, pelo que os benefícios intrínsecos à sua adoção não estão aparentemente evidenciados.¹⁵ Por este motivo, a literatura reconhece que a definição de escalas de padrões dietéticos seja a melhor forma para descrever a aderência à DM em populações que não se enquadrem no modelo comum.²²

O ensaio de prevenção com a Dieta Mediterrânea intitulado de Estudo PREDIMED, conduzido em Espanha, demonstrou experimentalmente os potenciais benefícios derivados da adoção de padrão alimentar mediterrânico.²⁰ Trata-se do maior estudo prospectivo experimental controlado randomizado alguma vez realizado, tendo contado com a participação de 7,447 indivíduos. Por este motivo, foi considerado o ensaio clínico mais valioso sobre alimentação e, a sua eficácia na quantificação da adesão à DM ficou reconhecida.³⁰

Para além deste estudo, muitos outros têm vindo a relatar os efeitos benéficos da adesão à DM no cancro da mama, de como é exemplo o *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*. O EPIC é um estudo coordenado pela *International Agency for Research on Cancer* desde 1992, que decorre em 10 países da Europa, o qual incluiu 500,000 voluntários com idades entre os 35 e os 70 anos. Recentemente, os resultados evidenciam e fundamentam a relação inversa entre a adesão à dieta mediterrânea e o risco de desenvolvimento de cancro de mama em mulheres pós-menopáusicas.³¹

Independentemente das diferenças entre os estudos no que diz respeito às quantidades ingeridas de vegetais ou outros constituintes da DM, que determinam os ganhos em saúde, a evidência científica é unânime no que diz respeito ao papel protetor da Dieta Mediterrânea no desenvolvimento e recorrência de cancro da mama.¹⁸

2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo principal determinar a Adesão à Dieta Mediterrânea em doentes em *follow up* com cancro da mama. Adicionalmente teve também como objetivos específicos avaliar o estado nutricional e caracterizar antropometricamente a amostra, verificar a adesão às recomendações para sobreviventes de cancro e relacionar com a história clínica e literacia em saúde.

3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

DESENHO DO ESTUDO

Tratar-se de um estudo de carácter observacional descritivo. Todos os participantes foram informados dos objetivos do mesmo através do fornecimento de uma carta convite e de um consentimento informado. A participação no mesmo foi voluntária, autónoma e não remunerada.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres diagnosticados com cancro de mama em *follow up*, seguidas em ambulatório na Consulta de Oncologia no Hospital de Santa Maria. O género feminino, a idade superior a 18 anos e encontrar-se em fase de remissão da doença, foram os critérios de inclusão definidos. O compromisso da capacidade cognitiva foi definido como critério de exclusão.

PROCEDIMENTOS

A recolha da informação dos participantes foi realizada presencialmente no Centro de Ambulatório do Hospital de Santa Maria, após consulta clínica de cirurgia oncológica. No final da participação, foi entregue um folheto informativo sobre recomendações nutricionais para sobreviventes de cancro da mama, desenvolvido exclusivamente para este efeito.

A elaboração do estudo não teve associado a qualquer tipo de custos financeiros.

4. METODOLOGIA

Para a caracterização da amostra foi utilizado um questionário geral de identificação, no qual constaram dados pessoais (género, idade, etnia), dados clínicos (historial clínico relativo à neoplasia, antecedentes pessoais e familiares, peso, altura), dados socioeconómicos (nível escolaridade, ocupação profissional, local de residência) e de estilo de vida. Para determinar o tipo de neoplasia da mama e tipo de tratamentos realizados, procedeu-se à leitura e interpretação do relatório clínico de cada participante.

O estado nutricional foi avaliado através da história ponderal, composição corporal e do cálculo do Índice de Massa Corporal. A composição corporal foi analisada através de bioimpedância elétrica (Tanita BC-601) e de uma fita métrica antropométrica. As medidas antropométricas foram recolhidas através da *metodologia ISAK*.³²

Para a avaliação da adesão às recomendações para sobreviventes de cancro foram adjudicadas questões adaptadas das recomendações de prevenção do cancro para sobreviventes após tratamento ativo e em atual remissão, da *World Cancer Research Fund International*.³³

A adesão à Dieta Mediterrânea foi avaliada através da aplicação do questionário PREDIMED porque se trata de um instrumento validado que permite categorizar os indivíduos de acordo com o seu grau de adesão à DM. A praticabilidade deste método em contexto clínico, proporcionou a sua seleção.³⁰

A atividade física foi avaliada através do Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ-SF), por ser um método válido para estimar a prática de atividade física reportada. É um instrumento fácil e rápido de aplicar sendo, por isso, adequado ao estudo.³⁴

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada através do software SPSS.

5. RESULTADOS

Para a realização deste estudo foram incluídas 50 mulheres diagnosticadas com cancro de mama em fase de remissão da doença (*follow up*). Para apresentação geral dos dados segue-se a análise descritiva dos mesmos.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

		Frequência N	Total N (%)
Menopausa	Sim	44	88%
Etnia	Caucasiana	46	92%
	Africana	4	8%
Escolaridade	Sem escolaridade	2	4%
	Até 4º ano	19	38%
	Até 9º ano	14	28%
	≥12ºano	15	30%
Situação Profissional	Empregada	14	28%
	Desempregada	4	8%
	Reformada	32	64%

A amostra em estudo caracteriza-se por um conjunto de 50 mulheres com uma idade média de $63,9 \pm 13,8$ anos, com idades compreendidas entre os 34 e 91 anos. A maioria (88%) encontra-se em menopausa com uma idade média de aparecimento de $42,8 \pm 16,7$ anos, sendo que os 55 anos representaram a idade máxima registada. O grupo é maioritariamente de etnia caucasiana (92%), porém foram também avaliadas mulheres de etnia africana (8%). A maioria realizou a escolaridade equivalente ao 4º ano (34%), seguindo-se do 9º ano (22%) e do 12º ano (18%), sendo que apenas 12% ingressou para o ensino superior. Relativamente à situação profissional a maioria com 64% encontra-se reformada, verificando-se também uma menor percentagem de mulheres ativas profissionalmente (28%) e, uma minoria que se encontra desempregada (8%). (Tabela 3)

Tabela 4. Caracterização da amostra em estudo considerando a história clínica referente exclusivamente ao Cancro da Mama diagnosticado

		Frequência N	Total N (%)	
Primeiro episódio neoplásico	Sim	47	94%	
	Recidiva	3	6%	
Tipo de tratamentos	Cirurgia + HT	7	14%	
	Cirurgia + RT + HT	17	34%	
	Cirurgia + RT + QT + HT	17	34%	
	Cirurgia + QT	2	4%	
	Cirurgia + QT + RT	2	4%	
	Outros	5	10%	
	Tipo de Cancro da Mama	CDI grau I/II/III RH+	23	46%
		CDIS RH+	12	24%
CDI grau I/II RH-		4	8%	
Carcinoma papilar		3	6%	
invasivo grau I RH+				
Outros		8	16%	

LEGENDA: CDI(Carcinoma Ductal Invasivo); CDIS(Carcinoma Ductal In Situ); RH+(Recetores Hormonais positivos)

A Tabela 4 descreve o historial clínico alusivo ao cancro da mama. O tempo de *follow up* médio estimado é de $4,9 \pm 5,2$ anos, considerando *follow up*, o período de seguimento para controlo em mulheres livres de cancro após término dos tratamentos. Na maioria dos casos (94%) trata-se do primeiro episódio neoplásico. Relativamente ao tipo de cancro, em 92% dos casos apresenta-se positivo para receptores hormonais, localizados maioritariamente nos ductos mamários (86%). O tipo de tratamentos realizados dependeu sempre do tipo histológico do cancro da mama. De um modo geral, os tratamentos mais prevalentes foram a cirurgia (98%), HT (90%), RT (78%) e QT (64%).

Tabela 5. Caracterização da amostra do estudo considerando a realização de HT e historial clínico referente aos antecedentes familiares de doenças neoplásicas

	Frequência N	Total N (%)
Hormonoterapia (HT)	45	90%
Sem historial de cancro na família	19	38%
Com historial de cancro na família	31	62%

A Tabela 5 expõe a proporção de mulheres que realizaram HT (90%). A maioria da amostra (62%) alega ter antecedentes familiares de cancro e/ou cancro da mama, sendo que 46% apresenta antecedentes familiares de cancro da mama e 44% de outro tipo de cancro. O historial clínico de depressão foi referido em 22%, seguindo-se de diabetes (20%), hipertensão arterial (6%) e obesidade (4%).

Tabela 6. Caracterização antropométrica da amostra do estudo

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Frequência N	Total N (%)
Evolução ponderal	Diminuiu de peso					14	28%
	Manteve o peso					12	24%
	Aumentou de peso					24	48%
Peso habitual		66,9	9,6	51	90		
Peso no momento do diagnóstico		65,4	9,7	48	93		
Peso após término dos tratamentos		66,4	9,7	5	92		
Peso corporal atual		67,9	10,9	48,6	91		
IMC (considerando o anterior)		26,5	4,3	19	38		

O peso habitual das inquiridas foi de 66,9±9,6kg [com uma variação entre 51kg e 90kg]. Verificou-se um ligeiro aumento de peso médio entre o peso no momento do diagnóstico (65,4±9,7kg) e o peso após término dos tratamentos (66,4±9,7kg) de 1kg e, um aumento médio de 1,5kg desde o término dos tratamentos até ao momento de avaliação (peso corporal atual). Em média, 48% refere ter aumentado de peso após o diagnóstico e durante o período de tratamentos, 28% considera ter perdido peso e apenas 24% refere ter mantido o peso habitual. O IMC médio é de 26,5±4,3 Kg/m² pelo qual se atribui a classificação de excesso de peso à amostra. (Tabela 6)

Como a amostra é constituída por mulheres de diferentes idades, procedeu-se à categorização do IMC em dois grupos consoante a faixa etária, descrita na Tabela 7.

Tabela 7. Caracterização da amostra do estudo considerando diferentes classificações de IMC segundo a idade

	Classificação (Kg/m ²)	Frequência N	Total N (%)
IMC Adultos	Normal [18,5kg-24,9 Kg/m ²]	12	45%
	Excesso de peso [25,0kg-29,9 Kg/m ²]	12	44%
	Obesidade de grau I [30,0kg-34,9 Kg/m ²]	3	11%
IMC Idosos	Normal [22,0kg-27,0 Kg/m ²]	11	48%
	Excesso de peso [27,1kg-29,9 Kg/m ²]	6	26%
	Obesidade de grau I [30,0kg-34,9 Kg/m ²]	5	22%
	Obesidade de grau II [35,0kg-39,9 Kg/m ²]	1	4%

Verifica-se a existência de uma maior proporção de mulheres adultas (54%), comparativamente às mulheres idosas (46%). Em ambos os grupos, a maior distribuição remete para um IMC cuja classificação é normal (45% para os adultos e 48% para os idosos), seguindo-se da classificação de excesso de peso para as mulheres adultas (44%) e para as idosas (26%). A Obesidade de grau I é a forma de Obesidade mais prevalente em ambas as classificações com 11% e 22% para as mulheres adultas e idosas, respetivamente. Somente no grupo das pessoas de maior idade é que se verificou a existência de um caso de Obesidade de grau II. Em nenhum dos grupos se verificou a existência de Baixo peso (IMC<18,5 Kg/m² para idades <65 anos, ou IMC<22 Kg/m² para idades ≥65anos).

Tabela 8. Caracterização da amostra do estudo segundo a avaliação da composição corporal realizada através de BIA

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Metabolismo Basal (Kcal)	1775,1	475,7	1072	2752
Massa Gorda (%)	34,1	7,4	16,1	52,2
Massa Muscular (Kg)	43,1	4,9	32,9	60,6
Água (%)	41,5	10,3	25,6	62,4
Massa Óssea (Kg)	2,3	0,3	1,8	2,9
Perímetro da Cintura (cm)	93,8	10,7	76	117
Perímetro da Anca (cm)	104,4	10,7	82	130
Perímetro abdominal obtido pelo ponto mais estreito (cm)	86,6	11,4	69	119

A Tabela 8 descreve os aspetos avaliados no momento da avaliação da composição corporal por BIA. A percentagem de massa gorda e massa muscular médias estimadas é de $34,1 \pm 7,4$ e $43,1 \pm 4,9$, respetivamente. A percentagem de água corporal média foi de $41,5 \pm 10,3$ e a massa óssea estimada de $2,3 \pm 0,3$ kg.

A medição média do perímetro da cintura foi de $93,8 \pm 10,7$ cm, do perímetro da anca $104,4 \pm 10,7$ cm e do ponto mais estreito da região abdominal de $86,6 \pm 11,4$ cm.

Tabela 9. Questionário adaptado sobre literacia em saúde, recomendações para sobreviventes de cancro da WCRF, estilo de vida e hábitos alimentares

	Frequência N	Total N (%)
Recebeu apoio nutricional prestado por algum profissional de saúde treinado	10	20%
Após o diagnóstico recebeu informação sobre recomendações nutricionais	8	16%
Recebeu informação escrita	7	14%
Ficou satisfeita com a informação que recebeu	9	18%
Desejava ter recebido mais informação	5	10%
Conhece recomendações nutricionais para sobreviventes de cancro	2	4%
Procura seguir as recomendações de alimentação, peso saudável e atividade física	8	16%
É ou foi fumadora	10	20%
Consome bebidas alcoólicas regularmente	13	26%
O vinho tinto às refeições principais representa o tipo de bebidas alcoólicas que consome com regularidade	11	22%
Para além do vinho tinto, também costuma consumir outras bebidas, como a cerveja	2	4%
Conhece a Dieta Mediterrânea	24	48%
Considera o seu padrão alimentar semelhante ao da Dieta Mediterrânea	15	30%

A maioria da amostra não recebeu qualquer tipo de apoio nutricional (80%) e, também não conhece as recomendações nutricionais para sobreviventes de cancro (96%). A maioria admite não seguir uma alimentação saudável e não procurar por manter um peso saudável e praticar atividade física de forma regular (84%). Uma minoria (20%) fuma ou fumou, em algum ponto da sua vida, estimando-se uma média de 22,8±13,3 anos considerando o intervalo de 1 a 40 anos. Apenas 26% refere ingerir com regularidade álcool sob a forma de vinho tinto às refeições principais (22%). A maioria (52%) não conhece a Dieta Mediterrânea, sendo que das que conhecem, 30% considera o seu padrão alimentar semelhante, essencialmente pelo elevado consumo de hortofrutícolas e azeite (10%). (Tabela 9)

Tabela 10. Apresentação dos resultados obtidos do Questionário PREDIMED

		Frequência N	Total N (%)
P1: Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim	49	98%
P2: Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres sopa	40	80%
P3: Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções por dia (ou ≥1 porção crua ou em salada)	33	66%
P4: Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	≥ 3 por dia	35,0	70%
P5: Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia	43	86%
P6: Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção por dia	15	30%
P7: Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	< 1 porção por dia	46	92%
P8: Quantos copos de vinho bebe por semana?	≥ 7 copos por semana	13	26%
P9: Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3 por semana	27	54%
P10: Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥ 3 por semana	37	74%
P11: Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	< 3 por semana	18	36%
P12: Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g)	≥ 3 por semana	22	44%
P13: Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim	35	70%
P14: Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana	39	78%

Para avaliar a adesão à DM foi aplicado o questionário PREDIMED. As perguntas com maior pontuação foram a P1 (98%), P7 (92%), P5 (86%), P14 (86%) e P2 (80%), que retratam o uso regular do azeite, o reduzido consumo de carnes vermelhas e bebidas açucaradas, e a confecção de refogados semanalmente. Por outro lado, o baixo consumo de vinho (26%), o consumo regular de manteiga/margarina (30%) e de produtos de pastelaria (36%) foram as perguntas que obtiveram uma pior classificação. (Tabela 10)

Tabela 11. Classificação Final do Questionário PREDIMED

		Frequência N	Total N (%)	Média	Desvio Padrão
SCORE PREDIMED	ADESÃO	50	100%	9,04	1,73
	Baixa	1	2%		
	Moderada	28	56%		
	Boa	21	42%		

A Tabela 11 descreve a adesão à DM através dos resultados obtidos pelo Questionário PREDIMED aplicado. A maioria (56%) apresenta uma adesão moderada sendo que o score médio estimado é de $9,0 \pm 1,7$. A pontuação mínima obtida foi de 5 pontos e a máxima de 13 pontos. O score correspondente a uma boa adesão foi evidenciado em 42%, sendo que apenas 2% apresentaram uma adesão baixa.

Tabela 12. Apresentação dos resultados obtidos do Questionário IPAQ-SF

		Frequência N	Porcentagem (%)
Atividade Física Vigorosa (AFV)		0	0
Atividade Física Moderada (AFM)		8	16
Frequência AFM	1 dia por semana	2	4
	2 dias por semana	5	10
	3 dias por semana	1	2
Tipo de AFM	Dança	2	4
	Hidroginástica	2	4
	Ginásio	2	4
Caminhada	Yoga	1	2
		34	68
	2 dias por semana	5	10
Frequência de Caminhada	3 dias por semana	6	12
	4 dias por semana	2	4
	5 dias por semana	4	8
	6 dias por semana	2	4
	7 dias por semana	15	30

A Tabela 12 traduz os resultados obtidos no IPAQ-SF. É de salientar que nenhuma das participantes realiza AFV e a maioria (84%) também não pratica AFM. Das que praticam, em média, realizam $66,9 \pm 30,6$ minutos por atividade quer seja esta dança, hidroginástica, ginásio (12%) ou yoga (2%), com uma frequência maioritária de 2 dias da semana (10%). A caminhada é a forma preferencial reportada pelas inquiridas para praticar exercício físico, o que corresponde a uma atividade de tipologia leve. Em média, a caminhada dura $39,2 \pm 20,9$ minutos e é realizada em, média $5,7 \pm 2,4$ dias por semana, sendo que a maior prevalência atribui-se a 7 dias por semana (30%). O tempo médio despendido para estar sentada é de $7,6 \pm 2,7$ horas por dia.

Uma vez descrito e quantificado o grau de adesão à DM e recomendações para sobreviventes de cancro da WCRF, tornou-se pertinente relacionar estas variáveis com a história clínica e a literacia em saúde.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o historial clínico e o score total do PREDIMED. Porém parece que as mulheres com história clínica de doenças oncológicas aderem mais à DM (62%) do que as que não têm qualquer historial oncológico (38%) e, parece existir uma tendência crescente relativamente ao grau de adesão, isto é, as mulheres sem historial clínico apresentam uma maior proporção de adesão correspondente a uma classificação de moderada (26%) e uma menor proporção

de adesão boa (12%), enquanto que nas mulheres que apresentam historial oncológico, a proporção de mulheres com uma adesão boa e moderada é a mesma (30%).

Reconhece-se a dimensão reduzida da amostra e a baixa adesão às recomendações como justificação para a irrelevância estatística das correlações entre as recomendações da WCRF, o historial clínico e a escolaridade.

Relativamente à evolução ponderal, 64% refere ter aumentado de peso e 32% diminuído de peso, entre o momento de diagnóstico e o momento de avaliação. No período de tempo entre o momento do diagnóstico e o término dos tratamentos, 58% refere ter aumentado de peso, enquanto que 26% afirma ter perdido peso e 16% refere ter mantido o peso corporal. Após o término dos tratamentos, o aumento de peso foi reportado por 60% enquanto que a perda e a manutenção do peso corporal foram de 38% e 2%, respetivamente. Nas mulheres que realizaram HT, considerando o período de tempo entre o momento do diagnóstico e o momento da avaliação, 69% refere ter aumentado de peso e apenas 31% afirma ter reduzido o seu peso corporal.

Em suma, verifica-se a mesma tendência de aumento de peso corporal na maioria representativa, (64%), inclusivamente nas mulheres que realizaram HT (69%).

Tabela 13. Variação média ponderal entre o peso reportado no momento do diagnóstico de cancro de mama e o peso atual medido no momento da avaliação

		Média (kg)	Desvio Padrão	p value
Variação do peso corporal em todas as mulheres (n=50)	Peso no momento do diagnóstico	65,4	9,7	
	Peso no momento da avaliação	67,9	10,9	
	Diferença de peso	2,5	6,7	0,011
Variação do peso corporal nas mulheres que realizaram HT (n=45)	Peso no momento do diagnóstico	65,9	9,4	
	Peso no momento da avaliação	68,7	10,9	
	Diferença de peso	2,8	6,8	0,009

A Tabela 13 apresenta as variações de peso corporal na generalidade das inquiridas e nas que realizaram HT. Em média, as mulheres pesavam $65,4 \pm 9,7$ kg no momento do diagnóstico e atualmente pesam $67,9 \pm 10,9$ kg. Nas mulheres que realizaram HT, no momento do diagnóstico pesavam $65,9 \pm 9,4$ kg e atualmente pesam $68,7 \pm 10,9$ kg. Em média, para a maioria das mulheres a diferença entre o peso no momento do diagnóstico e o peso no momento da avaliação é de $2,5 \pm 6,7$ kg. Nas mulheres que realizaram HT, a diferença entre o peso no momento do diagnóstico e o peso no momento da avaliação é de $2,8 \pm 6,8$ kg.

Neste estudo verificou-se a existência de uma correlação positiva entre o cancro da mama e o ganho de peso, ou seja, para a maioria das mulheres (64%) verificou-se um aumento significativo de peso ($\tilde{\alpha}=2,5$ kg) entre o momento do diagnóstico e o momento da avaliação ($p=0,011$). Naquelas sob Hormonoterapia, 68% aumentou significativamente de peso ($\tilde{\alpha}=2,8$ kg) entre o momento do diagnóstico e o momento da avaliação ($p=0,009$).

Adicionalmente, verificou-se a existência de uma associação positiva entre o score final do PREDIMED e a prática de caminhada como forma de exercício físico ($r=0,332$; $p=0,026$). Nas mulheres sob HT, este pressuposto também se verifica ($r=0,338$; $p=0,016$). Estas correlações significam que as mulheres que apresentam um maior grau de adesão à DM, devido aos seus hábitos alimentares e opções de estilo de vida, são as mesmas que praticam mais atividade física regularmente.

6. DISCUSSÃO

Dos dados obtidos com esta amostra, existe uma tendência que parece demonstrar que o nível de escolaridade influencia a saúde, na medida em que quanto maior é o grau académico, maior é o conhecimento e literacia pelo que a saúde será beneficiada em prol de escolhas e atitudes mais conscientes. Como a população do estudo apresenta um baixo nível de escolaridade a sua saúde poderá ser influenciada pela fraca literacia em saúde.

Destaca-se também que 80% da amostra não recebeu qualquer tipo de apoio nutricional após diagnóstico de CM e 96% não conhece as recomendações para sobreviventes de cancro. 52% não conhece sequer a DM e 84% não procura seguir um estilo de vida saudável, apesar da maioria apresentar antecedentes familiares e pessoais de cancro (62%) e cancro da mama (46%).

O tempo de *follow up* médio estimado aquando do momento de avaliação é inferior a 5anos, o que poderá influenciar os resultados na medida que algumas inquiridas ainda se encontravam a terminar a terapêutica hormonal. Este facto é importante uma vez que 92% dos carcinomas eram positivos para receptores hormonais e 90% destas mulheres realizaram HT. A evidência científica comprova que a utilização continuada de fármacos como o Tamoxifeno ou Letrozol, contribui adversamente para a alteração da composição corporal a longo prazo e alteração do estado nutricional podendo até induzir sintomatologia que compromete a ingestão alimentar.^{35,36,37}

Relativamente ao estado nutricional é importante referir que o IMC médio da amostra é de 26,5Kg/m² cuja classificação é de Pré-Obesidade. A pré-obesidade predispõe para o aumento da gordura corporal que está inteiramente relacionada com a probabilidade de desenvolvimento de cancro da mama.^{12,16} A gordura corporal excessiva está associada a um perfil hormonal, na medida em que estimula a produção de estrogénios pelo tecido adiposo e, conseqüentemente potencia o crescimento do cancro de mama. O IMC elevado constitui um fator de risco para o CM, contribuindo negativamente para o desenvolvimento de novos casos de cancro, sobretudo no período pós-menopausa.^{11,16}

O ganho de peso após o diagnóstico de cancro da mama predispõe para a recorrência e novos casos de cancro da mama ($\tilde{\alpha}=2,5\text{kg}$; $p=0,011$). Esta conclusão é ainda mais evidente para as mulheres que realizem hormonoterapia como terapêutica a longo prazo

($\tilde{\alpha}=2,8\text{kg}$; $p=0,009$).

Quanto à avaliação da composição corporal, é pertinente refletir sobre a percentagem média de massa gorda da amostra por estar associada à optimização da saúde. Considerando a idade média da amostra (idade superior a 60 anos), o valor de MG de 34% é considerado normal na medida em que pertence ao intervalo de gordura corporal total, considerado saudável [21-35%]. Este valor está harmonizado com o IMC médio da amostra, e é o reflexo da alimentação e da atividade física.^{38,39}

A percentagem de massa muscular média estimada foi de 43%, sendo considerada como saudável (>38%). A percentagem de água corporal média de 42% indica que as participantes do estudo encontram-se desidratadas visto que o intervalo considerado saudável é de [45-60%]. Este valor parece estar concordante com a percentagem de MG e IMC excessivo, pelo que as mulheres com excesso ponderal apresentam menos água na sua composição corporal, comparativamente a mulheres da mesma idade normoponderais.^{38,39}

Considerando o peso médio no momento da avaliação para todas as mulheres (68kg; n=50), a massa óssea estimada de 2,3kg parece ficar aquém do valor reconhecido como saudável para o género e peso corporal (2,4kg). No entanto, a idade média da população poderá justificar este valor visto que a tendência para o declínio da compleição óssea está proporcionalmente relacionada com a idade.^{38,39}

Quanto às medidas antropométricas medidas, verifica-se uma probabilidade de risco muito aumentado de complicações metabólicas visto que o PC médio é de 94cm e, considera-se risco muito aumentado para valores superiores ou iguais a 88cm. Através do cálculo da razão entre PC e PA obtém-se um valor de 0,89 o que significa que o risco de desenvolvimento de cormobilidades e de síndrome metabólica é muito elevado, já que este valor é significativamente superior ao valor de referencia de 0,85.⁴⁰

A caminhada é considerada uma atividade física leve, o que corresponde a 643,5METs por semana. Este valor, que é superior a 600MET-minuto/semana, indica que a AF realizada pela amostra é categorizada como moderada. Por outro lado, contabilizando a duração média de 39minutos/por dia e a frequência de média de 5dias por semana, pode-se considerar que a amostra cumpre os critérios de: **AFM ou Caminhada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos por sessão**, classificando-a como ativa.³⁴

A prática de atividade física está relacionada com a adesão à DM ($r=0,332$; $p=0,026$), sendo esta constatação mais evidente nas mulheres que realizaram HT ($r=0,338$; $p=0,016$). Os hábitos alimentares, considerando o padrão alimentar mediterrânico e, o estilo de vida saudável, considerando a prática regular de exercício físico contribuem para os ganhos em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o prognóstico nos sobreviventes de cancro da mama.^{10,17}

Este estudo apresenta algumas limitações. A reduzida dimensão da amostra confere-lhe uma variabilidade reduzida com uma consequente heterogeneidade nos grupos e homogeneidade de hábitos, o que interfere com o poder estatístico do estudo.

7. CONCLUSÃO

A incidência do cancro de mama tem vindo a aumentar anualmente, conduzindo a um aumento das taxas de mortalidade e custos em saúde. A evidência científica demonstra que a probabilidade de recidivas de cancro da mama é de 15% ao fim de 20 anos, mesmo nas mulheres que tenham sido submetidas a hormonoterapia. A eliminação dos fatores de risco e a modificação dos estilos de vida tem demonstrado a sua eficácia na prevenção de novos casos e recidivas, pelo que deverão representar a abordagem primordial no cancro da mama.

A dieta mediterrânea é considerada o padrão alimentar mais saudável e sustentável do mundo, ao nível da saúde pública e nutrição de forma global. O papel protetor da DM em contexto neoplásico parece estar relacionado com a sua riqueza em substâncias fitoquímicas e, cuja adesão está inversamente associada ao risco de cancro de mama. No entanto, os resultados desta investigação concluíram que a população do estudo não conhece a Dieta Mediterrânea nem as recomendações para sobreviventes de cancro. A adoção de estratégias ao nível da educação alimentar e o aconselhamento nutricional personalizado no período de *follow up*, poderão reverter a fraca literacia em saúde através da consciencialização e sensibilização nas populações de risco reduzindo, por consequência, a exposição a fatores de risco modificáveis como o excesso de peso, IMC elevado e percentagem de massa gorda elevada. Uma intervenção nutricional personalizada através da modificação dos estilos de vida, constitui uma alternativa

economicamente mais sustentável na redução das complicações decorrentes dos tratamentos, risco de recidivas, morbidade e mortalidade, na optimização do estado nutricional e na melhoria da qualidade de vida. Assim, ressalva-se a importância do nutricionista para a aquisição de estilos de vida saudáveis que melhoram o prognóstico nos sobreviventes de cancro da mama.

No futuro seria interessante aumentar a dimensão da amostra e realizar um estudo longitudinal que permitisse um acompanhamento destas mulheres em diferentes momentos de avaliação, de modo a implementar-se uma intervenção nutricional direcionada à promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

Um Resumo deste trabalho foi submetido ao XVII Congress of Food and Nutrition, tendo sido aceite e apresentado sob o formato de poster no I International Congresso of Food and Nutrition, no Centro de Congressos em Lisboa, intitulado de “Adesão à Dieta Mediterrânea em doentes em *follow up* com cancro da mama”. (**Anexo 5**)

Após submissão do trabalho de investigação ao 1ºCIAN e, antes do término do estágio, procedi à apresentação do mesmo para o SDN, com a finalidade de dar a conhecer o trabalho que tinha vindo a desenvolver.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Cancer. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/en/>
2. Torre L, Rebecca Siegel AJ. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Am Cancer Soc [Internet]. 2015;(800):1–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22019360>
3. Dimitrova N, Parkinson ZS, Bramesfeld A, Ulutürk A, Bocchi G. European Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnosis [Internet]. 2016. 7-27 p. Available from: [http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC104007/european_breast_guidelines_report_\(online\)_non-secured.pdf](http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC104007/european_breast_guidelines_report_(online)_non-secured.pdf)
4. WHO. Breast Cancer. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
5. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med [Internet]. 2015;372(24):2353–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26444745> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028479315302999>
6. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 2017;24(4):549–53
7. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Breast Cancer Facts Fig [Internet]. 2013;1–44. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>
8. Bast RC, Croce MC, Hait NW, Hong KW, Kufe WD, Piccart-Gebhart M, et al. Holland-Frei Cancer Medicine, 9th Edition. Holland Frei Cancer Medicine. 2017. 2008 p
9. Farsinejad-Marj M, Talebi S, Ghiyasvand R, Miraghajani M. Adherence to mediterranean diet and risk of breast cancer in premenopausal and postmenopausal women. Arch Iran Med. 2015;18(11):786–92

10. Harvie M, Howell A, Evans DG. Can diet and lifestyle prevent breast cancer: what is the evidence? *Am Soc Clin Oncol Educ book Am Soc Clin Oncol Meet.* 2015;e66-73
11. Du M, Liu SH, Mitchell C, Fung TT. Associations between Diet Quality Scores and Risk of Postmenopausal Estrogen Receptor-Negative Breast Cancer: A Systematic Review. *J Nutr [Internet].* 2018;148(1):100–8. Available from: <http://academic.oup.com/jn/article/148/1/100/4823714>
12. National Cancer Institute. Breast Cancer. Available from: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>
13. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015;26(April):v8–30
14. Mavaddat N, Pharoah PDP, Michailidou K, Tyrer J, Brook MN, Bolla MK, et al. Prediction of Breast Cancer Risk Based on Profiling With Common Genetic Variants. *JNCI J Natl Cancer Inst [Internet].* 2015;107(5):1–15. Available from: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/djv036>
15. Bandera E V., Fay SH, Giovannucci E, Leitzmann MF, Marklew R, McTiernan A, et al. The use and interpretation of anthropometric measures in cancer epidemiology: A perspective from the world cancer research fund international continuous update project. *Int J Cancer.* 2016;139(11):2391–7
16. Braakhuis A, Campion P, Bishop K. The Effects of Dietary Nutrition Education on Weight and Health Biomarkers in Breast Cancer Survivors. *Med Sci [Internet].* 2017;5(2):12. Available from: <http://www.mdpi.com/2076-3271/5/2/12>
17. Song S, Hwang E, Moon H-G, Noh D-Y, Lee J. Adherence to Guidelines for Cancer Survivors and Health-Related Quality of Life among Korean Breast Cancer Survivors. *Nutrients [Internet].* 2015;7(12):10307–19. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/7/12/5532>
18. C. B, C. DN, M.R. C, M. A, M. N, F. R, et al. Mediterranean Diet influences breast cancer relapse: Preliminary results of the SETA PROJECT [Internet]. *Journal of Clinical Oncology.* 2016. Available from: http://meeting.ascopubs.org/cgi/content/abstract/34/15_suppl/e13039?sid=b1574933-7d62-4615-b468-8e3bed5cdb3e%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=referenc

e&D=emed14&NEWS=N&AN=611753072

19. Martins AS, Durão Ca, Pasadas S. Dieta Mediterrânica - um padrão de alimentação saudável. *Rev Nutricias*. 2014;2:66
20. Menotti A, Puddu PE. How the Seven Countries Study contributed to the definition and development of the Mediterranean diet concept: A 50-year journey. *Nutr Metab Cardiovasc Dis [Internet]*. Elsevier B.V; 2015;25(3):245–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2014.12.001>
21. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Med*. 2015;4(12):1933–47
22. D'Alessandro A, De Pergola G. The Mediterranean Diet: its definition and evaluation of a priori dietary indexes in primary cardiovascular prevention. *Int J Food Sci Nutr [Internet]*. Informa UK Ltd.; 2018;0(0):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1080/09637486.2017.1417978>
23. Kontou N. The Mediterranean Diet in Cancer Prevention. In: *The Mediterranean Diet [Internet]*. 2015. p. 393–406. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780124078499000361>
24. Shapira N. The potential contribution of dietary factors to breast cancer prevention. *Eur J Cancer Prev*. 2017;26(5):385–95
25. Braakhuis AJ, Campion P, Bishop KS. Reducing breast cancer recurrence: The role of dietary polyphenolics. *Nutrients*. 2016;8(9):1–15
26. van den Brandt PA, Schulpen M. Mediterranean diet adherence and risk of postmenopausal breast cancer: results of a cohort study and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2017;140(10):2220–31
27. Venugopal R, Liu RH. Phytochemicals in diets for breast cancer prevention: The importance of resveratrol and ursolic acid. *Food Sci Hum Wellness [Internet]*. Beijing Academy of Food Sciences.; 2012;1(1):1–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213453012000079>
28. Sinha D, Biswas J, Nabavi SM, Bishayee A. Tea phytochemicals for breast cancer prevention and intervention: From bench to bedside and beyond. *Seminars in Cancer Biology*. 2017. p. 33–54
29. Turati F, Carioli G, Bravi F, Ferraroni M, Serraino D, Montella M, et al. Mediterranean diet and breast cancer risk. *Nutrients*. 2018;10(3):1–11

30. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. A 14-item mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PLoS One*. 2012;7(8)
31. Affret A, His M, Severi G, Mancini FR, Arveux P, Clavel-Chapelon, et al. Influence of a cancer diagnosis on changes in fruit and vegetable consumption according to cancer site, stage at diagnosis, and socioeconomic factors: Results from the large E3N-EPIC study. *Int J Cancer*. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29717489>
32. Stewart a, Marfell-Jones M, Olds T, Al. E. International standards for anthropometric assessment. *Low Hutt, New Zeal Int Soc Adv Kinanthropometry*. 2011;125f
33. WCRF. Our Cancer Prevention Recommendations – Cancer Survivors. Available from: <https://www.wcrf.org/int/continuous-update-project/our-cancer-prevention-recommendations/cancer-survivors>
34. Silsbury Z, Goldsmith R, Rushton A. Systematic review of the measurement properties of self-report physical activity questionnaires in healthy adult populations. *BMJ Open*. 2015;5(9)
35. Cecchini MJ, Yu E, Potvin K, D'souza D, Lock M. Concurrent or Sequential Hormonal and Radiation Therapy in Breast Cancer: A Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2015;7(10):1–13. Available from: <http://www.cureus.com/articles/2839-concurrent-or-sequential-hormonal-and-radiation-therapy-in-breast-cancer-a-literature-review>
36. Tamoxifeno Farmoz. Aprovado em 25-11-2016 Infarmed. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33753&tipo_documento=fi
37. Letrozol Synthon. Aprovado em 29-12-2008 Infarmed. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=45066&tipo_documento=fi
38. Mahan LK. Krause Dietoterapia. Krause's Food and the Nutrition Care Process. 2013. 286 p
39. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index – D. Gallagher, S B Heymsfield, M Heo, S A Jebb, P R Murgatroyd, and Y Sakamoto – *Am J Clin Nutr* 2000;72:694–701

40. George FHM. Avaliação antropométrica no adulto. Orientação [Internet]. 2013;1–9. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>

Apêndice 1

FERIADOS NACIONAIS

Natal	25 de Dezembro de 2017
Ano Novo	1 de Janeiro de 2018
Carnaval	13 de Fevereiro de 2018
Sexta-feira Santa	30 de Março de 2018
Páscoa	1 de Abril de 2018

Anexo 1

CERTIFICADO DE PRESENÇA NA SESSÃO CLÍNICA DO SDN



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se, para os devidos efeitos que Débora Silva
esteve presente no Ciclo de Conferências em Dietética e Nutrição 2017, "Cuidar o Idoso", promovido pelo Serviço de Dietética e Nutrição — Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizado dia 15 de Dezembro de 2017.

Patricia Almeida Nunes
(Diretora do Serviço de Dietética e Nutrição)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



Serviço de DIETÉTICA E NUTRIÇÃO

Anexo 2

CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS 24^{as} JORNADAS DE PEDIATRIA



CERTIFICADO

Certifica-se que Débora Silva participou nas
24^{as} JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de
Santa Maria que decorreram nos dias 8 e 9 de fevereiro de 2018, em Lisboa.

09/02/2018

Prof. Dra. Celeste Barreto
Presidente das 24^{as} Jornadas de Pediatria do CHLN

FOLHETO INFORMATIVO SOBRE RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS E CANCRO DA MAMA



SABIA QUE?

O excesso de peso, a falta de atividade física e uma alimentação pobre em hortofrutícolas e rica em produtos industrializados altamente energéticos, são fatores nocivos à saúde.

MANTENHA um PESO SAUDÁVEL, não se deixe engordar!

Seja **ATIVA**, faça **ATIVIDADE FÍSICA** REGULARMENTE!

Procure fazer uma **ALIMENTAÇÃO RICA EM FIBRA E POBRE EM GORDURA**, dando preferência aos alimentos de **ORIGEM VEGETAL**.

Adira à **DIETA MEDITERRÂNICA**. É o padrão alimentar mais saudável e sustentável no mundo e está associado a uma melhor qualidade de vida.

Obrigada pela sua participação!




CONTACTOS

Serviço Dietética e Nutrição
(Hospital Santa Maria)
TEF: 217805549

Recomendações Nutricionais & Cancro



RECOMENDAÇÕES PARA PREVENIR O CANCRO

- Mantenha um peso adequado
- Seja ativa
- Adote uma alimentação saudável
- Consuma maioritariamente produtos de origem vegetal
- Reduza o consumo de carnes vermelhas
- Evite o consumo de carnes processadas
- Evite o álcool
- Reduza o consumo de sal
- Não use suplementos sem prescrição

EVITE os alimentos ricos em **AÇÚCAR, SAL e GORDURA**. Estes são **PREJUDICIAIS** para a sua saúde!



DIETA MEDITERRÂNICA

A **hidratação** é fundamental para manter o equilíbrio do organismo. Beba no mínimo 1,5l de **água** ou **infusões** (tilia, cidreira, limão, camomila, etc.) por dia!

Utilize **especiarias, ervas aromáticas, alho e cebola** em substituição do sal.

Adicione **sementes e frutos secos** ao natural nas merendas da manhã ou da tarde.

Prefira **lacticínios magros**, são boas fontes de proteínas, cálcio e fósforo.

Dê valor às **leguminosas**, são fontes de fibra, vitaminas e minerais.

Opte pelos **cereais integrais** (arroz integral, massa integral, **coucous**, quinoa), pois apresentam um teor de fibra e vitaminas B superior aos cereais refinados!

Privilegie o consumo de **peixe**.

Consuma **sopa, legumes e vegetais** diariamente!

Opte pela **fruta** como sobremesa. É rica em antioxidantes, vitaminas e minerais!

O **azeite** tem propriedades protetoras, devendo ser a gordura de eleição.

A **carne vermelha** (vaca, vitela, porco, leitão, carneiro, cordeiro e cabrito) e as **carnes processadas** (salsichas, fiambre, chouriço, presunto, carne seca, carne enlatada e molhos preparados à base de carne) devem ser evitadas!

Os **bolos, as guloseimas, os sumos e o açúcar** simples devem ser deixados apenas para ocasiões especiais e consumidos em pequenas quantidades.

Mantenha-se **ativa, faça caminhadas** diariamente!

RESUMO SUBMETIDO AO 1ºCIAN/17ºCNA

Adesão à Dieta Mediterrânea por mulheres com cancro da mama em *follow up*

Débora Silva¹, Patrícia Almeida Nunes², Emília Vieira³, Catarina Sousa Guerreiro¹

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

² Serviço Dietética e Nutrição Hospital de Santa Maria, EPE CHLN

³ Departamento Cirurgia Hospital de Santa Maria, EPE CHLN

Introdução: A Dieta Mediterrânea (DM) é atualmente o padrão alimentar considerado mais adequado no contexto neoplásico. O PREDIMED é um instrumento prático e válido para categorização da adesão à DM. As recomendações para sobreviventes de cancro da *World Cancer Research Fund* salientam a importância dos cuidados nutricionais enquadrados na adoção de um estilo de vida saudável.

Objetivos: Determinar a adesão à DM por doentes com cancro da mama em *follow up* e adesão às recomendações para sobreviventes de cancro.

Métodos: Estudo observacional descritivo realizado no Hospital de Santa Maria, em mulheres com cancro da mama em remissão. Foi realizada avaliação composição corporal através de bioimpedância elétrica. Foi aplicado o PREDIMED para avaliar a adesão à DM e o IPAQ-SF para avaliar o nível de atividade física (AF).

Resultados: Amostra preliminar composta por 24 mulheres de 62±13,5 anos, 83% em menopausa, sendo 92% carcinomas hormonodependentes, com 49±3,8 meses de *follow up*. 54% da amostra aumentou significativamente de peso ($\bar{\alpha}$ =6.1kg) entre o momento do diagnóstico e término de tratamentos (cirurgia, QT e RT)($p<0.01$). Naquelas sob hormonoterapia, 68% aumentou significativamente de peso após término dos tratamentos ($\bar{\alpha}$ =5,4kg) ($p=0,000$). O IMC médio desta amostra é 26.9kg/m², sendo que 71% apresenta excesso ponderal (50% pré-obesidade e 21% obesidade). O score médio do PREDIMED foi de 8.91±1.9. Apenas 29% cumpre as recomendações de atividade física (495MET-min/semana). Verificou-se correlação positiva entre adesão à DM e prática de AF (0,402; $p=0,05$). 88% não recebeu orientação nutricional após diagnóstico de cancro da mama.

Conclusões: A maioria (54%) não conhece a DM e quase a totalidade da amostra (96%) não conhece as recomendações para sobreviventes de cancro. O aumento ponderal, IMC e massa gorda elevados constituem fatores de mau prognóstico, pelo que a intervenção nutricional personalizada permitirá reduzir o risco de doença e melhorar a qualidade de vida.

POSTER APRESENTADO NO 1ºCIAN/17ºCNA

Adesão à Dieta Mediterrânea por mulheres com cancro da mama em *follow up*

Débora Silva¹, Patrícia Almeida Nunes², Emília Vieira³, Catarina Sousa Guerreiro²

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ² Serviço Dietética e Nutrição Hospital de Santa Maria, EPE CHLN; ³ Departamento Cirurgia Hospital de Santa Maria, EPE CHLN

INTRODUÇÃO

O cancro da mama é a causa de morte mais frequente em mulheres e, apresenta etiologia multifactorial.¹ O excesso de peso antes do diagnóstico representa um risco elevado para a recorrência da doença.² As recomendações para sobreviventes de cancro da *World Cancer Research Fund* (WCRF) salientam a importância dos cuidados nutricionais prestados por um profissional de saúde treinado, enquadrados na adoção de um estilo de vida saudável através da alimentação, peso saudável e atividade física.³ Atualmente, a Dieta Mediterrânea (DM) é considerada um dos padrões alimentares mais adequados no contexto neoplásico, devido ao seu elevado teor em fitoestrogénios que desempenha um papel protetor para o desenvolvimento desta neoplasia.⁴

OBJETIVOS

Determinar a adesão à DM por doentes com cancro da mama em *follow up* e adesão às recomendações para sobreviventes de cancro.

METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo realizado em mulheres diagnosticadas com cancro de mama em *follow up*, seguidas em Ambulatório, na Consulta de Oncologia no Hospital de Santa Maria.

Critérios de inclusão:

- Género feminino;
- Idade superior a 18 anos;
- Fase de remissão da doença;

Foi realizada avaliação da composição corporal através do método de bioimpedância. Foi aplicado o PREDIMED para avaliar a adesão à Dieta Mediterrânea e o IPAQ-SF para avaliar o nível de atividade física (AF).

DISCUSSÃO

Através da análise verificou-se que quase a totalidade da amostra (95%) apresenta excesso de peso (IMC 26,5kg/m²) e adiposidade em excrescência (34% MG), categorizando a maioria das inquiridas em pré-obesidade (57%). Verificou-se que 48% aumentou significativamente de peso ($\bar{\Delta}$ =2,6kg) entre o momento do diagnóstico e o momento da avaliação ($p=0,01$). Naquelas sob hormonoterapia, 68% aumentou significativamente de peso ($\bar{\Delta}$ =2,8kg) entre o momento do diagnóstico e o momento da avaliação ($p=0,009$). O score médio do PREDIMED indica uma adesão moderada à DM. O consumo moderado de azeite e pescado, e o baixo consumo de bebidas açucaradas e carnes vermelhas foram os critérios do PREDIMED mais referidos pelas participantes. Verificou-se correlação positiva entre adesão à DM e prática de AF (0,357; $p=0,01$).

A maioria (95%) não conhece as recomendações da WCRF. É de salientar que 75% não recebeu qualquer tipo de orientação nutricional após diagnóstico de cancro da mama. A caminhada é a forma preferencial de praticar AF (68%). A atividade física moderada é praticada através do ginásio, dança e natação, por apenas 16%. O baixo rendimento físico e o período prolongado de tempo sentadas permite classificar a amostra como sedentária.

CONCLUSÃO

A maioria das inquiridas (55%) não conhece a DM e quase a totalidade da amostra (95%) não conhece as recomendações para os sobreviventes de cancro. O aumento ponderal, IMC e massa gorda elevados constituem fatores de mau prognóstico, pelo que a intervenção nutricional personalizada permitirá reduzir o risco de doença e melhorar a qualidade de vida.

RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização da Amostra

N=50	63,9 ± 13,8 anos de idade média
	88% Em menopausa ($\bar{\Delta}$ =42,8 ± 16,7 anos)
	94% Primeiro episódio neoplásico
	90% Tumor hormonodependente
	6,2 ± 5,4 anos de <i>follow up</i>
36% Historial clínico de cancro da mama	

Tabela 2. Avaliação do Estado Nutricional

N=50	26,5 ± 4,3kg/m ² IMC médio
	95% Excesso ponderal
	• 57% Pré-obesidade
	• 38% Obesidade
34,0 ± 7,3% massa gorda	

Tabela 3. Padrão Alimentar

N=50	95% Não conhece as recomendações nutricionais para os sobreviventes de cancro da WCRF
	55% Não conhece a DM
	9,0 ± 1,7 score PREDIMED
	<ul style="list-style-type: none"> • Azeite, bebidas açucaradas, carnes vermelhas e pescado; • Manteiga/margarina, vinho, produtos de pastelaria, leguminosas e oleaginosas.

Tabela 4. Atividade Física

N=50	0% Atividade Física Vigorosa
	16% Atividade Física Moderada
	68% Caminhada
	16% Sedentárias
	7,6 ± 2,7 horas por dia sentadas

© 2017 by the authors. Published by Elsevier. This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.05.011>

Anexo 6

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER NO 1ºCIAN/17ºCNA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO

10/11 MAY '18
LISBON CONGRESS CENTER

ATTENDANCE CERTIFICATE

IT CERTIFIES THAT

Débora Silva

was present at the XVII Congress of Food and Nutrition & I International Congress of Food and Nutrition in Lisbon Congress Center, on May 10th and 11th, 2018.

Lisbon, 11th May 2018

Célia Craveiro
Célia Craveiro (President)
Organizing Committee

NUTRITION IN THE INFORMATION SOCIETY

XVII CONGRESS OF FOOD AND NUTRITION
I INTERNATIONAL CONGRESS OF FOOD AND NUTRITION

The certificate features a central graphic with the text "NUTRITION IN THE INFORMATION SOCIETY" surrounded by various icons representing technology (laptop, smartphone, Wi-Fi, cloud, Bluetooth), nutrition (apple, pineapple, orange, fork and knife, heart with pulse line), and social interaction (thumbs up, heart, speech bubble, group of people). The background is light gray with a faint watermark of a stylized leaf.