

**ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO E RELATÓRIO FINAL  
Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica**

**CASOS CLÍNICOS 1 e 2**

- 1) **Introdução:** embasamento teórico/científico. Correlação entre a fisiologia e fisiopatologia, impacto no estado nutricional e diretrizes preconizadas no tratamento dietoterápico.
- 2) **Identificação do paciente:** Nome, idade, sexo, situação civil, naturalidade e procedência, atividade profissional.
- 3) **História do paciente:**
  - a) **Diagnósticos e causa da internação:** apresentar todos os diagnósticos do paciente; e a temporalidade do diagnóstico. Ex.: Diabetes Melitus (há 13 anos), Insuficiência cardíaca (desde os 60 anos). Dentre todos estes diagnósticos destacar qual contribuiu para o motivo desta internação.
  - b) **Sintomas relacionados à alimentação ou TGI:** caso ocorra relato deste tipo de sintoma é importante que esta descrição venha acompanhada de detalhes como, por exemplo: tipo de sintoma específico, horário que ocorre, associação com ingestão de algum alimento, grau de desconforto, situações já identificadas que possam contribuir para melhora/piora dos sintomas. Se o paciente estiver recebendo nutrição enteral, verifique as intercorrências: náuseas, diarreia, vômitos e distensão abdominal.
  - c) **Antecedentes pessoais e familiares:** especificar prioritariamente os antecedentes relacionados ao caso em questão.
  - d) **Uso de medicamentos, suplementos, fitoterápicos ou outros recursos com finalidade terapêutica:** além de citar os medicamentos prescritos, deve-se dar atenção à função deste medicamento no organismo, interações drogas-nutrientes e horários de administração e possível interferência na ingestão alimentar. Além disso, é imprescindível que o apresentador busque informações sobre protocolos

específicos de tratamentos adotados por determinadas clínicas, como por exemplo: esquemas de quimioterapia e toxicidade, imunossupressão, etc.

- e) **Hábito intestinal e urinário:** citar o habitual, porém se necessário saber pontuar prontamente data e episódio de possível alteração no padrão. Atenção para queixas como distensão abdominal, meteorismo, cólicas, etc.; que podem aparecer neste contexto; procurar sempre entender se há relação com dieta.
- f) **Hábitos e estilo de vida (tabagismo, etilismo, dependência de drogas lícitas e ilícitas, qualidade do sono, prática de atividade física).**
- g) **Condições socioeconômicas, recursos domésticos, saneamento básico, renda, componentes:** estas informações são habitualmente coletadas na primeira anamnese, porém geralmente o apresentador realiza poucas associações entre estes dados e o quadro em questão e novamente nos deparamos com aquele amontoado de informações já citado anteriormente.

#### 4) Avaliação Nutricional:

- a) **Triagem Nutricional:** NRS (2002). Apresentar o resultado (escore) da triagem nutricional realizada no prazo de 24 a 72 horas após a admissão do paciente. Se o paciente for identificado com risco, qual foi a medida que o Serviço de Nutrição e Dietética adotou para reverter o quadro.
- b) **Antropometria:** peso atual, peso habitual, peso ideal, estatura, IMC, pregas cutâneas, circunferência da panturrilha. Se o paciente deambula, o ideal é que seja realizada avaliação antropométrica completa. Caso contrário, utilize as medidas recumbentes. Deve-se buscar apresentar uma avaliação antropométrica e de composição corporal mais completa e detalhada do caso, e quando possível incluir avaliações seriadas em um período de tempo que permita visualizar alterações.
- c) **História de alteração ponderal:** quantificar, delimitar período e relacionar com alteração apetite e dieta prescrita e medicação (diurético, corticoides, hidratação endovenosa). O uso de recursos gráficos facilita esta apresentação evolutiva. Ex.: peso habitual, peso ao internar; comparado com peso mais atual.

- d) **Avaliação dietética:** Avaliar a quantidade de kcal, PTN e distribuição de macro, micronutrientes e água. Relatar qual o tipo de dieta e consistência da alimentação, realizar a quantificação da ingestão de alimentos, seja via oral (pode ser por recordatório alimentar 24h), nutrição enteral (informar qual é o tipo de fórmula, via de acesso e o posicionamento da sonda e avaliação volume prescrito x volume infundido) e nutrição parenteral (informar via de acesso e o posicionamento da sonda e avaliação volume prescrito x volume infundido). Relatar caso ocorra intercorrências: náuseas, vômitos, diarréia, distensão abdominal.
- e) **Exames bioquímicos:** na parte escrita uma tabela com as datas facilita a visualização (exames, valor de referência, datas). E na apresentação, geralmente recursos gráficos facilitam a visualização de exames solicitados com frequência na internação e sempre que possível realizar associações com dieta prescrita, possíveis intercorrências, etc.
- 5) **Diagnóstico nutricional:** cuidado para não assumir sentenças contraditórias. O IMC é um dado genérico, mas não é um bom preditor do prognóstico nutricional e não se sobrepõe a outras informações obtidas nas avaliações (física, antropométrica, dietética e ou bioquímica). É uma oportunidade para pensar no paciente de maneira a integrar os dados.

## 6) Conduta:

- a. **Cálculo das Necessidades Nutricionais:** necessidade de energia e proteína (justificativa com referência), quantificação da dieta ingerida/infundida.
- b. **Prescrição dietética:** Comentar ações realizadas e a dieta prescrita (características da dieta: Ex: está com dieta branda hipossódica, com 2 g de sal, que tem X calorias, X g de ptn, X de fibras, etc.); – comentar sobre o perfil dos nutrientes que seriam pertinentes para a discussão do caso em questão e o que seria importante propor do ponto de vista dietoterápico- e o que foi proposto, discutido ou implementado pontuar também alterações na conduta nutricional mais relevantes ao longo da internação. Se o paciente

estiver com dieta enteral, apresente o valor da prescrição, volume prescrito x volume infundido.

c. **Evolução dietoterápica e clínica:** Relatar como ocorreu a ingestão alimentar da dieta durante o período que o paciente foi internado. Procurar demonstrar se houve alterações da consistência, da via de alimentação, do tipo de dieta e teve intercorrências e quais foram as medidas tomadas frente aos problemas apresentados.

**7) Conclusão do acompanhamento:** posicionamento crítico, coerente e ético.

**8) Referências Bibliográficas –** De acordo com a ABNT.

## RELATÓRIO FINAL

1) **Capa:** É um elemento usado com objetivo de proteção e melhor apresentação. Nela deve constar o título e o nome do estagiário.

2) **Contracapa:** Usada para identificação. Nela deve constar o nome do estagiário, curso, local de realização do estágio, unidade de ensino, nome dos supervisores, período do estágio, carga horária.

3) **Lista de siglas** e seus respectivos significados.

4) **Sumário:** registram-se os tópicos com as respectivas páginas que compõem o relatório.

**5) Apresentação do local onde foi realizado o estágio:**

Caracterização da Instituição

- ✓ Estrutura (nº de leitos em enfermaria e em UTI);
- ✓ Tipos de atendimentos que é oferecido (SUS, convênios, filantrópico);
- ✓ Especialidades médicas oferecidas;
- ✓ Apresentar o setor do Serviço de Nutrição e Dietética (SND),
- ✓ Apresentar e citar se tem Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)

6) **Descrever as atividades** que foram desenvolvidas durante o estágio.

7) **Estudo de Caso Final:** mesmas orientações dos estudos de caso semanais (Tópico I).

Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador  
Valadares Instituto de Ciências da Vida  
Departamento de Nutrição

**Distribuição dos pontos:**

- ✓ 30,0 pontos – Nutricionista da concedente
- ✓ 70,0 pontos – Professor Orientador

***Equipe de Nutrição Clínica – UFJF/GV***