

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO E RELATÓRIO FINAL

Área: Nutrição Clínica

I) ESTUDOS DE CASO SEMANAIS (Nutricionista DEPNUT)

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.

- h. **Avaliação do consumo de água e alimentos:** Apresentar na parte escrita volume de água ingerido, quantificação do recordatório alimentar, Na apresentação transcrições na íntegra de inquéritos de avaliação do consumo alimentar não se fazem necessárias durante a apresentação do caso clínico, uma vez que somente os principais pontos identificados devem ser ressaltados. Apresentar valores já calculados previamente de macronutrientes e possíveis micronutrientes de interesse e suas respectivas adequações.

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 realizado 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 e quando possível micronutrientes. 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, diarreia, 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 estiverem em 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

II) ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO (Professor Orientador)

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).

III) ELABORAÇÃO DA APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO – Tempo 15 minutos

Ao se iniciar a elaboração de uma apresentação de um caso clínico, seja ela com auxílio digital (recurso *Power point*) ou somente verbal são necessárias algumas considerações gerais:

1. A apresentação de um caso exige que o apresentador entenda o caso; estabeleça relações entre diagnóstico, evolução e prognóstico e os aspectos alimentares e nutricionais; faça síntese dos dados coletados, como por exemplo, ao invés de somente listar as medidas antropométricas obtidas, seria mais interessante que as colocasse em uma tabela buscando realizar uma análise diagnóstica com a interpretação destes dados. Além disso, levantar questões, hipóteses e reflexões de modo que, ao apresentar o caso, seja possível extrair análises e não reprodução de dados do prontuário.

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

2. Esta apresentação não deve ser uma cópia do primeiro registro (“caso novo”) do prontuário do paciente, já que muitas informações coletadas naquele momento possuem sua relevância, porém podem não ter apresentado associação com os eventos durante a internação, podendo, portanto ser “guardadas” para outra ocasião na qual se faça necessário;
3. É importante priorizar uma apresentação evolutiva dos dados em detrimento a uma exposição fragmentada, geralmente dividida em “caso novo” e “última evolução”, uma vez que os ouvintes não possuem um contato diário com este paciente. Para isso, recursos como gráficos de evolução ponderal ao longo da internação associados à prescrição da dieta e/ou alterações nos medicamentos administrados e/ou possíveis eventos críticos neste período, entre outros, podem facilitar muito a visualização.
4. O apresentador está sob avaliação; deverá portanto, adotar uma postura que demonstre grande domínio sobre o caso apresentado, tanto com relação a datas (internação, exames, eventuais intercorrências, etc.) como também sobre o próprio conteúdo fisiopatológico e nutricional envolvendo a doença em questão; preparar-se para apresentação é fundamental!!!
5. A grande maioria dos dados a serem incluídos na apresentação do caso será coletada por meio de conversa ou atendimento do paciente ou no próprio prontuário, no entanto, quando necessárias outras vias devem ser acionadas, como, por exemplo, fazer levantamento de prontuários, buscar detalhes no serviço de nutrição, farmácia ou enfermagem, se necessário.
6. Por fim, mais vale uma apresentação mais enxuta, porém mais coesa, com começo, meio e fim dando uma boa noção dos aspectos evolutivos do paciente durante o período de internação do que meramente um amontoado de informações pouco conectadas entre si.