

# *Trabalho de Investigação*

## ***Título :***

Recolha de hábitos alimentares numa comunidade com PAF e sua resposta às alterações introduzidas

***A estagiária :*** Isabel Maria Martins Pinho Moreira da Silva

***Curso :*** Ciências da Nutrição / UP

5º Ano 1989/90

### *Agradecimentos :*

Ao Dr. Emílio Peres por toda a colaboração e acompanhamento prestado durante este trabalho.

À delegada de saúde Dra. Beatriz Lamas agradeço pelo facto de me integrar na consulta da paramiloidose.

À Dra. Paula Coutinho e a todos os profissionais de saúde que fazem parte da referida consulta, em especial ao Dr. Vitor Soares, que me facilitaram a recolha de dados, os meus agradecimentos.

Agradeço ainda a todos aqueles que me ajudaram no trabalho, com particular destaque ao Eng. Pedro Vasques, na utilização do computador no tratamento dos dados.



## *Resumo*

Foi efectuado um trabalho de investigação no C.S. de Barcelos, enquadrado no meu estágio. Este, teve como objectivos fazer uma recolha de hábitos alimentares numa comunidade com PAF; bem como, avaliar a sua resposta às alterações introduzidas.

Foram feitos 2 inquéritos e questionados 50 indivíduos, dos quais 19 portadores assintomáticos e 31 doentes. Foi feita a medição do peso e estatura. Simultaneamente apresentou-se uma proposta alimentar à comunidade.

Dos resultados obtidos, conclui-se que o IMC dos doentes antes dos sintomas, 2º o critério de Garrow é normal (grau 0) e acima do normal (grau I). Após a manifestação dos sintomas, o IMC desce, encontrando-se os indivíduos nos parametros de magreza e normalidade. O IMC dos portadores, 2º o mesmo critério encontra-se dentro da normalidade (grau 0) e com excesso de peso (grau I).

Referenciando os hábitos alimentares da comunidade, verifica-se que metade da população bebe leite ou seus derivados. Consomem poucos vegetais e fruta.

Após a introdução da proposta, avaliaram-se novos resultados. Observaram-se alterações, nomeadamente : maior consumo de leite, maior nº de refeições, de vegetais e de fruta.

Conclui-se também que a comunidade está pouco receptiva a mudanças, não estando devidamente informada sobre os benefícios de uma alimentação saudável.



## *Introdução*

A paramiloidose ou polineuropatia amiloidótica familiar é uma doença hereditária de transmissão autossómica dominante, de igual distribuição por ambos os sexos, que afecta os nervos periféricos e conduz em poucos anos à incapacidade.

Pensa-se que a doença começou na freguesia das Caxinas, situada entre a Póvoa de Varzim e Vila do Conde, provavelmente antes do sec. XIV, com a mutação de um gene, que passou a ser transmitido de pais para filhos e foi-se progressivamente espalhando por outras zonas.

A doença manifesta-se por emagrecimento precoce e marcado, de que se ignora a patogenia, alterações digestivas, diarreia, obstipação, dores nos membros inferiores. A evolução da doença manifesta-se, por fim, pela perda da sensibilidade nos membros superiores e inferiores em sentido proximal, evoluindo até à paralisia.

O tratamento é sintomático e de suporte do estado geral dos doentes. A doença vai evoluindo, a terapia disponível permite prolongar a vida e sobretudo, aumentar a qualidade da mesma.

A morte acaba por surgir invariavelmente por caquexia, ao fim de cerca de doze anos de evolução.

Os sintomas digestivos, pela sua frequência e gravidade, contribuem de modo significativo para o quadro clínico da doença. O seu conhecimento reveste-se, por isso, de grande importância no diagnóstico e tratamento.

A alimentação é um dos factores ambientais que mais influencia a qualidade e duração da vida. A quantidade e qualidade dos alimentos consumidos vão, por sua vez, reflectir-se na alimentação e no estado nutricional do indivíduo e da população.

Foi essa necessidade que motivou o presente trabalho que, sendo o mais exaustivo possível e, pioneiro nesta matéria, pretende ser mais uma contribuição para um mais claro conhecimento da situação da doença, no concelho de Barcelos.

Convém ainda salientar que não podendo dinamizar palestras para a colectividade, efectuei-as individualmente, por se tratar de uma comunidade rebelde, ocultando permanentemente a sua doença.

## ***Objectivos***

- Estabelecer uma alimentação saudável numa comunidade com PAF.
- Intervir dieteticamente na respectiva comunidade.

Para atingir estes objectivos elaboraram-se inquéritos que permitiram :

- 1- Caracterizar os hábitos alimentares
- 2- Estudar a situação ponderal
- 3- Avaliar as alterações digestivas provocadas pela doença
- 4- Verificar o comportamento da comunidade perante as alterações introduzidas

## *Abreviaturas :*

ALT : Alternância

CS : Centro de Saude

IMC : Índice de Massa Corporal

PAF : Polineuropatia Amiloidótica Familiar ou Paramiloidose

Port. : Portador = Portador Assintomático

S/ : Sem

C/ : Com

VCT : Valor Calórico Total



## *Material e Métodos*

Este estudo incidiu sobre uma comunidade com PAF, pertencente ao concelho de Barcelos, que frequentou de Janeiro a Julho de 1990, a respectiva consulta de paramiloidose no C.S. desta localidade.

A população estudada foi de 38% da comunidade total do concelho, que se cifra em 141 indivíduos, entre os quais, 60 doentes e 81 portadores assintomáticos. Todo o doente é aquele que apresenta manifestações da doença e portador assintomático é o que geneticamente tem a doença mas não apresenta sintomas, cuja evolução constitui uma incógnita.

Foram elaborados dois inquéritos de perguntas abertas e fechadas ( em anexo ), através do método da entrevista directa. Após terem sido testados e sujeitos a correções foram aplicados a 54 doentes, dos quais, 35 com sintomas (58,3%) e 19 portadores assintomáticos (23,4%), de forma aleatória.

Tiveram que ser eliminados 4 inquéritos, dos 35 doentes, por falecimento destes.

Por seu lado, os inquéritos incidiram sobre a idade de início dos sintomas da doença, peso anterior aos sintomas e peso actual, tipo de alimentação, nomeadamente alimentos que o doente rejeita, bem como, a adaptação da alimentação dos doentes consoante as alterações digestivas e sua resposta às alterações alimentares propostas.

Sucintamente, no 1º inquérito avaliaram-se hábitos alimentares, no 2º , as respostas da comunidade às alterações alimentares propostas.

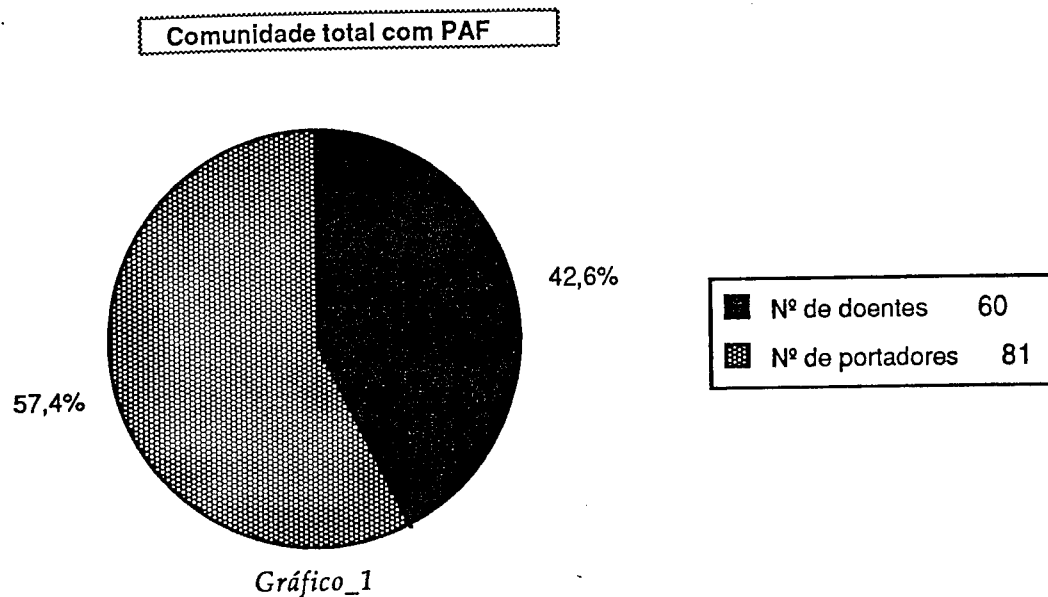
A avaliação do peso e da estatura foi feita por observação directa.

Paralelamente procedeu-se a uma recolha bibliográfica que pretendeu ser o mais exaustiva possível.

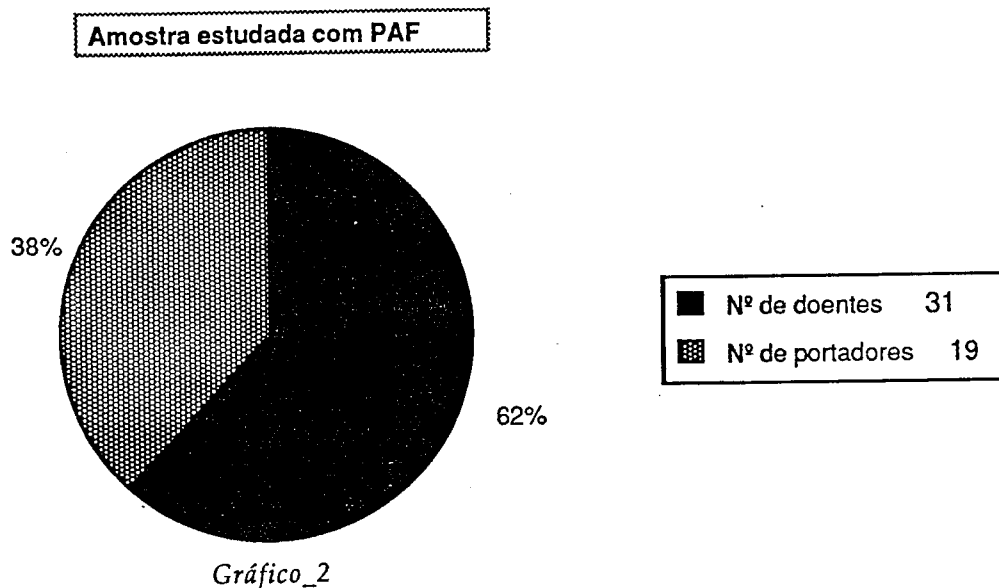
O tratamento dos dados foi feito em computador Apple Macintosh.

## Análise e discussão dos resultados

A comunidade total é constituída por 141 indivíduos, dos quais 60 doentes e 81 portadores assintomáticos.



A amostra escolhida foi elaborada com certas limitações. Os portadores frequentaram a consulta de 6 em 6 meses, e os doentes de 3 em 3 meses, salvo algum problema. Assim, e mesmo fazendo pequenas alterações na estrutura da mesma, só foi possível estudar 38% da comunidade total (31 doentes e 19 portadores).

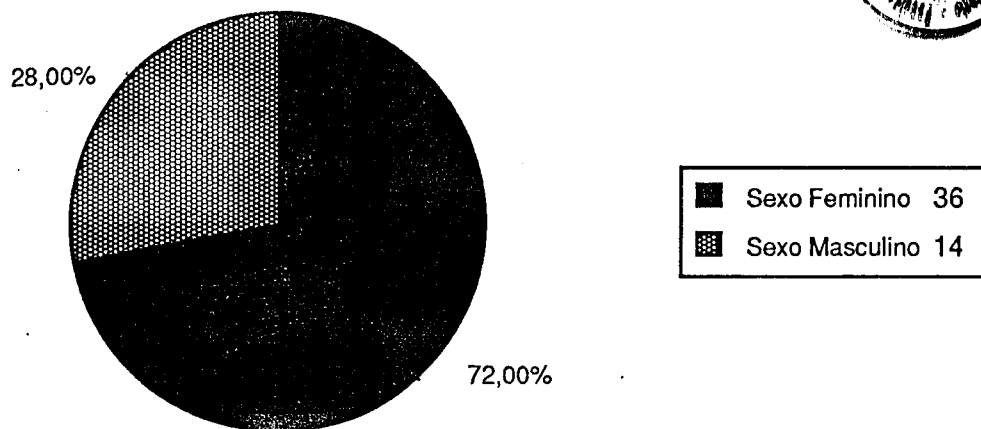




A doença encontra-se distribuída igualmente nos dois sexos. No entanto, o sexo feminino recorre com mais frequência à consulta, daí a amostra apresentar um maior nº de indivíduos deste sexo.



Distribuição por sexo da comunidade

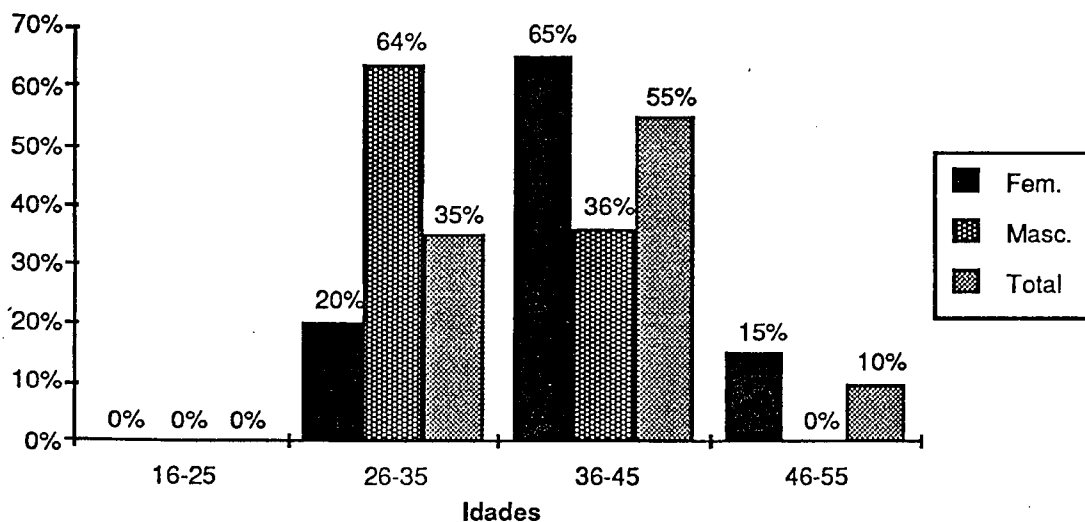


Gráfico\_3

Os intervalos de idade indicados foram escolhidos tendo em vista o estado geral do doente e a evolução da doença (gráficos 4 e 5).

Em relação à faixa etária 16-25 não existem doentes. No intervalo 46-55 há pouca percentagem nos dois sexos (15% e 10%), provavelmente por falecimento destes. A doença predomina nas faixas etárias 26-35 no sexo masculino e na 36-45 no sexo feminino. Por cada década o estado de nutrição deteriora-se.

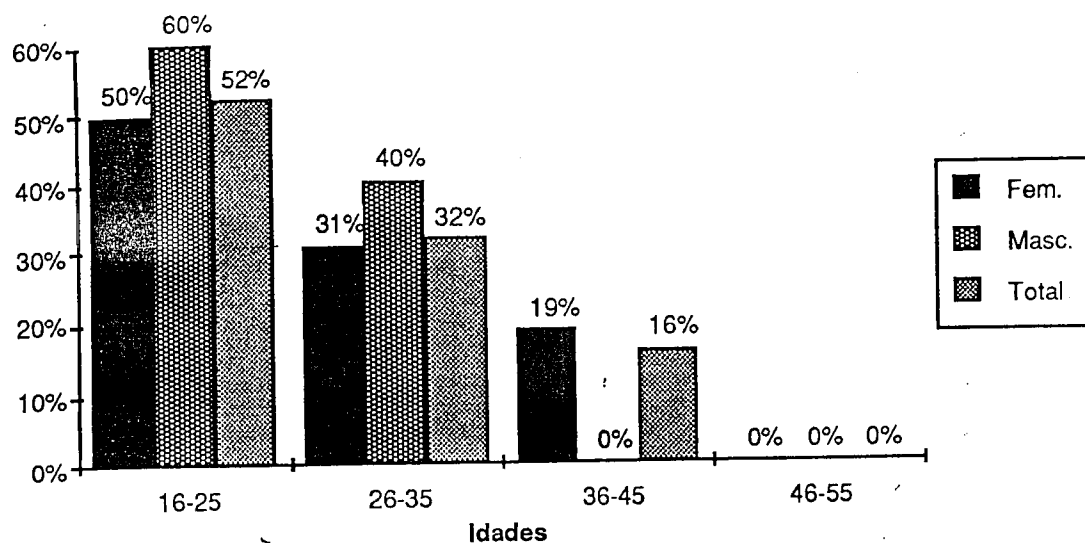
Distribuição por Idade e Sexo - Doentes



Gráfico\_4

No respeitante aos portadores, há grande incidência no intervalo 16-25 ( sendo maior no sexo masculino ), começando a ser progressivamente menor consoante as idades vão avançando, acabando os portadores, provavelmente, a passarem à condição de doentes, não existindo aqueles na faixa etária 46-55.

Distribuição por Idade e Sexo - Portadores



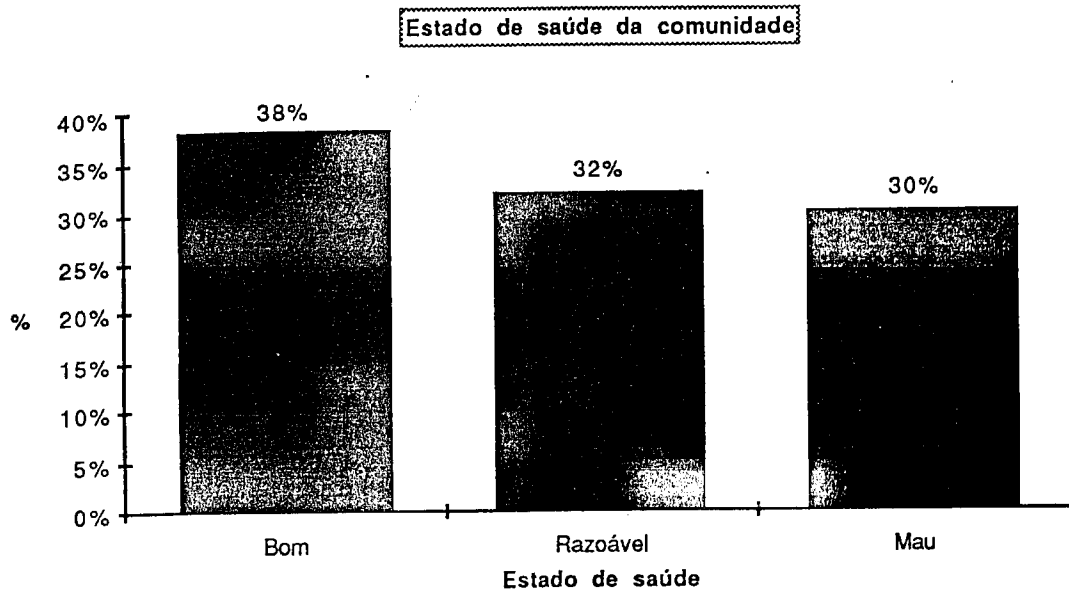
Gráfico\_5

### Estado de saúde da comunidade

A classificação do estado de saúde da comunidade dependeu de uma apreciação médica, de acordo com os seguintes critérios :

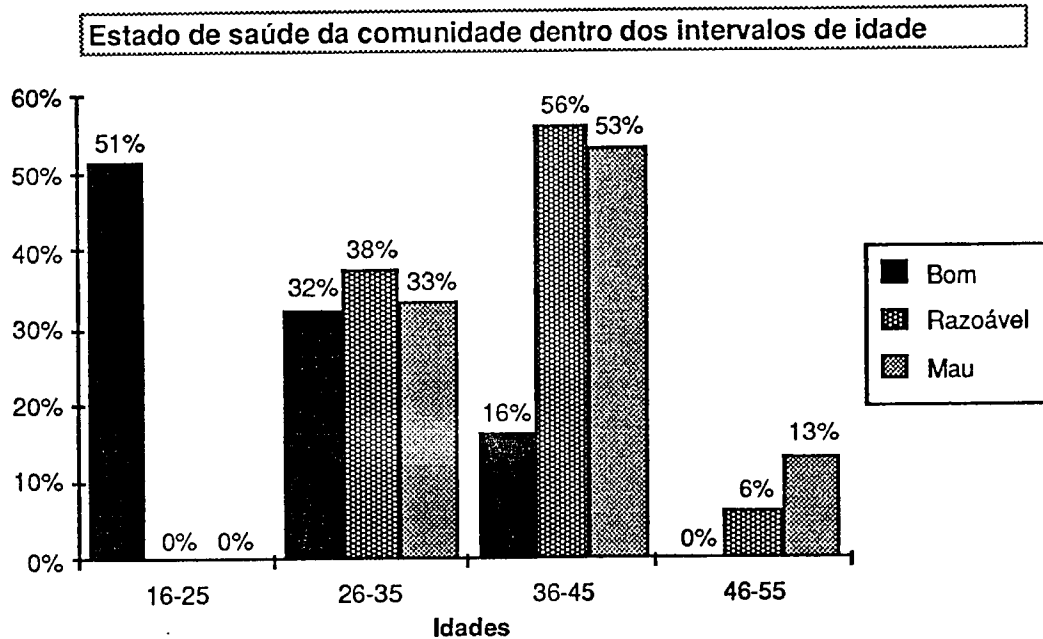
- estado de saúde bom - todos os portadores assintomáticos
- estado de saúde razoável - todos os doentes com alterações neurológicas mínimas
- estado de saúde mau - todos os doentes com grandes alterações neurológicas

Dentro desta classificação avaliou-se o estado de saúde da comunidade.



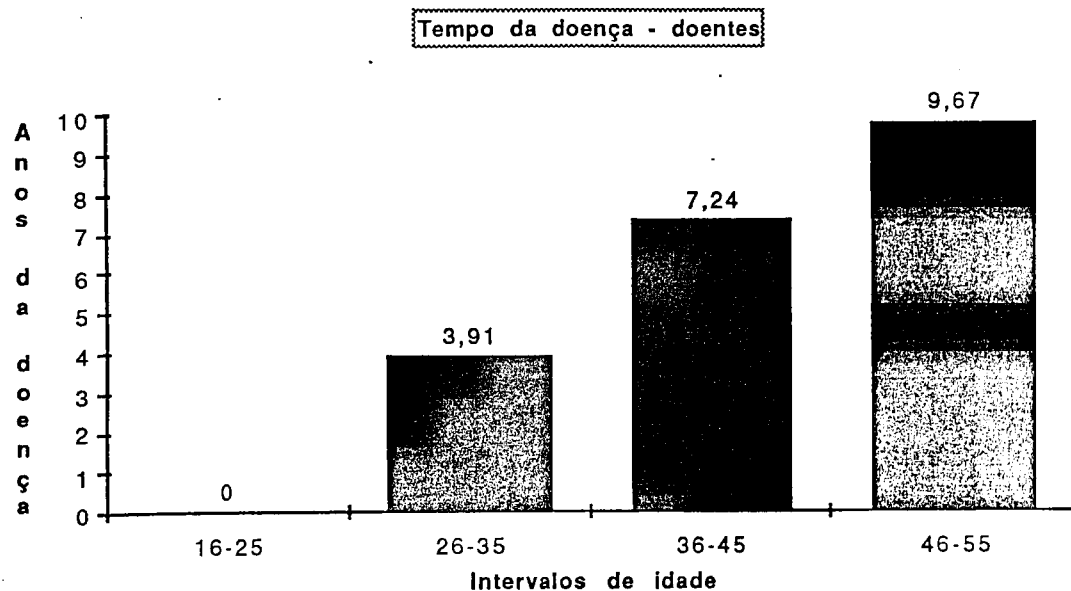
*Gráfico\_6*

Na primeira faixa etária o estado de saúde da comunidade é bom, sendo progressivamente pior consoante os intervalos de idade vão avançando, acabando por ficar unicamente com o estado de saúde razoável e mau.



*Gráfico\_7*

O tempo da doença vai aumentando ao longo das faixas etárias. É de salientar que no intervalo de idade 16-25 não existem doentes.



Gráfico\_8

### Alterações Digestivas

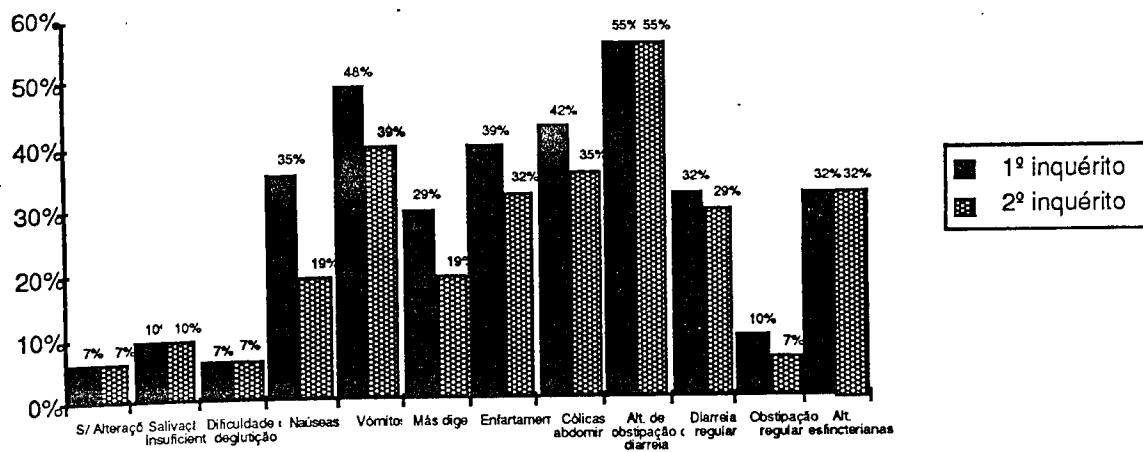
Após um levantamento das alterações digestivas mais frequentes nos doentes, escolheram-se as seguintes:

- salivagem insuficiente
- dificuldade de deglutição
- náuseas
- vômitos
- más digestões
- enfartamento
- cólicas abdominais
- alternância de obstipação com diarreia
- diarreia regular
- obstipação regular
- alterações esfinterianas

A alteração digestiva mais frequente é a alternância de obstipação com diarreia (55%).

Registaram-se pequenas melhorias do primeiro para o segundo inquérito, em relação às náuseas, vômitos, más digestões, enfartamento, cólicas abdominais, diarreia regular e obstipação regular; provavelmente derivado à mudança da alimentação por parte dos doentes.

### Alterações digestivas 1º e 2º inquérito - doentes



Gráfico\_9

### Índice de Massa Corporal

No trabalho, só foi possível fazer a avaliação do peso e estatura de forma directa.

A medição da prega cutânea teve que ser abandonada a meio, por impossibilidade de obter o lipocalibrador durante o tempo necessário.

Utilizou-se o critério de Garrow para a classificação de magreza, normalidade e obesidade.

*Critério de Garrow, de acordo com o índice de Quetelet ( $IMC = P/E^2$ ):*

Magreza =>  $IMC \leq 19,9$

Grau 0 =>  $IMC 20 \geq 24,9$   
(normalidade)

Grau I =>  $IMC 25 \geq 29,9$   
(excesso de peso)

Grau II =>  $IMC 30 \geq 39,9$   
(obesidade)

Grau III =>  $IMC \geq 40$   
(obesidade mórbida)

Fez-se a correcção do peso de três doentes merçê da existência de ligeiros edemas nos membros inferiores.

Os pesos e alturas são os reais, aproximados.

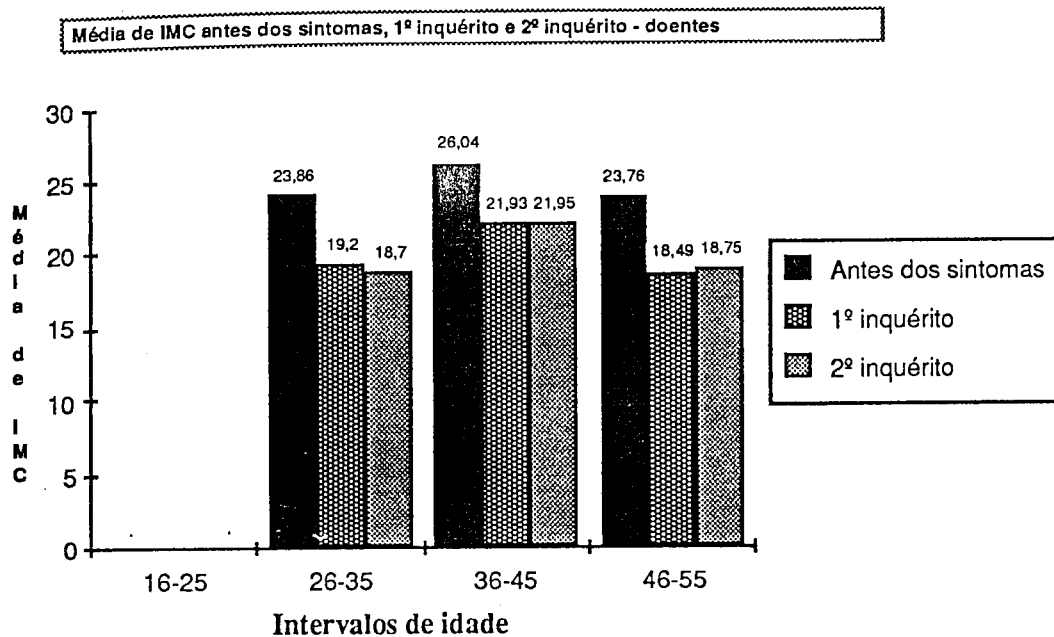
A comunidade dos doentes antes dos sintomas está classificada no grau 0 e I. Após os sintomas encontra-se nos parâmetros "magreza e grau 0".

Os portadores encontram-se nos parâmetros "grau 0 e grau 1".

Observa-se que a média do IMC dos doentes antes dos sintomas encontra-se na normalidade (grau 0), com excepção do intervalo de idade 36-45 que tinha excesso de peso (grau I).

Comparando o IMC dos doentes antes dos sintomas com o 1º inquérito, verifica-se que este baixou, encontrando-se os doentes com valores de IMC abaixo de 19,9, portanto magros, com excepção do intervalo 36-45. A doença é então um factor de emagrecimento.

Fazendo a análise estatística, nomeadamente desvio padrão, máximo e mínimo, verificou-se que do 1º para o 2º inquérito não existiram variações significativas.



Gráfico\_10

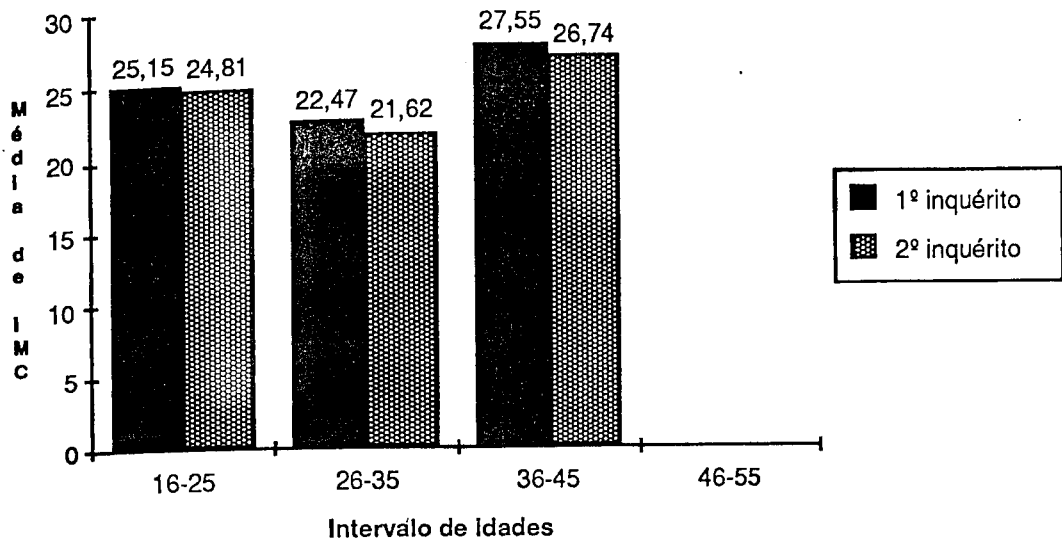
### Doentes

	Antes Sint.	1º inquérito	2º inquérito
Média	25,49	20,63	20,49
Desvio padrão	3,37	3,53	3,59
Máximo	32,83	32,83	32,83
Mínimo	20,62	16,26	15,91

Em relação aos portadores, o valor de IMC, segundo o critério de Garrow, encontra-se classificado com excesso de peso (grau I), excluindo o intervalo 26-35 que se apresenta normal (grau 0).

Após ter sido feita a análise estatística, do 1º para o 2º inquérito não se registaram variações significativas.

Média de IMC 1º e 2º Inquérito - portadores

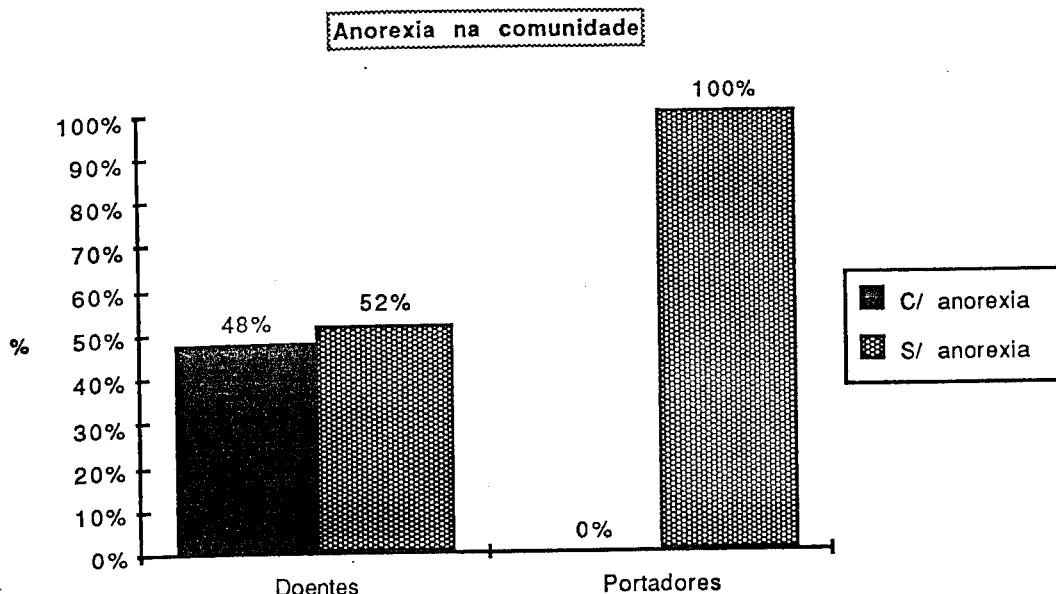


Gráfico\_11

### Portadores

	1º inquérito	2º inquérito
Média	24,68	24,1
Desvio padrão	4,56	4,15
Máximo	35,16	34
Mínimo	17,65	17,3

Os portadores assintomáticos não apresentam anorexia.  
Em relação aos doentes observa-se que 48% têm anorexia.



Gráfico\_12

### Número de Refeições Diárias

Para tirar o máximo rendimento da nossa alimentação nunca se deve estar muito tempo sem comer, nem o fazer em excesso. Os intervalos entre as refeições não devem exceder três horas e meia. O pequeno almoço deve ser sempre feito e as refeições respeitadas.

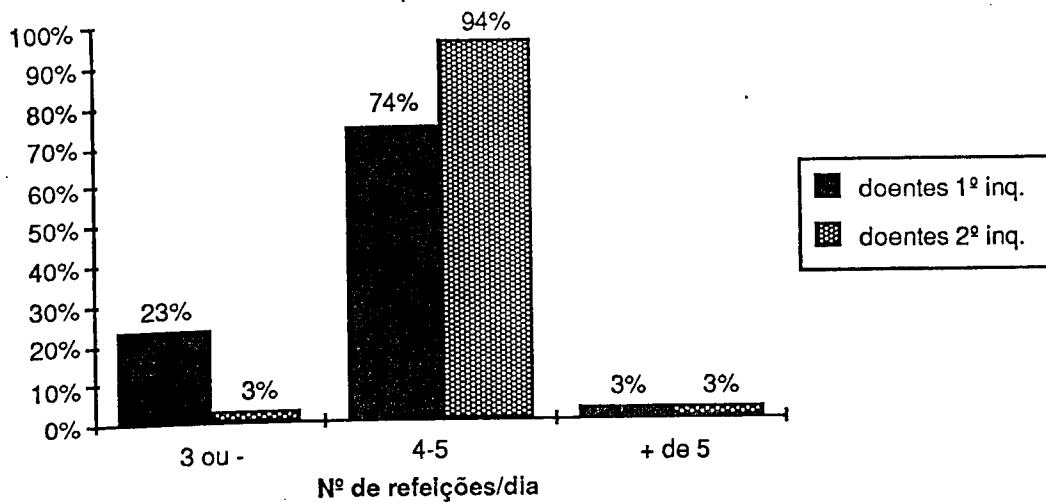
A proposta apresentada à comunidade foi de seis refeições por dia, no entanto, suspeito que os doentes necessitam de maior número de refeições, já que comem excessivamente pouco em cada refeição, devido às alterações digestivas que têm.

Comparando o número de refeições propostas com o número que a comunidade faz, verifica-se que o número de refeições é inferior ao que lhe foi aconselhado (gráfico 13 e 14).

Em relação aos doentes, salienta-se que a maioria da população faz "4-5" refeições. Do 1º inquérito para o 2º houve melhoria dos resultados no nº de refeições "3 ou -" e "4-5".



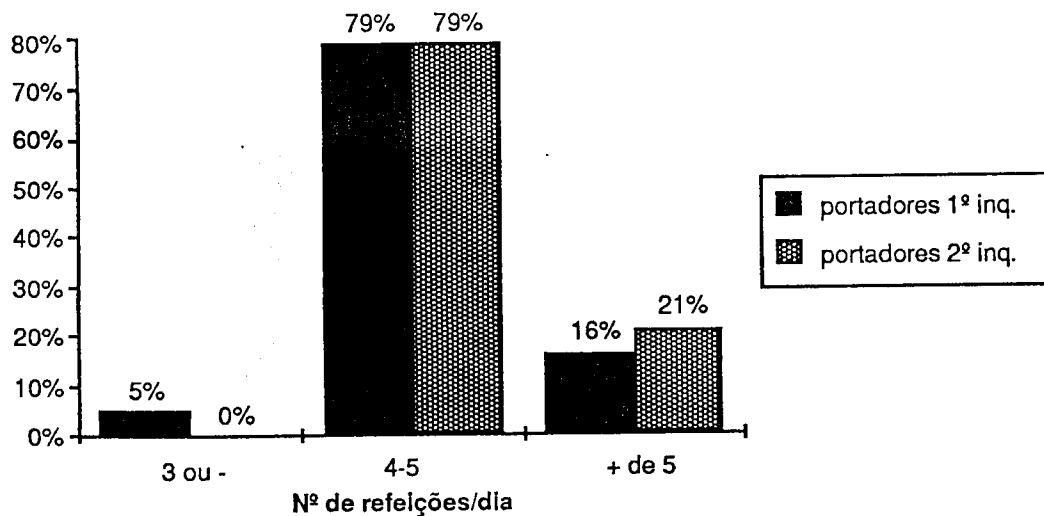
Nº de refeições/dia 1º e 2º Inquéritos - Doentes



Gráfico\_13

A maioria dos portadores fazem "4-5" refeições. Houve alterações dos resultados do 1º para o 2º inquérito nas "3 ou -" e "+ de 5" refeições.

Nº de refeições/dia 1º e 2º Inquéritos - Portadores

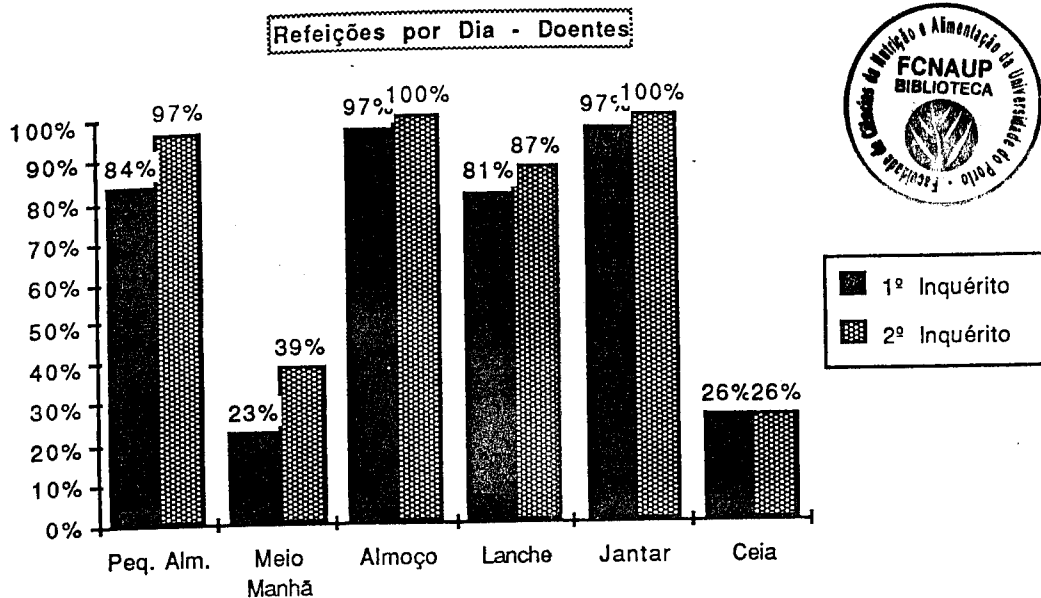


Gráfico\_14

Os doentes "saltam" refeições. Grande parte destes, não faz a do meio da manhã e a ceia. Algumas das razões apresentadas por eles foram :

- falta de apetite para a refeição seguinte
- terem alterações digestivas durante o sono

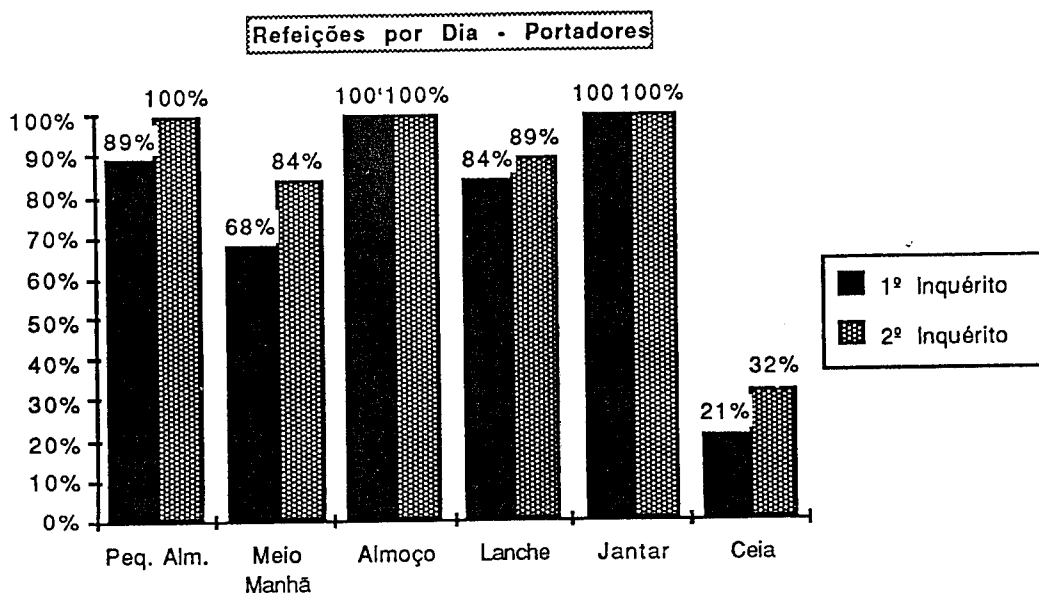
Do 1º para o 2º inquérito observaram-se algumas alterações, sendo as mais relevantes no pequeno almoço e meio da manhã.



Gráfico\_15

Todos os portadores fazem almoço e jantar. Alguns não respeitam todas as refeições, sobretudo a ceia; argumentando que não têm apetite.

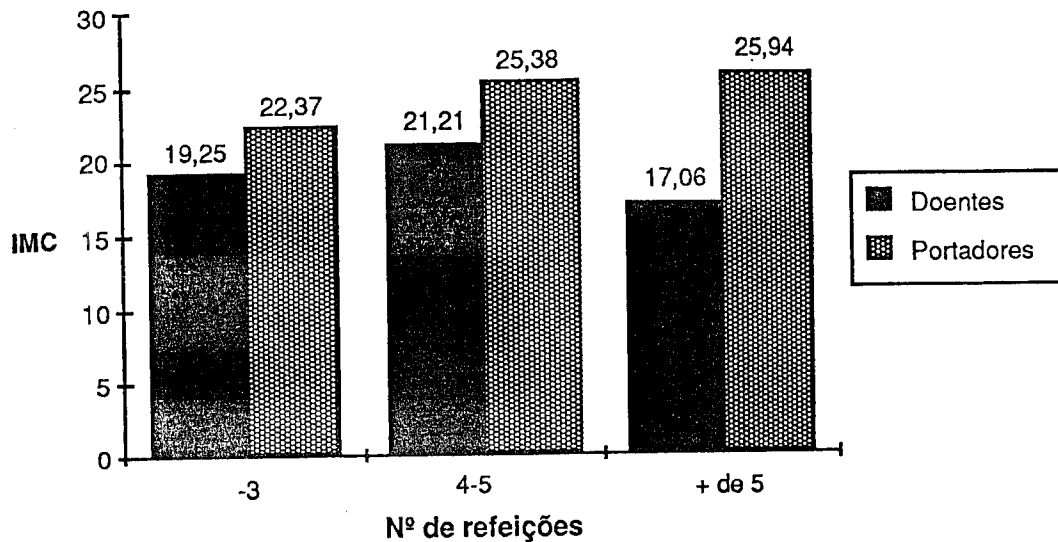
Registaram-se alterações do 1º para 2º inquérito, nomeadamente no pequeno almoço, meio da manhã e ceia.



Gráfico\_16

De uma maneira geral, verifica-se que os indivíduos da comunidade que fazem maior nº de refeições, apresentam o valor de IMC mais elevado, com excepção dos doentes que fazem "+ de 5" refeições.

Comparação do IMC com o nº de refeições - doentes e portadores



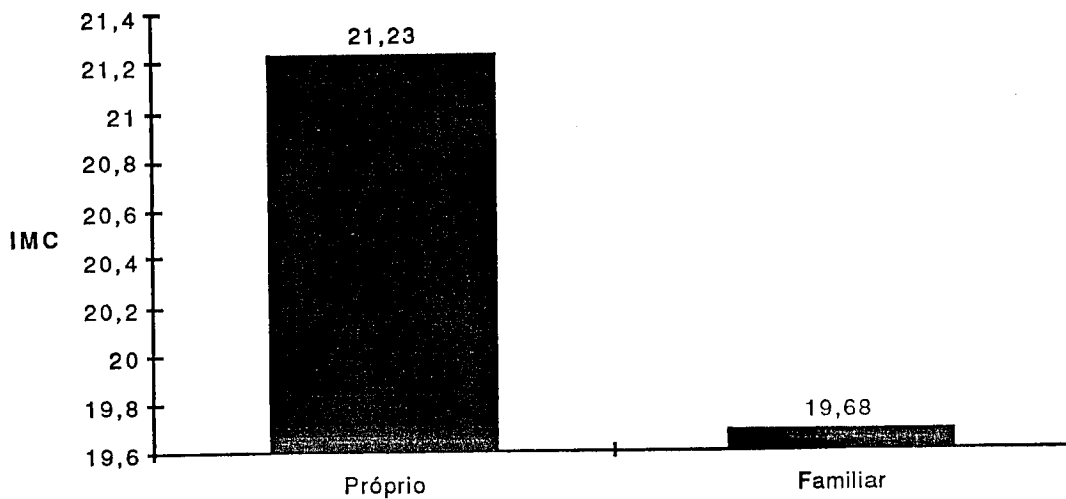
Gráfico\_17

### Preparação das Refeições

Alguns doentes, devido à incapacidade física que têm (perda de sensibilidade nos membros superiores e inferiores), não podem preparar as suas refeições. Este facto verifica-se em 12 doentes, dos 31 estudados. Assim, ficam dependentes alimentariamente da família, podendo provocar desmotivação para se alimentarem, e falta de estrutura no nº de refeições.

Comparando o IMC com "quem prepara as refeições", verifica-se que esta é menor, quando os doentes estão dependentes da família para se alimentar, factor este que é de considerar relevante.

Comparação do IMC com quem prepara as refeições - doente



Gráfico\_18

## Alimentação da comunidade

Do estudo efectuado no 1º inquérito, 50% da população não consumia leite. Em relação aos doentes, 58% consumiam poucos vegetais.

O consumo de fruta foi baixo, havendo 68% que ingeriam menos que 2 peças por dia.

Os portadores, no 1º inquérito ingeriam poucos vegetais, 95% consumiam menos que 2 vezes ao dia.

O consumo de fruta foi pouco, 63% ingeriam 2 peças por dia.

## Consumo de leite e seus derivados

Estes alimentos são indispensáveis, fornecendo entre outros constituintes, proteínas de alto valor biológico e cálcio.

É importante fomentar o uso destes alimentos diariamente.

Propôs a toda a comunidade o consumo de 0,5 litro de leite meio gordo.

Metade da comunidade não consome leite, dizendo que é "intolerante". Fiz uma proposta gradual de introdução de leite meio gordo, que foi a seguinte :

1ª semana - 1 colher de sopa de leite meio gordo

2ª semana - 2 " " " "

3ª semana - 3 " " " "

4ª semana - 6 " " " "

5ª semana - 6 " " " "

6ª semana - 1,5 dl de leite meio gordo

7ª semana - 1,5 dl de leite meio gordo

8ª semana - 1 chávena de leite meio gordo

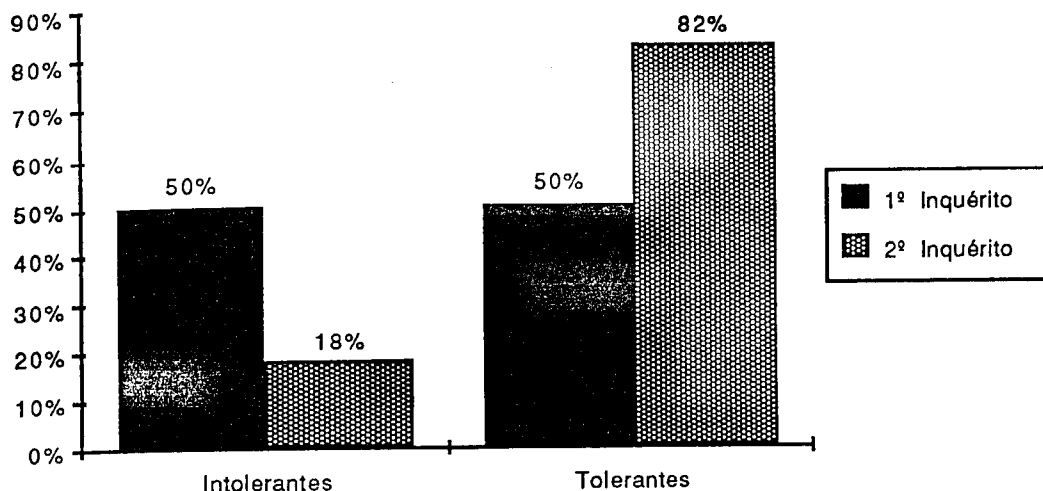
9ª semana - 1 chávena de leite meio gordo

10ª semana - 2 chávena de leite meio gordo

Foi ainda dado à comunidade, uma receita de iogurte (em anexo), pois havia grande preferência por este alimento. No entanto, a população não tinha disponibilidade económica.

Após esta introdução, apenas 18% da comunidade continua a não tomar leite, dizendo que mesmo com a introdução deste, reage mal, tendo alterações digestivas tais como: vómitos e náuseas.

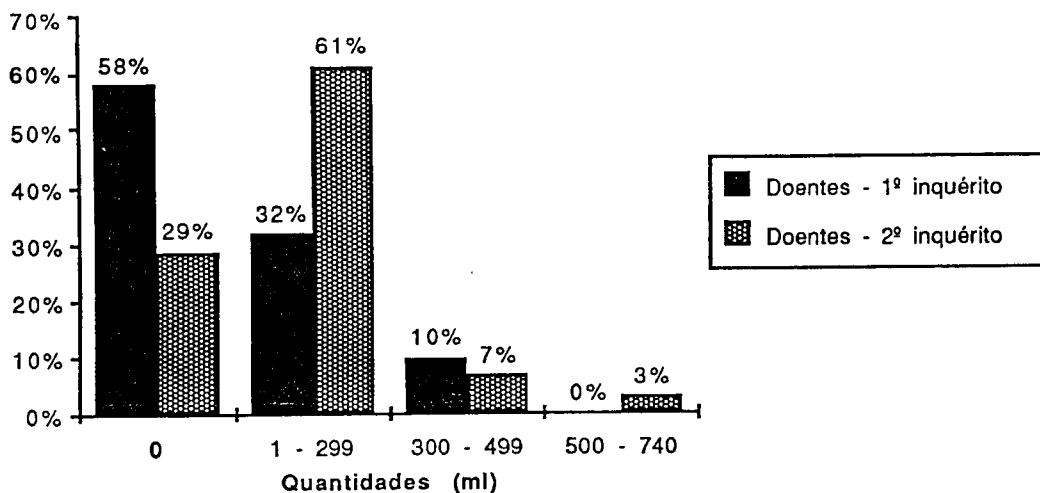
**"Intolerância" ao leite na comunidade**



Gráfico\_19

Em relação aos doentes, verifica-se que o consumo de leite e seus derivados é baixo, havendo no segundo inquérito uma subida dos valores em todas as quantidades, com a excepção da quantidade "300-499" ml.

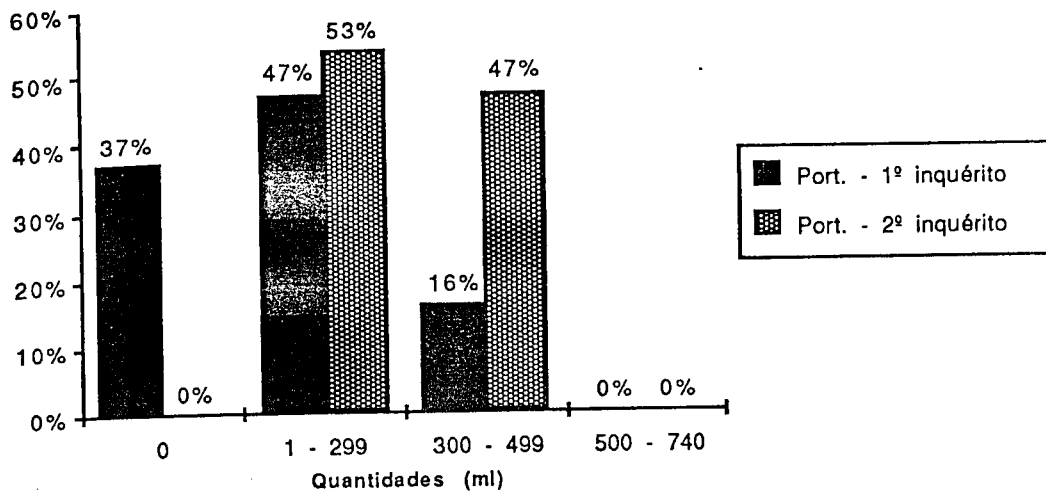
**Consumo de leite e seus derivados 1º e 2º inquéritos - Doentes**



Gráfico\_20

Os portadores apresentam um baixo consumo de leite e seus derivados. Registaram-se alterações nas quantidades de leite consumido do 1º para o 2º inquérito, com grande relevância a quantidade "300-499" ml. Nenhum portador consome "500-740" ml.

Consumo de leite e seus derivados 1º e 2º inquérito - portadores



Gráfico\_21

Consumo de carne, peixe e ovos

Alimentos imprescindíveis para a construção e reparação de órgãos e demais estruturas nobres do corpo.

Foi proposto à comunidade a ingestão de 2 vezes ao dia carne ou peixe, não esquecendo que 3 vezes por semana deviam incluir na alimentação ovos em alternativa a estes alimentos.

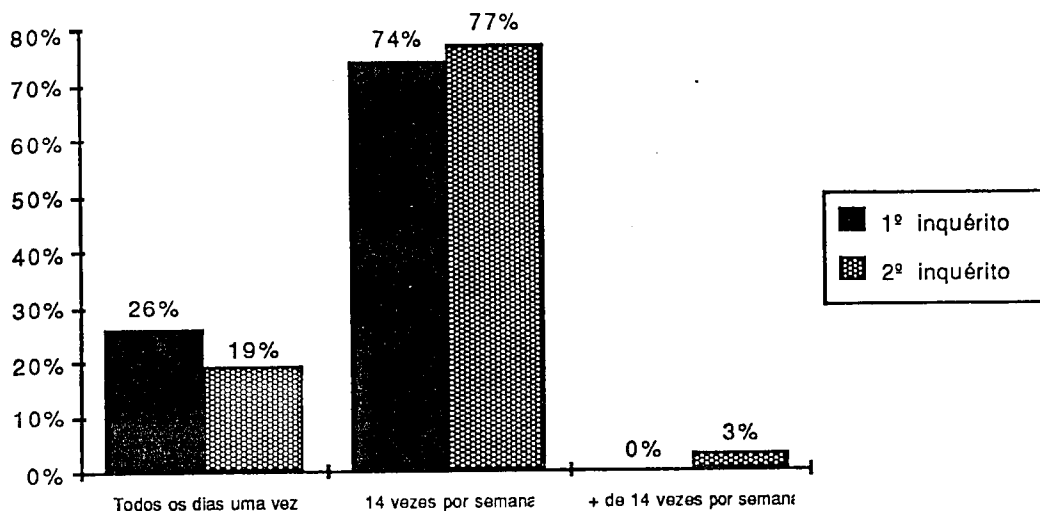
Os ovos para os doentes são alimentos pouco atractivos, não se sentindo bem com eles, provocando alterações digestivas, nomeadamente diarreia e náuseas.

A maioria dos doentes ingere "14 vezes por semana" carne peixe e ovos. Nenhum doente consome mais de "14 vezes por semana" estes alimentos.

No 2º inquérito registaram-se pequenas alterações em relação aos valores do 1º.

Duma maneira geral, estes alimentos foram consumidos "14 vezes por semana" por maior percentagem de doentes.

Consumo de carne, peixe e ovos. 1º e 2º inquéritos - doentes

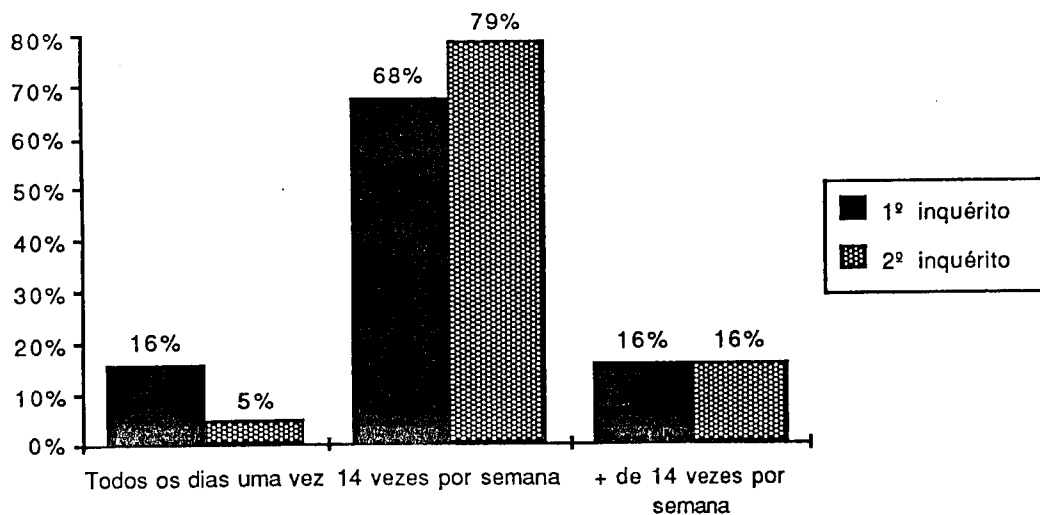


Gráfico\_22

Grande percentagem dos portadores consome "14 vezes por semana" carne, peixe e ovos.

Observam-se algumas alterações do 1º para o 2º inquérito. Os alimentos carne, peixe e ovos foram consumidos "14 vezes por semana" por maior percentagem de portadores.

Consumo de carne, peixe e ovos. 1º e 2º Inquéritos - portadores



Gráfico\_23

## Consumo de frutas e vegetais

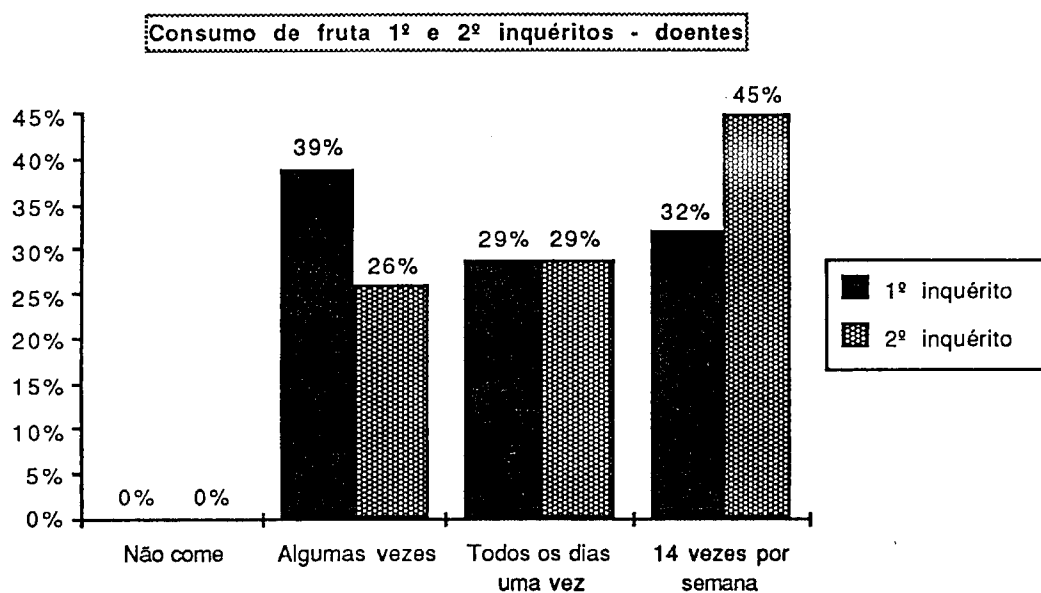
Frutas e vegetais são alimentos que não devem faltar nunca no dia alimentar, são essenciais pelo fornecimento de minerais, vitaminas e complementos.

A proposta feita em relação ao nº de peças de fruta por dia, foi de 3 e incentivou-se toda a comunidade a consumir sopa ao almoço e ao jantar e uma salada por dia, salvo algumas exceções.

Alguns doentes rejeitam estes alimentos dizendo que lhes provocam alterações digestivas, nomeadamente diarreia.

Grande parte dos doentes (39%) consome só algumas vezes fruta, e uma menor percentagem (32%) ingere "14 vezes por semana".

Observaram-se pequenas alterações do 1º inquérito para o 2º, no que diz respeito aos doentes que consomem fruta "algumas vezes por semana" e aos que ingerem "14 vezes por semana".



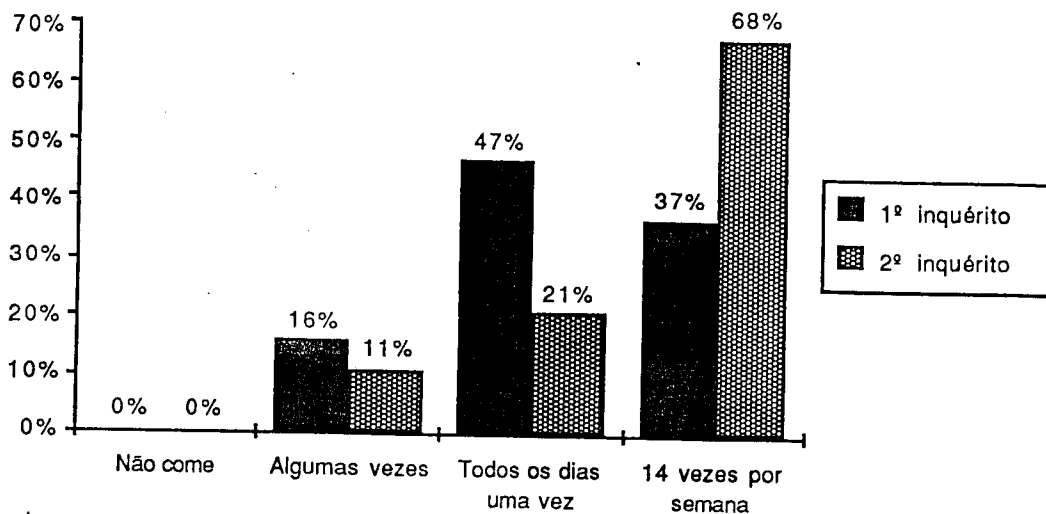
Gráfico\_24

Em comparação com os doentes, os portadores consomem mais fruta.

Do 1º para o 2º inquérito registaram-se alterações, houve um grande aumento da ingestão de fruta "14 vezes por semana" em detrimento dos outros parâmetros.



Consumo de fruta 1º e 2º inquéritos - portadores



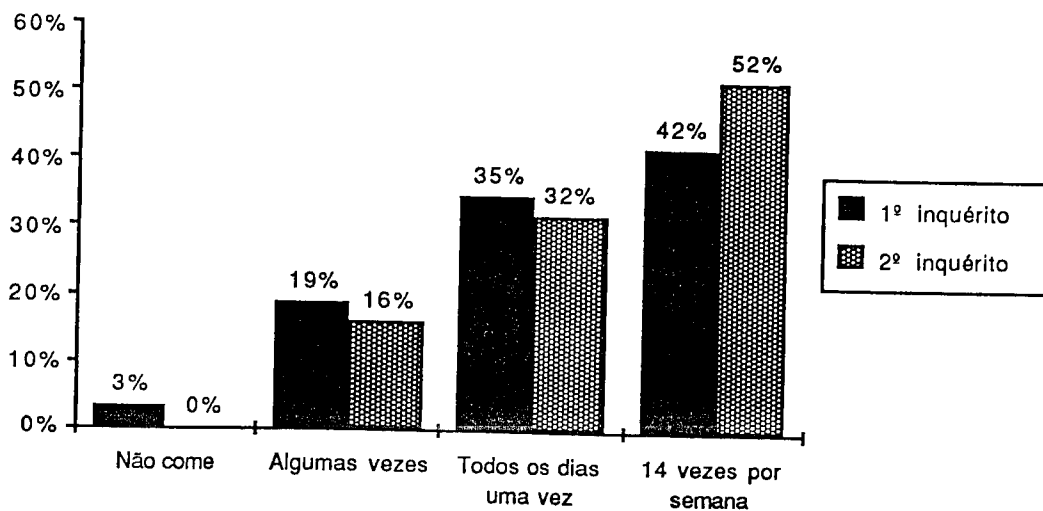
Gráfico\_25

Uma grande percentagem de doentes (42%) consomem "14 vezes por semana" vegetais, no entanto 3% nunca ingerem. Uma das principais razões apresentadas pelo facto de comerem poucos vegetais ou nenhuns é de lhes provocar diarreia.

Do 1º para o 2º inquérito, uma maior percentagem de doentes (52%) começou a comer mais vegetais por semana ("14 vezes por semana").

Todos os doentes passaram a comer vegetais.

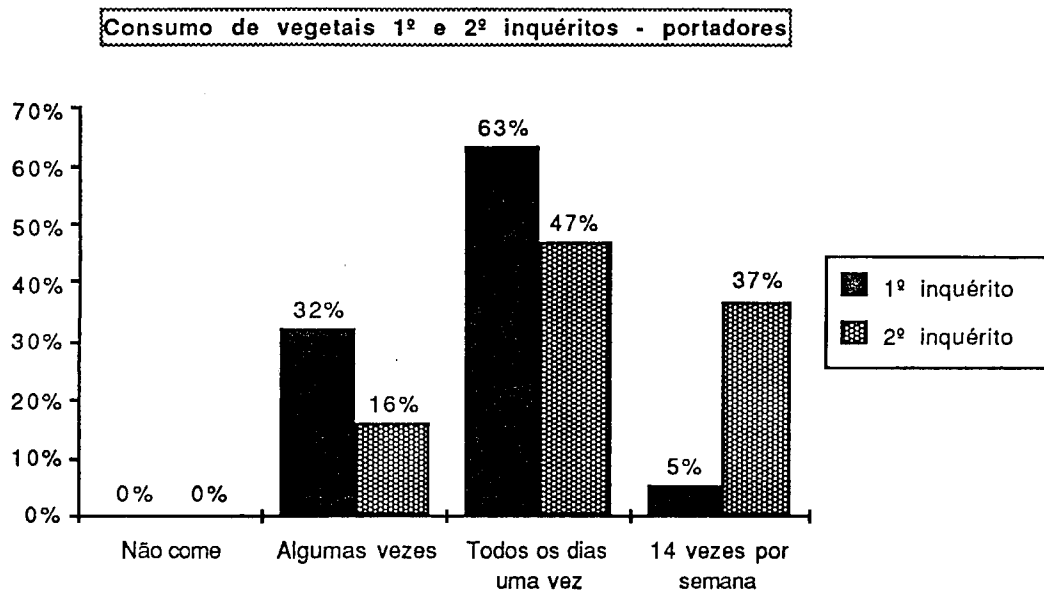
Consumo de vegetais 1º e 2º inquéritos - doentes



Gráfico\_26

O parâmetro do consumo de vegetais dos portadores, com mais incidência é de "todos os dias ingerirem uma vez" . Poucos são aqueles que comem "14 vezes por semana" estes alimentos.

Observaram-se alterações do 1º para o 2º inquérito, salientando-se a subida de 5% para 37% do consumo de vegetais "14 vezes por semana".



Gráfico\_27

O estudo, do ponto de vista calórico foi impossível de se fazer, sendo difícil definir quantidades. No entanto, tudo indica que a ingestão é baixa devido ao baixo IMC, em relação aos doentes.

### Introdução do Arobon a uma mini amostra para combate à diarreia

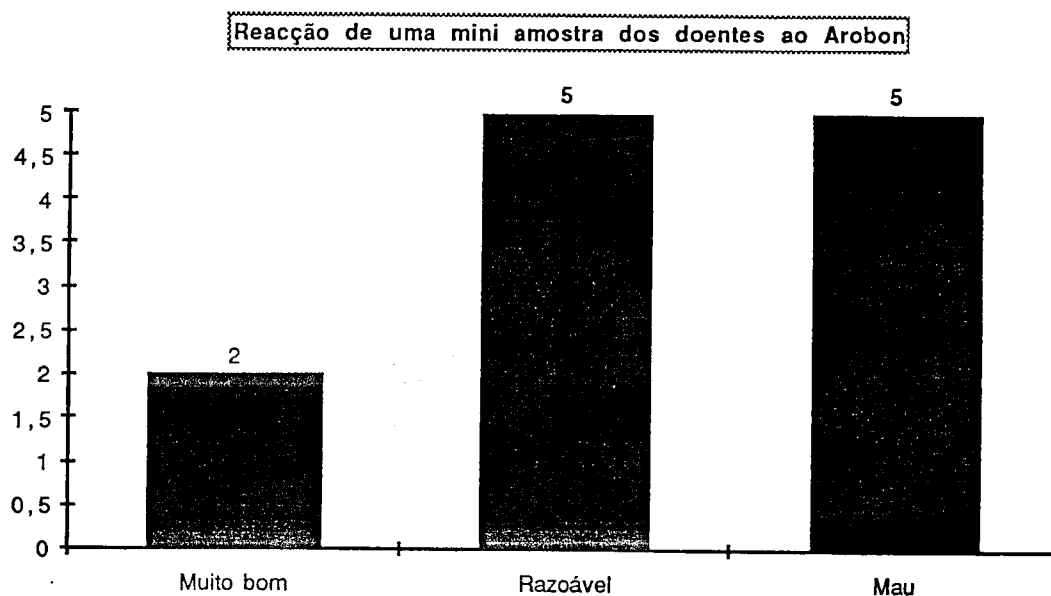
A diarreia é um dos sintomas destes doentes. Estes recorrem a muitos medicamentos.

Escolheu-se um grupo de menor risco com 12 doentes, ao qual foi introduzido Arobon ( pó anti-diarreico).

Os resultados foram classificados segundo o nº de dejeções diárias:

- Muito bom - 1 a 2 dejeções
- Razoável - 3 a 4 dejeções
- Mau - 5 ou mais dejeções

Este produto foi mal recebido, por não se tratar de um medicamento, e em consequência disso, a experiência não correu como era desejável. Espero prosseguir com este estudo.



Gráfico\_28

## *Conclusões*

Do estudo efectuado conclui-se que :

- uma alta percentagem da comunidade, do sexo feminino recorre à consulta
- os doentes apresentam alterações digestivas, sendo a mais frequente, a alternância de obstipação com diarreia
- antes dos sintomas, os doentes encontram-se dentro do valor normal e acima dele (grau 0 e I), em relação ao IMC, segundo o critério de Garrow. Eles vão apresentando IMC gradativamente menor consoante o avanço da doença
- a doença é um factor de emagrecimento
- segundo o critério de Garrow, os portadores assintomáticos, encontram-se dentro do valor normal e acima dele (grau 0 e 1), em relação ao IMC
- as alterações do 1º para o 2º inquérito da comunidade, relativamente ao IMC, não foram significativas, sendo a intervenção alimentar pouco relevante
- grande percentagem dos doentes sofrem de anorexia
- os doentes não respeitam as refeições, estando muitas horas sem comer
- o IMC apresenta-se mais baixo, consoante o nº de refeições é menor
- certos doentes estão dependentes da família, em relação à confecção culinária. Estes apresentam IMC inferior, em comparação com os "independentes alimentariamente"
- a comunidade em geral, não faz uma alimentação adequada. Consome poucos vegetais, fruta, leite e seus derivados, sendo menor a sua ingestão nos doentes
- desconhecem os benefícios de uma alimentação saudável
- os doentes aceitam mal o Arobon, por não se tratar de um medicamento
- a comunidade é pouco receptiva a inovações, é necessário maior tempo de intervenção
- os resultados deste trabalho ficaram um pouco áquém das primeiras expectativas, no entanto, existiram alterações nos hábitos alimentares da comunidade (consumo de leite, vegetais, fruta, nº de refeições).

## *Comentários e sugestões*

A comunidade não se encontra nada sensibilizada para os benefícios de uma alimentação saudável, encontrando-se bloqueada a "inovações".

Deste estudo ressalta a necessidade de :

- maior tempo de intervenção por parte do nutricionista, em estudos subsequentes, fazer a avaliação nutricional e estudar a variação da alimentação consoante as alterações digestivas
- intervir com maior incidência nos portadores, de forma que percam o mínimo peso possível, quando passam da condição de portador para doente
- sensibilizar a comunidade, através de apoio, de estruturas específicas, como serviço social, para a importância das conferências, sobre os benefícios de uma alimentação saudável, já que se tratam de populações fechadas.

Convém referir que a Associação Portuguesa de Paramiloidose me solicitou para prosseguir com este estudo, à qual brevemente entregarei um programa de investigação.

## Bibliografia

- Aguiar, Ana  
Diagnóstico da situação da PAF no concelho de Braga  
1986
- Andersson, R  
Familial Amyloidosis with Polineuropathy  
1976
- Andrade, Corino  
A Peculiar Form of Peripheral Neuropathy : Familiar Atypical Generalized  
Amyloidosis with Special Involvement o f the Peripheral Nerves  
1952
- Andrade, Corino and Moreira, M G  
Gazeta Médica Portuguesa  
1960
- Andrade, Corino; Moreira, M G and Falcão de Freitas, A  
Portugal, Méd.  
1965
- Battle, WM; Rubin, M R; Cohen,S and Snape, W J  
Gastrointestinal - Motility Dysfunction in Amyloidosis  
1979
- Coutinho, P; Martins da Silva, A; Lopes Lima, J; Resende Barbosa, A  
Forty years of experience with type I Amyloide Neuropathy  
1980
- Davidson`s Human Nutrition and Dietetics  
8ª edição
- Ferreira, F A Gonçalves e Graça, M E da Silva  
Tabela de composição dos alimentos portugueses  
1985
- Folhetos sobre curso intensivo da PAF  
Hospital geral de S. António
- Krause e Mahan  
Alimentos, Nutrição e Dietoterapia  
1985
- Leite, Isabel; Correia, Manuel; Nunes, Belina; Amado, João; Coutinho, Paula  
The loss of weight in familial amyloidotic polineuropathy (Portuguese Type)  
Preliminary Study
- Macedo, Nuno  
A polineuropatia amiloidótica familiar no concelho de Barcelos  
1989
- Mahloudji, M; Teasdal, R D; Adamkiewicz, J J; Hartmann, Wit; Lambird, P A;  
M C; Kusick, V A  
The genetic amyloidosis with particular reference to hereditary neuropathic  
amyloidosis, type II or rukavina type  
1969
- Meretoja, J  
Genetic aspects of familial amyloidosis with corneal lattice dystrophy and  
cranial neuropathy  
1973
- Peres, Emílio

Alimentação e Saúde

1980

- Peres, Emílio

Ideias gerais sobre alimentação racional

1982

- Resende, João

Introdução historiada à descoberta da PAF

Boletim H. S. A.

1976

- Rukavina, J G; Block, W D; Jackson, C E; Fals, H E; Carey, J H; Curtis, A C

Primary systemic amyloidosis

1956

- Shimoyama, M; Kito, S; Katamayama, S; Togo, M; Yamamura, Y; Nakano, T

Natural story of Ogawa village type familial amyloid polineuropathy in Japan

1988

- UMEÃ University Medical Dissertations

Gastrointestinal involvement in familial amyloidosis with polyneuropathy

1983

- Van Allen, M W; Frohlich, J A; Davis, J R

Inherited predisposition to generalised amyloidosis

1969

# Anexos



## Inquérito

Exmo Sr.

Sou Nutricionista e estou a fazer um trabalho sobre hábitos alimentares na população com paramiloidose, para melhor conhecer esta comunidade.

Pretendia que respondesse a algumas perguntas.

1. Data \_\_ / \_\_ / \_\_

2. N° do inquérito \_ \_ \_ \_

### 3. Sexo

3.1 Feminino

3.2 Masculino

### 4. Idade

4.1 16-25

4.2 26-35

4.3 36-45

4.4 46-55

### 5. Profissão

5.1 Reformados

5.2 Desempregados

5.3 Trab. Rurais e Domésticos

5.4 Operários e Artesões

5.5 Comerciantes

5.6 Empregados ou funcionários

### 6. Habilitações

6.1 Analfabetos

6.2 3ª classe

6.3 4ª classe

6.4 6º Ano

6.5 9º Ano

6.6 11º Ano

### 7. Idade de início dos sintomas da doença :

7.1 16-25

7.2 26-35

7.3 36-45

7.4 46-55



8. Tempo da evolução da doença \_\_\_\_\_

9. Peso antes dos sintomas da doença \_\_\_\_\_

10. Peso actual \_\_\_\_\_

11. Estatura \_\_\_\_\_

12. Edemas Não  Sim

13. Anorexia Não  Sim

14. Quais as alterações digestivas mais frequentes ?

14.1 Sem alterações

14.2 Salivação insuficiente

14.3 Disfagia

14.4 Náuseas

14.5 Vômitos

14.6 Más digestões

14.7 Enfartamento

14.8 Cólicas abdominais

14.9 Alternância de obstipação com diarreia

14.10 Diarreia regular

14.11 Obstipação regular

14.12 Alterações esfinterianas (particularmente incontinência de fezes)

15. Quais as refeições que faz por dia ?

15.1 P.A Não  Sim

15.2 M.M Não  Sim

15.3 Alm. Não  Sim

15.4 Lanche Não  Sim

15.5 Jantar Não  Sim

15.6 Ceia Não  Sim

16. Qual o nº de refeições diárias?

16.1 3 ou menos

16.2 4 - 5

16.3 Mais de 5

17. Quantidade de leite e seus derivados

17.1 1 - 299 ml

17.2 300 - 499 ml

17.3 500 - 749 ml

17.4 750 ml ou mais

18. Consumo de carne, peixe e ovos

- 18.1 Não come   
18.2 Come algumas vezes   
18.3 Todos os dias uma vez   
18.4 Come 14 vezes por semana

19. Consumo de vegetais

- 19.1 Não come   
19.2 Come algumas vezes   
19.3 Todos os dias uma vez   
19.4 Come 14 vezes por semana

20. Consumo de frutas

- 20.1 Não come   
20.2 Come algumas vezes   
20.3 Todos os dias uma vez   
20.4 Come 14 vezes por semana

21. Quais os alimentos que evita? -----

22. Quem prepara as refeições?

- 22.1 Próprio   
22.2 Familiar   
22.3 Outro

23. Introdução do leite ?

- 23.1 Sim   
23.2 Não

24. Após introdução do leite:

- 23.1 É intolerante   
23.2 Não intolerante

25. Introdução do Arobon?

- 25.1 Sim   
25.2 Não

26. Resultados do Arobon :

- 26.1 Muito bom   
26.2 Razoável   
26.3 Mau

A preencher pelo médico do doente.

27. Estado geral do doente:

- 27.1 Bom
- 27.2 Razoável
- 27.3 Mau

## PREPARAÇÃO DO IOGURTE

Um litro de leite; boiões de iogurte; uma colher de sopa de leite em pó.

Leve o leite ao lume e deixe ferver durante 5 minutos. Retire do lume e deixe arrefecer até 45°C.

Entretanto, misture o leite em pó com o iogurte.

Quando o leite estiver à temperatura que se indicou junte-lhe o iogurte. Mexa e distribua por boiões, previamente escaldados e escorridos.

Coloque os boiões numa panela de pressão com o fundo coberto de água quente.

Feche o recipiente, envolva-o numa manta e coloque sobre uma tábua de cozinha durante 4 a 5 horas.

Retire os boiões da panela, tape-os e guarde no frigorífico. Utilize somente 12 horas depois.

Não será difícil preparar os iogurtes em casa, se tivermos presente que os fermentos que se encontram no iogurte têm que dispôr de temperatura necessária ao seu desenvolvimento. A mesma temperatura é também favorável à proliferação dos bons bacilos Búlgaros.

Esta temperatura, entre 45° C a 50° C reconhece-se com o auxilio de um termómetro ou introduzindo um dedo no leite. Deve sentir quente sem queimar.

\* Se quiser preparar iogurte de frutas, deite uma colher de sobremesa de doce, antes de preencher os boiões com o leite.

Este inquérito tipo foi dividido em 4 módulos :

**Modulo I** - 1º inquérito Doentes . Perguntas nº :

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27.

**Modulo II** - 1º inquérito Portadores. Perguntas nº :

1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 27.

**Modulo III** - 2º inquérito <sup>Doentes</sup> Portadores. Perguntas nº :

1, 2, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

**Modulo IV** - 2º inquérito Portadores. Perguntas nº :

1, 2, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 27.

