

GO 01/2019 // GUIA ORIENTADOR

# IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS/UNIDADES/NÚCLEOS DE NUTRIÇÃO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

## TÍTULO

. GO 001/2019 – Implementação dos Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde

## AUTORES

. Ordem dos Nutricionistas

## LOCAL

. Ordem dos Nutricionistas, Porto

## VERSÃO E DATA DE PUBLICAÇÃO

. Versão 01, julho de 2019

## REVISÕES

. Data de revisão prevista para o ano de 2022

## UTILIZADORES

. Nutricionistas

## COMO CITAR OU REFERENCIAR

. Ordem dos Nutricionistas. Guia Orientador “Implementação dos Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde”. GO 001/2019. Versão 01. Porto: Departamento da Qualidade, Ordem dos Nutricionistas; 2019. Disponível em: [www.ordemdosnutricionistas.pt](http://www.ordemdosnutricionistas.pt)

# ÍNDICE

<b>OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>ENQUADRAMENTO</b>	<b>6</b>
<b>PRINCÍPIOS ORIENTADORES</b>	<b>11</b>
<b>SERVIÇO/UNIDADE/NÚCLEO DE NUTRIÇÃO NO SNS</b>	<b>12</b>
I. MISSÃO	12
II. FINALIDADE	12
III. COMPETÊNCIAS	12
IV. INSTRUMENTOS DE GESTÃO	15
V. RÁCIOS:	15
VI. OPERACIONALIZAÇÃO	15
1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	16
1.1. COMPOSIÇÃO	16
1.2. ORGANIZAÇÃO	16
1.3. FUNÇÕES DO COORDENADOR	17
2. CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES	19
2.1. COMPOSIÇÃO	19
2.2. ORGANIZAÇÃO	19
2.3. FUNÇÕES DO DIRETOR	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>22</b>

# OBJETIVOS

O presente Guia tem como seus objetivos fundamentais:

1. Definir o modelo de organização e de funcionamento dos Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde (SNS) previstos no Despacho n.º 6556/2018, de 4 de julho de 2018;
2. Identificar os princípios orientadores, bem como as competências, a autonomia e as responsabilidades dos Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição no SNS.

# DIVULGAÇÃO

O presente Guia irá ser divulgado através de:

- A. *Website* da Ordem dos Nutricionistas;
- B. *E-mail* para todos os membros da Ordem dos Nutricionistas;
- C. Todas as instituições do SNS.

# ENQUADRAMENTO

A alimentação saudável é a base do bem-estar humano (1), sendo reconhecida como elemento decisivo para a saúde dos indivíduos, com influência direta no bem-estar físico e psicológico (2) e determinante para a promoção e manutenção da saúde, ao longo de todo o ciclo de vida. Existe evidência científica forte que relaciona a alimentação com o aumento do risco de hipertensão arterial, certos tipos de cancro, diabetes tipo 2, acidente vascular cerebral e doença coronária, afetando indivíduos de todos os países e estratos socioeconómicos (2, 3), sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis relacionados com o desenvolvimento de doenças crónicas (2). Numa população cada vez mais envelhecida em Portugal e com o aumento da esperança média de vida, sabe-se que esta franja da população é portadora de doença crónica múltipla, decorrente do cenário demográfico e epidemiológico existente no nosso País.

Numa recente revisão sistemática que do Estudo Global Burden of Diseases, registou que globalmente em 2017, os fatores de risco alimentares foram responsáveis por 11 milhões de mortes (22%) e 255 milhões de anos de vida saudáveis perdidos na população adulta (15%). Uma alimentação inadequada é responsável por um número mais elevado de mortes, comparativamente a outros riscos, incluindo fumo do tabaco (4). A melhoria dos hábitos alimentares poderá prevenir 1 em cada 5 mortes a nível global. Os maus hábitos alimentares afetam as populações independentemente da sua idade, género e características sociodemográficas do seu país (4).

Em Portugal, em 2017, mais de 70% das mortes em Portugal foram devidas a doenças crónicas, representando as doenças do aparelho circulatório a principal causa de mortalidade no país (29,4% da mortalidade total) seguido dos tumores malignos (25,5% da mortalidade total), das doenças do aparelho respiratório (11,6% da mortalidade total) e das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,9% da mortalidade total) (5). As doenças crónicas são também as que mais contribuem para a carga global da doença (expressa em DALY - Disability Adjusted Life Year) representando 86% dos anos de vida perdidos totais no país (6). Segundo dados da Direção-Geral da Saúde, obtidos no âmbito dos resultados de 2015 do Estudo Global Burden of Diseases, os hábitos alimentares são o fator de risco com maior contribuição para a carga da doença (expressa em DALY - Disability Adjusted Life Year), contribuindo com 15,8% para o total de anos de vida saudável perdidos pela população Portuguesa (6). Concomitantemente com os hábitos alimentares inadequados outros fatores de risco, que são do mesmo modo passíveis de ser modificados, como a hipertensão arterial, fumo de tabaco, índice de massa corporal elevado, glicose plasmática em jejum aumentada, consumo de álcool e drogas, colesterol total elevado, riscos ocupacionais, taxa de filtração glomerular baixa e baixo nível de atividade física, representam cerca de 90% do total de anos de vida saudável perdidos (Figura 1) (6).

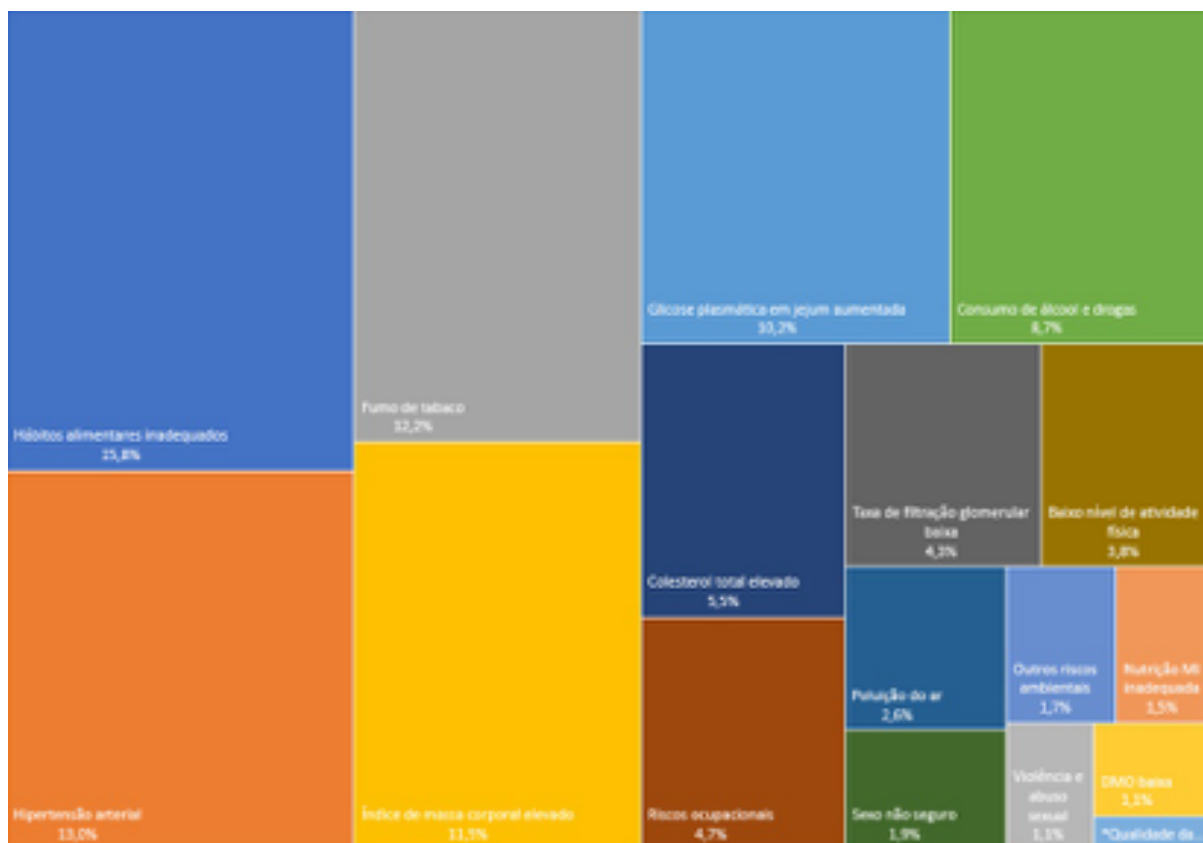


Figura 1. Fatores de risco para a carga global de doença (DALY em %), ambos os sexos, Portugal, 2015.

[Adaptado de DGS, 2017 (6)]. DMO, densidade mineral óssea; MI, materna e infantil.

De acordo com o mesmo estudo e de entre os componentes dos hábitos alimentares inadequados, o excesso de consumo de sódio e a insuficiente ingestão de fruta, cereais integrais, frutos oleaginosos e sementes e vegetais são os que mais contribuem para a carga global de doença. Em 2015, estima-se que 77 mil anos de vida saudável potencialmente perdidos pela população Portuguesa foram atribuídos ao consumo excessivo de sódio dos quais 72% encontram-se associados as doenças do aparelho circulatório e 21% as neoplasias.

Em Portugal, a melhoria dos hábitos alimentares poderia poupar mais de 233.000 anos de vida (4).

Além de ser considerada uma doença, a obesidade constitui igualmente um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas. O segundo inquérito alimentar nacional e de atividade física (IAN-AF) (7) foi estimado que:

- 5,9 Milhões de portugueses têm excesso de peso;
- 8 em cada 10 idosos apresentam excesso de peso;
- Os indivíduos menos escolarizados apresentam, maior prevalência de excesso de peso e de obesidade abdominal.

Os estilos de vida influenciam a saúde individual ao longo de todo o percurso de vida dos indivíduos, merecendo especial atenção as faixas etárias mais jovens. No âmbito do estudo WHO European Childhood Obesity

Surveillance Initiative (COSI), tem monitorizado, desde 2008, a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças dos 6 aos 8 anos de idade. Em 2016, cerca de 30,7% e 11,7% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente. Apesar, de Portugal continuar a ser um dos países europeus com níveis de obesidade mais elevados, verificou-se uma tendência decrescente na prevalência de excesso de peso e obesidade entre 2008 e 2016 (excesso de peso: de 37,9% para 30,7% e obesidade: de 15,3% para 11,7%) (8).

A par da prevalência de excesso de peso e obesidade no nosso País, importa ainda salientar com base nos resultados do IAN-AF 2015-2016, 10,1% das famílias em Portugal experimentaram insegurança alimentar, ou seja, tiveram dificuldade, durante este período, de fornecer alimentos suficientes a toda a família, devido à falta de recursos financeiros. Adicionalmente 2,6% destas famílias, indicaram experimentar insegurança alimentar moderada ou grave, durante este período, referindo a alteração dos seus hábitos alimentares habituais, e a redução do consumo de alimentos, em muito casos alimentando-se com poucos alimentos ou até mesmo que “sentiram fome mas não comeram por falta de dinheiro para adquirir alimentos” (7). Em Portugal coexistem, deste modo, situações de excessos e de carências alimentares, que se repercutem nos indicadores de saúde da população.

Nas últimas décadas, o estudo da associação entre a alimentação e as doenças crónicas tem sido extensamente explorada. De acordo com a evidência, globalmente padrões alimentares caracterizados pelo maior consumo de alimentos minimamente processados como a fruta, frutos oleaginosos/sementes, hortícolas, leguminosas e cereais integrais, e menor consumo de carnes vermelhas, carnes processadas e alimentos ricos em cereais refinados, amido e açúcares adicionados estão associados com o menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro e diabetes (9, 10).

Neste paradigma enquadra-se o padrão alimentar do tipo mediterrânico tradicionalmente praticado pela população do sul da Europa (11). A Dieta Mediterrânica é a expressão de diferentes culturas alimentares tradicionais e de estilo de vida, representando um mosaico histórico e ambiental próprio da região mediterrânica (12). A 4 de dezembro de 2013 a Dieta Mediterrânica foi reconhecida pela United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) como Património Cultural Imaterial da Humanidade de Portugal, Espanha, Marrocos, Itália, Grécia, Chipre e Croácia (13). A Dieta Mediterrânica é caracterizada pelo consumo elevado de produtos hortícolas, fruta, frutos oleaginosos, cereais integrais, utilização de azeite como fonte principal de gordura adicionada, consumo moderado de pescado, aves e produtos lácteos (iogurte e queijo), ovos e vinho, e baixo consumo de carnes vermelhas. A Dieta Mediterrânica é um dos padrões alimentares mais estudados e a evidência têm demonstrado efeitos benéficos deste tipo de padrão alimentar na diminuição de diversos fatores de risco para as doenças crónicas como por exemplo, pressão arterial elevada, alteração da homeostasia da glicose-insulina, aumento dos lípidos do sangue e lipoproteínas, inflamação e diminuição da função endotelial (11). Dinu M. et al (11) efetuaram uma revisão que incluiu os resultados de 13 meta-análises de estudos observacionais e de 16 meta-análises de ensaios clínicos randomizados sobre a associação da adesão a Dieta Mediterrânica e 37 resultados de saúde, para uma população total maior de que 12 800 000 indivíduos. De acordo com este estudo, existe evidência forte sobre a associação entre a maior adesão a Dieta Mediterrânica e a diminuição do risco de mortalidade, doenças cardiovasculares, doença coronária, enfarte do miocárdio, incidência de cancro em geral, doenças neurodegenerativas e diabetes.



Além disso, as meta-análises dos ensaios clínicos randomizados demonstraram que os sujeitos alocados no grupo da Dieta Mediterrânica tinham, comparativamente com os sujeitos do grupo controlo, melhores parâmetros antropométricos, metabólicos e inflamatórios.

Contudo, os portugueses parecem estar cada vez mais distantes dos princípios do padrão alimentar mediterrânico e das recomendações alimentares para a população portuguesa (7). Dados recentes sobre os hábitos alimentares dos Portugueses, no âmbito do IAN-AF, revelam resultados preocupantes. Considerando as recomendações da Roda dos Alimentos os portugueses estão a consumir mais alimentos de origem animal, em detrimento de alimentos de origem vegetal.

Adicionalmente, mais de metade da população portuguesa (56%) não cumpre a recomendação da Organização Mundial da Saúde de consumir mais de 400g/dia de fruta e produtos hortícolas (equivalente a 5 ou mais porções diárias). A inadequação é superior nas crianças e nos adolescentes, dos quais 72% e 78% não cumprem as recomendações (7). Mais de 2,2 milhões de portugueses têm um consumo de carne vermelha superior a 100g/dia, para o qual está associado maior risco de cancro do colón (7). O consumo diário de refrigerantes ou néctares ( $\geq 220$  g/dia) é de 18%, sendo esta prevalência superior nos adolescentes (42%, 34% nas raparigas e 51% nos rapazes). Nos adolescentes que bebem refrigerantes, 25% bebe aproximadamente dois refrigerantes por dia (7). Além disso, 76,4% da população apresentam uma ingestão de sódio acima do nível máximo recomendado e 5% dos idosos ( $\geq 65$  anos) bebe mais de um litro de bebidas alcoólicas diariamente (7).

No que concerne à desnutrição, verifica-se que o risco nutricional dos pacientes no momento de admissão hospitalar é bastante elevado, entre 28,5% e 47,3%, com 6,3% a 14,9% dos pacientes em situação de desnutrição (14). Os mesmos autores verificaram ainda que as doenças relacionadas com a desnutrição poderão representar um aumento de 19,3% dos custos em saúde (15) podendo assim ser um preditor dos custos associados à hospitalização, aumentando-os entre 19% e 29%, bem como o aumento do número de dias de internamento (16). Embora a desnutrição associada à doença não seja genericamente tratada como uma questão “de segurança do doente”, o seu impacto poderá requerer medidas nacionais no SNS melhorando outcomes, prevenindo readmissões e reduzindo os custos (17). Em Portugal, a inexistência de menções à desnutrição nos processos clínicos é frequente, pelo que a ausência do rastreio da desnutrição leva a que os doentes não sejam diagnosticados e atempadamente tratados.

São várias as recomendações de sociedades científicas internacionais e as resoluções do Comité de Ministros do Conselho da Europa (18), que visam o rastreio da desnutrição e de outras situações relacionadas com a alteração do estado nutricional e com o início precoce da terapia nutricional. A implementação de um rastreio nutricional foi considerada de elevada pertinência, pelo que em 2018 é publicado o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (19) que prevê a implementação nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de uma estratégia com o objetivo de combater a desnutrição hospitalar e promover a recuperação dos doentes e a sua qualidade de vida através da aplicação de ferramentas de identificação do risco nutricional.

Dada a importância que a nutrição assume na prevenção e no tratamento da doença, é fundamental garantir a eficácia da sua intervenção em todas as vertentes de atuação. Existe evidência de que a intervenção nutricional está igualmente associada a uma melhor saúde mental e física, estado nutricional e qualidade de vida. As estratégias de prevenção, promoção e intervenção nutricional dirigidas às populações têm impactos muito positivos aos níveis social e da saúde e, para além disso, podem ter um impacto económico que se repercute na redução de custos associados aos sistemas da segurança social e de cuidados de saúde. De modo geral, a revisão da literatura científica disponível sobre intervenções dirigidas às populações conclui que existem elevados retornos no investimento em Nutricionistas, nomeadamente, para o SNS. Face à amplitude das áreas de atuação, a Nutrição deve posicionar-se SNS de forma estruturada e interligada entre os diferentes níveis de Serviços prestados, configurando um Serviço de Nutrição (20).

Neste sentido, o Despacho n.º 6556/2018 de 4 de julho de 2018 (20) do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, vem determinar que o modelo de organização e funcionamento da Nutrição em Núcleos/Unidades/Serviços de Nutrição no SNS deve basear-se no princípio da autonomia científica, técnica e funcional e na colaboração interdisciplinar e interprofissional centrada no utente e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações.

A organização de um Serviço determina a existência de objetivos comuns, com tarefas orientadas e metas definidas.

A intervenção dos Nutricionistas é transversal em relação a diversas especialidades médicas e cirúrgicas que integram o SNS nos diferentes níveis de cuidados, dada a relevância do estado nutricional na avaliação diagnóstico, tratamento e reabilitação da maioria dos problemas de saúde e, também, porque todos os cidadãos têm direito ao acesso a cuidados nutricionais, particularmente tendo em vista a promoção do seu bem-estar e autonomia enquadrados em estilos e hábitos de vida saudáveis.

A especificidade das intervenções nutricionais, associada às necessidades e direitos dos cidadãos, implica a existência de Serviços/Unidades/Núcleos de Nutrição com autonomia científica, técnica e funcional. Esta solução organizativa gere e evita o conflito de interesses, na medida em que a autonomia em relação a outra(s) unidade(s)/Serviço(s) garante, por si, uma distribuição e utilização equitativa e racional dos recursos pelos diferentes domínios de intervenção, contratualizando Serviços de nutrição a nível interno (com os diferentes Serviços e/ou unidades nos diferentes Serviços de saúde) e avaliando o resultado das ações.

# PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Com a finalidade de facilitar a organização da Nutrição no SNS, a Ordem dos Nutricionistas assenta este Guia em 15 princípios orientadores:

1. Assegurar adequadas qualificações e competências dos Nutricionistas no SNS;
2. Garantir a adequabilidade do perfil de competências afetas a cada área;
3. Salvaguardar e sublinhar o contributo diferenciador e identitário da profissão de Nutricionista e da Nutrição, enquanto área de intervenção inserida em equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde de excelência;
4. Contribuir para a gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos e materiais;
5. Promover uma adequada articulação entre os Nutricionistas do Serviço/Unidade/Núcleo, por forma a harmonizar procedimentos e intervenções;
6. Promover e garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e Serviços prestados;
7. Uniformizar e compatibilizar os registos específicos da Nutrição;
8. Participar e contribuir para dinâmicas institucionais e interinstitucionais de promoção científica da Nutrição e de desenvolvimento da profissão;
9. Participar e contribuir para dinâmicas institucionais transversais de ação, organização e planeamento, nomeadamente na articulação com parceiros da comunidade e setores externos à saúde, com especial destaque para a humanização dos cuidados de saúde;
10. Delinear/adotar protocolos e programas de intervenção inovadores de acordo com a evidência científica e as melhores práticas;
11. Apoiar a monitorização da intervenção nutricional através da implementação de indicadores e avaliação de resultados e da satisfação dos utentes e dos profissionais;
12. Fomentar e desenvolver a supervisão, autocuidado e formação profissional contínua dos Nutricionistas;
13. Agilizar e promover a articulação inter pares entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, em prol do melhor interesse dos utentes;
14. Valorizar a participação em atividades de docência, investigação e formação;
15. Garantir o cumprimento dos normativos éticos e deontológicos legalmente vigentes para o exercício da profissão de Nutricionista.

# SERVIÇO/UNIDADE/NÚCLEO DE NUTRIÇÃO NO SNS

## I. MISSÃO

O Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição tem por missão desenvolver funções de análise, diagnóstico, orientação, intervenção e monitorização da alimentação e nutrição, quanto à sua adequação, qualidade, segurança e sustentabilidade, em indivíduos ou em grupos, na comunidade ou em instituições, tendo por objetivo máximo a promoção da saúde e do bem-estar e a prevenção e tratamento da doença, de acordo com a evidência científica, em constante evolução.

## II. FINALIDADE

- Estruturar um Serviço/Unidade/Núcleo competente para garantir a otimização da alimentação e da nutrição do utente dos serviços de saúde obtendo assim ganhos em saúde;
- Rentabilizar recursos, através da centralização funcional dos Nutricionistas, e promover uma intervenção nutricional integrada, por via da uniformização de procedimentos e de boas práticas.

## III. COMPETÊNCIAS

Em cada instituição do SNS (ACeS, Hospital/Centro Hospitalar ou Unidade Local de Saúde) deve existir um Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição que integre todos os nutricionistas, e que deve dispor de uma equipa técnica própria, composta por nutricionistas, podendo integrar outros profissionais.

Compete ao Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição intervir nas áreas da nutrição clínica, nutrição comunitária e saúde pública, planeamento e gestão da alimentação e nutrição institucional, ensino, formação, investigação e assessoria científica.

Assim, compete em geral ao Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição, nos diferentes níveis de cuidados na saúde, entre outras:

- Avaliar, analisar e estudar os dados em saúde e desequilíbrios alimentares geradores de doença na comunidade ou em grupos populacionais determinados;
- Intervir e corrigir erros alimentares identificados;
- Realizar a avaliação, diagnóstico e estudo nutricional de indivíduos, grupos ou comunidades;
- Elaborar pareceres e relatórios técnico-científicos;
- Desenvolver e participar em programas de educação para a saúde e, em geral, de saúde pública, no domínio da educação alimentar;
- Colaborar nas ações comunitárias que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença, nomeadamente as relacionadas com os desequilíbrios alimentares e nutricionais;
- Prestar aconselhamento nutricional individual ou coletivo;
- Garantir a prestação de cuidados assistenciais de nutrição elaborando o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e alimentares e instituir/prescrever a terapêutica nutricional;
- Identificar o risco nutricional e avaliar o estado nutricional de um indivíduo ou de uma determinada comunidade e prescrever a terapêutica nutricional mais adequada, incluindo a nutrição artificial;
- Acompanhar, monitorizar e adaptar a terapêutica nutricional prescrita;
- Realizar consultas de nutrição que visam obter a otimização nutricional dos utentes de acordo com a sua condição patológica e/ou sintomatologia associada;
- Elaborar material educacional destinado a utentes, suas famílias ou grupos populacionais;
- Contribuir para a literacia em saúde, e em particular para a literacia nutricional,
- Identificar, e propor a aquisição, de equipamento e instrumentos de trabalho específicos da nutrição, devidamente adaptados e validados para a população portuguesa;
- Responsabilizar-se pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico e dos instrumentos específicos da nutrição;
- Desenvolver e/ou participar em projetos de investigação;
- Identificar, planear e contratualizar a prestação de cuidados de nutrição com as outras unidades ou Serviços da instituição para todas as prestações de Serviços a efetuar pelos Nutricionistas;
- Organizar e participar na formação pré e pós-graduada de Nutricionistas e outros profissionais de saúde;
- Desenvolver ações de sensibilização e informação aos utentes sobre nutrição e acesso a estes cuidados;
- Colaborar com os órgãos de direção, administração e gestão da instituição em que se inserem e contribuir para a melhoria contínua das organizações onde se inserem;
- Integrar comissões técnicas, grupos de trabalho de âmbito institucional, nomeadamente comissões de ética para a saúde.

A estas acrescentam nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente as seguintes:

- Implementar programas nacionais, regionais e locais de promoção da alimentação saudável, nomeadamente o Programa Nacional da Promoção da Alimentação Saudável;
- Desenvolver atividades de saúde comunitária devidamente enquadradas no Plano Local de Saúde;
- Articular com as equipas multidisciplinares das Unidades de cuidados na comunidade (UCC), nomeadamente no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e dos projetos de saúde escolar entre outros;
- Participar nos projetos de saúde pública no âmbito das ciências da nutrição em colaboração com a Unidade de saúde pública (USP).

Nos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) acrescentam, nomeadamente, as seguintes:

- Participar em comissões de seleção de alimentos adaptados, produtos de nutrição entérica e parentérica;
- Integrar comissões técnicas ou integrar júris de concursos no processo de contratação da prestação de serviços de alimentação;
- Participar no planeamento e gestão dos serviços de fornecimento alimentar;
- Elaboração e atualização do manual de dietas;
- Monitorizar o cumprimento do caderno de encargos estabelecido com a empresa de restauração coletiva concessionada;
- Verificar e realizar auditorias aos fornecedores de produtos, empresas que forneçam alimentos pré-preparados ou já confeccionados, equipamentos e utensílios que interfiram com a qualidade nutricional e a segurança alimentar;
- Avaliar o grau de satisfação dos utentes em relação à alimentação fornecida.

Nas Unidades Locais de Saúde (ULS) os Serviços de Nutrição prestam serviços assistenciais e de consultoria, quer às unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) - Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), USF, UCC e USP - quer aos departamentos e serviços assistenciais no âmbito dos cuidados hospitalares. As competências do Serviço de Nutrição nas ULS são os supramencionados, quer no que respeita aos CSP quer no que respeita aos CSH, com afetação de recursos pelos diferentes níveis de resposta e de acordo com a especificidade da intervenção prevista para os mesmos.

## IV. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

- Regulamento interno
- Plano anual de ação
- Relatório de atividades
- Manual de articulação (com os diferentes protocolos)
- Orientações de boas práticas de:
- Avaliação
- Intervenção
- Relatórios e informações
- Manual de qualidade
- Manual de acolhimento
- Carta de compromisso

## V. RÁCIOS

- 1 nutricionista para cada 20.000 utentes no caso dos CSP ou em função da carteira básica de serviços do nutricionista nos CSP
- 1 nutricionista para cada 50 camas de hospitais oncológicos e centrais
- 1 nutricionista para 75 camas nos restantes hospitais
- 1 nutricionista em cada estrutura de Unidade de Cuidados Continuados a tempo total ou parcial, adequando à dimensão e vulnerabilidade dos utentes.

## VI. OPERACIONALIZAÇÃO

O modelo de organização da prestação de cuidados na área da nutrição no SNS e a operacionalização das várias intervenções no contexto das suas competências permite, nomeadamente:

- Uma maior rentabilização e otimização dos recursos humanos e materiais;
- A uniformização dos procedimentos, a normalização da informação;
- A garantia de um registo clínico adequado no âmbito dos sistemas de informação.

Em cada instituição do SNS - ACES, Hospital, Centro Hospitalar ou ULS - deverá existir apenas um Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição que integra todos os nutricionistas. Cada Serviço/Unidade/Núcleo de Nutrição deve dispor duma equipa técnica própria, composta por nutricionistas, sendo dirigido por um Nutricionista.

# 1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De acordo com o Decreto de lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, os Nutricionistas integram as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), prestando serviços assistenciais e de consultoria em articulação com as restantes unidades funcionais do ACeS, e organiza ligações aos serviços hospitalares, numa perspetiva de cuidados de saúde integrados.

A sua organização em Núcleos de Nutrição deve basear-se no princípio da autonomia científica, técnica e funcional e na colaboração interdisciplinar e interprofissional centrada na pessoa e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações, conforme disposto no Despacho n.º 6556/2018, de 4 de julho de 2018.

## 1.1. COMPOSIÇÃO

- O Núcleo de Nutrição é composto por todos os Nutricionistas;
- Havendo estagiários, independentemente da sua tipologia, estes deverão estar sempre afetos ao Núcleo;
- O Núcleo de Nutrição será dirigido por um Nutricionista, membro efetivo da Ordem dos Nutricionistas, com pelo menos cinco anos de experiência profissional, designado de coordenador;
- O coordenador deverá ser eleito pelos pares tendo em consideração as competências técnicas e científicas, capacidade de planeamento, gestão, organização e qualidade de liderança consideradas adequadas ao desempenho da função, com a missão de planear e dirigir toda a atividade do Serviço, bem como assegurar a eficaz utilização dos recursos postos à sua disposição.

## 1.2. ORGANIZAÇÃO

- O Núcleo de Nutrição deverá ser um órgão autónomo, hierarquicamente dependente do Diretor Executivo e do Coordenador da URAP, constituindo um serviço transversal a todo o ACeS;
- Compete ao Núcleo de Nutrição intervir nas áreas da nutrição clínica, nutrição comunitária e saúde pública, ensino, formação, investigação e assessoria científica, de acordo com os objetivos do ACeS;
- A definição do trabalho a realizar com as Unidades Funcionais deve ser decidida, organizada e protocolada pelo Núcleo de Nutrição em articulação com o Diretor Executivo e com o coordenador da URAP;
- Compete ao Núcleo de Nutrição a definição dos objetivos e monitorização do seu cumprimento no âmbito do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- O coordenador do Núcleo de Nutrição integra por inerência o Conselho Técnico da URAP;
- O Núcleo de Nutrição deve reunir em instalações disponibilizadas pelo ACeS com uma periodicidade mínima mensal;
- As necessidades de equipamento devem ser mapeadas anualmente, para garantir o melhor Serviço dos profissionais do Núcleo.



### 1.3. FUNÇÕES DO COORDENADOR

- Representar o Núcleo, quer interna quer externamente;
- Elaborar os planos de atividades anuais para contratualização das atividades/projetos a desenvolver e sua integração no Plano de Ação da URAP;
- Elaborar os relatórios de atividades anualmente desenvolvidas pelo Núcleo;
- Analisar e avaliar em articulação com a equipa que coordena, os desvios verificados face à atividade esperada, corrigindo-os ou propondo ações de melhoria;
- Assegurar todo o processo de avaliação de desempenho dos Nutricionistas, nomeadamente na definição dos objetivos e monitorização do seu cumprimento no âmbito do SIADAP;
- Assegurar a adequação, qualidade, eficácia e eficiência técnica e científica dos trabalhos prestados pelo Serviço;
- Gerir de forma adequada os recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;
- Estabelecer políticas de articulação com as restantes Unidades Funcionais do ACeS e Serviços Hospitalares, nomeadamente na melhoria dos processos transversais e no estabelecimento de protocolos de atuação e prescrição;
- Garantir, sempre que possível, a circulação interna da informação;
- Propor a celebração de protocolos de colaboração e de contratos de prestação de Serviços com instituições, públicas e privadas, no âmbito das suas atividades;
- Integrar o Conselho Técnico da URAP;
- Coordenar as atividades de formação e investigação do Núcleo;
- Promover um espírito de partilha de terminologia científica comum a ser adotada pelos elementos do serviço, contribuindo para uma melhoria da comunicação;
- Implementar os princípios da governação clínica e de saúde na nutrição, nomeadamente: basear as intervenções na melhor evidência científica disponível, monitorizar e auditar a efetividade das intervenções, promover a investigação, desenvolver o trabalho em equipa e promover a formação profissional contínua dos nutricionistas;
- Impulsionar a monitorização, recolha e análise de indicadores epidemiológicos, estatísticos e de qualidade que permitam a avaliação e planeamento de ações a desenvolver;
- Colaborar com a Coordenação da URAP, Conselho Clínico e/ou Direção Executiva na resolução dos problemas identificados na respetiva área da saúde, em função das necessidades;
- Promover a comunicação de dados em saúde no âmbito das ciências da nutrição às autoridades, dirigentes e população;
- Gerir de forma adequada os equipamentos necessários, incluindo a proposta de aquisição e garantia de manutenção, para a execução do serviço;
- Representar todos os Nutricionistas junto à Coordenação da URAP, Conselho Clínico e Direção Executiva;
- Participar nos processos de seleção e recrutamento de Nutricionistas;
- Gerir os protocolos com as outras unidades funcionais;
- Colaborar no processo de gestão de férias dos Nutricionistas;
- Gerir, no que compete à Nutrição, os Planos de Cuidados Integrados.

## 2. CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Conforme disposto no Despacho n.º 6556/201, de 4 de julho de 2018, a organização em Serviços de Nutrição Hospitalares deve basear-se no princípio da autonomia científica, técnica e funcional e na colaboração interdisciplinar e interprofissional centrada na pessoa e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações.

O Serviço de Nutrição deverá desenvolver a sua ação em articulação com os demais serviços hospitalares.

### 2.1. COMPOSIÇÃO

- O Serviço de Nutrição é composto por todos os Nutricionistas, podendo integrar outros profissionais, quando aplicável;
- Havendo estagiários, independentemente da sua tipologia, estes deverão estar sempre afetos ao Serviço;
- O Serviço de Nutrição será dirigido por um Nutricionista, membro efetivo da Ordem dos Nutricionistas, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração as competências técnicas e científicas, capacidade de planeamento, gestão, organização e qualidade de liderança consideradas adequadas ao desempenho da função, com a missão de planear e dirigir toda a atividade do Serviço, bem como assegurar a eficaz utilização dos recursos postos à sua disposição.

### 2.2. ORGANIZAÇÃO

- O Serviço de Nutrição deverá ser um órgão autónomo, hierarquicamente dependente do Diretor Clínico constituindo um Serviço de apoio técnico transversal a toda a instituição;
- Compete ao Serviço de Nutrição intervir nas áreas da nutrição clínica, nutrição comunitária e saúde pública, ensino, formação, investigação e assessoria científica, de acordo com os objetivos do Hospital, do Centro Hospitalar ou da Unidade Local de Saúde;
- Compete ao Serviço de Nutrição a definição dos objetivos e monitorização do seu cumprimento no âmbito do SIADAP;
- O Diretor do Serviço de Nutrição integra por inerência as comissões de apoio técnico relacionadas com a nutrição e a alimentação, podendo delegar noutro nutricionista;
- O Serviço de Nutrição deve reunir com uma periodicidade mínima mensal;
- As necessidades de equipamento devem ser mapeadas anualmente, para garantir o melhor Serviço.

## 2.3 FUNÇÕES DO DIRETOR

- Representar o serviço, quer interna quer externamente;
- Elaborar os planos de atividades anuais para contratualização de indicadores e das atividades/projetos a desenvolver e a sua negociação com o Conselho de Administração;
- Elaborar os relatórios de gestão das atividades anualmente desenvolvidas pelo Serviço;
- Analisar e avaliar em articulação com a equipa que coordena, os desvios verificados face à atividade esperada e às verbas orçamentadas, corrigindo-os ou propondo ao Conselho de Administração ações de melhoria;
- Desenvolver e manter um sistema de controlo eficaz, destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e a fiabilidade do sistema de informação, os requisitos legais, regulamentares e normativos aplicáveis, assim como a monitorização dos objetivos globais definidos;
- Assegurar a adequação, qualidade, eficácia e eficiência técnica e científica dos trabalhos prestados pelo Serviço;
- Gerir de forma adequada os recursos humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos profissionais, dentro dos parâmetros estabelecidos;
- Manter a disciplina do Serviço, assegurando o cumprimento integral por todo o pessoal, independentemente do seu regime de trabalho, orientando a atividade para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e da equipa;
- Desenvolver e aplicar programas de gestão da qualidade e da produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos Serviços;
- Estabelecer políticas de articulação com os restantes Serviços, nomeadamente na melhoria dos processos transversais e no estabelecimento de protocolos de atuação e prescrição;
- Garantir, sempre que possível, a partilha do sistema de informação entre os diferentes níveis de cuidados;
- Garantir, sempre que possível, a circulação interna da informação dos utentes entre os diferentes Serviços e níveis de cuidados, centrada no processo único do utente;
- Propor a celebração de protocolos de colaboração e de contratos de prestação de Serviços com instituições, públicas e privadas, no âmbito das suas atividades;
- Praticar uma política de informação interna, que permita aos colaboradores conhecer o funcionamento do Serviço e da instituição, bem como as políticas emanadas pelo Conselho de Administração;
- Coordenar as atividades de formação e investigação do Serviço;
- Gerir ou, se aplicável, participar no planeamento e gestão dos serviços de fornecimento alimentar em articulação com o serviço de gestão hoteleira;
- Garantir a monitorização do cumprimento do caderno de encargos estabelecido com a empresa de restauração coletiva concessionada sempre que aplicável;
- Promover um espírito de partilha de terminologia científica comum a ser adotada pelos elementos do serviço, contribuindo para uma melhoria da comunicação;
- Implementar os princípios da governação clínica e de saúde na nutrição, nomeadamente: basear as intervenções na melhor evidência científica disponível, monitorizar e auditar a efetividade das intervenções, promover a investigação, desenvolver o trabalho em equipa e promover a formação profissional contínua dos nutricionistas;

- Impulsionar a monitorização, recolha e análise de indicadores epidemiológicos, estatísticos e de qualidade que permitam a avaliação e planeamento de ações a desenvolver;
- Colaborar com os vários níveis da administração na resolução dos problemas identificados na respetiva área da saúde, em função das necessidades;
- Promover a comunicação de dados em saúde no âmbito das ciências da nutrição às autoridades, dirigentes e população;
- Gerir de forma adequada os equipamentos necessários, incluindo a proposta de aquisição e garantia de manutenção, para a execução do serviço.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Food Policy Research Institute. Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2014.
2. World Health Organization, Food and Agriculture Organization. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. Geneva; 2003. Report No.: 916.
3. World Health Organization. World health statistics 2012 Geneva: World Health Organization; 2012.
4. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet (London, England). 2019;393(10184):1958-72.
5. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística 2017.
6. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
7. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016 2017 [Available from: [https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados\\_3.pdf](https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_3.pdf)].
8. Rito A, Sousa RCd, Mendes S, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017. Report No.: 9898794437.
9. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. Circulation. 2016;133(2):187-225.
10. Fardet A, Boirie Y. Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/meta-analyses and systematic reviews. Nutr Rev. 2014;72(12):741-62.

11. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr.* 2017.
12. Dernini S, Berry EM. Historical and Behavioral Perspectives of the Mediterranean Diet. In: Romagnolo DF, Selmin OI, editors. *Mediterranean Diet: Dietary Guidelines and Impact on Health and Disease.* Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 29-41.
13. UNESCO. Eighth Session of the Intergovernmental Committee (8.COM) – from 2 to 7 December 2013. Baku, Azerbaijan 2013.
14. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. [Nutritional status recording in hospitalized patient notes]. *Acta medica portuguesa.* 2007;20(6):503-10.
15. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazare M, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland).* 2007;26(6):778-84.
16. Guerra RS, Sousa AS, Fonseca I, Pichel F, Restivo MT, Ferreira S, et al. Comparative analysis of undernutrition screening and diagnostic tools as predictors of hospitalisation costs. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association.* 2016;29(2):165-73.
17. Guenter P, Jensen G, Patel V, Miller S, Mogensen KM, Malone A, et al. Addressing Disease-Related Malnutrition in Hospitalized Patients: A Call for a National Goal. *Joint Commission journal on quality and patient safety.* 2015;41(10):469-73.
18. Europeia C. Resolution ResAP (2003) 3 on food and nutritional care in hospitals. 2003.
19. Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (2018).
20. Despacho n.º 6556/2018, de 4 de julho, (2018).



