

# PROPOSTA DE CONTRIBUTOS PARA A SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

JANEIRO 2016





|   |    |
|---|----|
| <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....   | 5  |
| <b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b> .....  | 9  |
| <b>FUNDAMENTAÇÃO</b> .....  | 11 |
| <b>EIXO 1   DEFINIÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INTEGRADORA DOS DIFERENTES SECTORES</b> .....  | 15 |
| Medida 1   Assegurar a continuidade da existência de um programa nacional para a promoção da alimentação saudável .....   | 15 |
| Medida 2   Criar o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) .....   | 17 |
| Medida 3   Criar o Observatório da Alimentação e da Nutrição .....  | 18 |
| <b>EIXO 2   REESTRUTURAÇÃO DA OFERTA DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS E DA SUA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL NOS 3 NÍVEIS DO SNS (CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES E CUIDADOS CONTINUADOS)</b> .....                             | 21 |
| Medida 4   Criar/Organizar o Serviço de Nutrição e Alimentação .....  | 21 |
| Medida 5   Otimizar a comunicação entre nutricionistas nos diferentes níveis de cuidados de saúde e entre nutricionistas e restantes profissionais de saúde através de plataformas digitais, nomeadamente o processo único do utente .....      | 25 |
| Medida 6   Implementar a identificação sistemática e regular do risco nutricional em todos os utentes, nos diversos níveis de cuidados de saúde, sendo referenciados à consulta de nutrição os que se encontrem em risco ou já desnutridos..... | 26 |
| Medida 7   Comparticipar os produtos destinados a nutrição artificial com prescrição por médicos ou nutricionistas .....  | 27 |
| Medida   8 Criar Grupos de Nutrição Artificial Domiciliar, por unidade de saúde (hospital e ACES) que integrem obrigatoriamente na sua equipa multidisciplinar nutricionistas .....   | 29 |
| Medida 9   Qualificar a gestão das ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional nos Cuidados de Saúde Primários .....  | 30 |
| Medida 10   Integrar a Ordem dos Nutricionistas como elemento consultor para o desenvolvimento e revisão das Normas de Orientação Clínica (NOC) do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS .....  | 33 |
| <b>EIXO 3   PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA ALIMENTAÇÃO FORA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</b> .....  | 35 |
| Medida 11   Integrar o nutricionista noutras estruturas (autarquias, escolas, terceiro sector...) em articulação com o SNS e os seus programas de promoção de alimentação saudável .....  | 35 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 38 |



## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

---

O nutricionista é o profissional de saúde que, direta ou indiretamente, dirige a sua prática e ação na salvaguarda da saúde humana, integrando, aplicando e desenvolvendo os princípios derivados da biologia, química, fisiologia, das ciências sociais e comportamentais e aqueles provenientes das ciências da nutrição, alimentação, gestão e comunicação, para atingir e manter ao melhor nível o estado de saúde dos indivíduos e das populações, através de uma prática profissional cientificamente sustentada, à luz dos conhecimentos atuais, em constante aperfeiçoamento.

Assim, o nutricionista **dirige a sua prática e ação na salvaguarda da saúde humana, competindo-lhe**, em especial os seus atos:

- a) Aplicar métodos de recolha e interpretação de informação acerca da ingestão alimentar, do estado nutricional, balanço energético e composição corporal e acerca das interações entre a alimentação e a saúde e a doença;
- b) Avaliar o estado nutricional dos indivíduos e das populações;
- c) Estudar os desequilíbrios alimentares geradores de doença, na comunidade ou em grupos populacionais determinados, e promover a correção dos erros detetados;
- d) Recolher, registar, analisar, interpretar e reportar dados analíticos na área das ciências da nutrição, usando métodos apropriados;
- e) Formular e aplicar as terapêuticas nutricionais adequadas a situações patológicas humanas;
- f) Realizar o aconselhamento alimentar e nutricional a indivíduos ou grupos;
- g) Aplicar e interpretar os métodos de análise química, nutricional, microbiológica e sensorial dos alimentos;
- h) Planear, validar e implementar ementas e planos alimentares adaptados às diversas circunstâncias, e em função da patologia e da população a que se destinam;
- i) Conceber sistemas de produção, transformação e preparação dos alimentos e estudar os seus efeitos sobre a composição química, nutrimentos e outros constituintes dos alimentos;
- j) Participar no planeamento, implementação, gestão e avaliação de programas de intervenção comunitária na área da alimentação e da nutrição;

- k) Participar no planeamento e implementação de políticas que integrem as questões alimentares/nutricionais em toda a cadeia alimentar, e suas relações e interações com a saúde pública;
- l) Conceber, promover e participar em programas de educação para a saúde e, em geral, de saúde pública, no domínio da alimentação e da educação alimentar;
- m) Promover ações de educação e formação acerca de alimentos, nutrientes e interações entre alimentação e saúde, dirigidas à população em geral e ou a grupos específicos;
- n) Conceber e implementar normas e procedimentos na área da segurança, qualidade e sustentabilidade alimentar;
- o) Gerir e assessorar tecnicamente operações associadas à alimentação coletiva designadamente ao nível da produção e distribuição de géneros alimentícios e ou refeições e da capacitação dos colaboradores;
- p) Aplicar princípios de gestão nas áreas de atividade do nutricionista;
- q) Participar no planeamento e implementação de projetos de investigação na área das ciências da nutrição e alimentação;
- r) Integrar as equipas responsáveis pela definição da política de saúde alimentar a nível regional ou nacional.
- s) Prestar formação e consultoria na área das ciências da nutrição a profissionais de outras áreas da saúde, da educação ou de entidades parceiras da saúde.

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) conta com cerca de 400 nutricionistas (300 nos cuidados de saúde hospitalares e 100 nos cuidados de saúde primários), **número manifestamente insuficiente dado o perfil epidemiológico do país**, em que as Doenças Crónicas Não Transmissíveis representam um elevado peso para o orçamento da saúde.

A atividade profissional do nutricionista enceta uma elevada complexidade técnica e cujos reflexos, não se cingem ao bem-estar e saúde dos utentes, mas se repercute em questões muito mais transversais, em particular, no contexto atual em que sistematicamente se questiona a sustentabilidade do SNS.

É neste sentido, tendo em conta o conteúdo funcional que nos diversos domínios em que desenvolve funções de estudo, orientação e vigilância da alimentação e nutrição, quanto à sua adequação e qualidade, em indivíduos ou grupos, bem como na comunidade, incluindo a avaliação do estado nutricional, tendo por objetivo atingir e manter ao melhor nível o estado

de saúde das populações, através de uma prática profissional cientificamente sustentada, que se apresenta como adequado **autonomizar a carreira de nutricionista**.

Além do mais, com a implementação do processo de convergência da profissão de dietista para a profissão de nutricionista, uma das principais alterações ao Estatuto da Ordem dos Nutricionistas, operacionalizado pela Lei n.º 126/2015, de 3 de setembro, a criação da carreira especial pluricategorial de Nutricionista, torna-se essencial para integração de todos os membros efetivos nutricionistas (incluindo todos os atuais nutricionistas que se encontrem na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica).



## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

O presente documento foi elaborado pela Ordem dos Nutricionistas sistematizando o contributo para a sustentabilidade do Serviço Nacional da Saúde (SNS).

Salientamos que a implementação de algumas das medidas propostas terá impacto direto na redução dos custos do SNS, como a diminuição dos dias de internamento, pela transferência de cuidados nutricionais para os cuidados de saúde primários. Outras medidas terão efeitos a longo prazo, produzindo ganhos em saúde, nomeadamente a melhoria de indicadores associados à redução da incidência de doenças crónicas não transmissíveis. As medidas propostas pretendem aumentar os anos de vida livre de doença que se traduzirá em maior qualidade de vida da população e uma redução da sobrecarga do SNS.

Assim, apresentamos onze medidas concretas e respetivos enquadramentos, finalidades, operacionalização, recursos afetos e grupo alvo, assentando em três eixos estratégicos.

### **EIXO 1 – Definição de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição integradora dos diferentes sectores**

---

**Medida 1** – Assegurar a continuidade da existência de um programa nacional para a promoção da alimentação saudável.

**Medida 2** – Criar o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN).

**Medida 3** – Criar o Observatório da Alimentação e da Nutrição.

### **EIXO 2 – Reestruturação da oferta dos cuidados nutricionais e da sua estrutura organizacional nos 3 níveis do SNS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados):**

---

**Medida 4** – Criar/Organizar do Serviço de Nutrição e Alimentação.

**Medida 5** – Otimizar a comunicação entre nutricionistas nos diferentes níveis de cuidados de saúde e entre nutricionistas e restantes profissionais de saúde através de plataformas digitais nomeadamente o processo único do utente.

**Medida 6** – Implementar a identificação sistemática e regular do risco nutricional em todos os utentes, nos diversos níveis de cuidados de saúde, sendo referenciados à consulta de nutrição os que se encontrem em risco ou já desnutridos.

**Medida 7** – Comparticipar os produtos destinados a nutrição artificial com prescrição por médicos ou nutricionistas.

**Medida 8** – Criar o Grupo de Nutrição Artificial Domiciliar, por unidade de saúde (hospital e ACES) que integrem obrigatoriamente na sua equipa multidisciplinar nutricionistas.

**Medida 9** – Qualificar a gestão das ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional nos Cuidados de Saúde Primários.

**Medida 10** – Integrar a Ordem dos Nutricionistas como elemento consultor para o desenvolvimento e revisão das Normas de Orientação Clínica do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS

### **EIXO 3 – Promoção da Saúde através da alimentação fora do SNS**

---

**Medida 11** – Integrar o nutricionista noutras estruturas (autarquias, escolas, terceiro sector,...) em articulação com o SNS e os seus Programas de Promoção de Alimentação Saudável.

## FUNDAMENTAÇÃO

---

Em Portugal, a prevalência das doenças crónicas, as quais se associam grandemente a desequilíbrios nutricionais (quer por excesso quer por deficit) [Valentine et al.2014], assumem níveis preocupantes.

A prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta portuguesa foi, em 2014, de 52,8% [INE 2015].

Segundo os dados publicados pela Direção Geral da Saúde (DGS) [Matos L *et al.* 2007], tendo por base os dados do estudo *Global Burden of Disease 2010*, estima-se que 85% da carga da doença em Portugal corresponda a doenças crónicas, número este que se eleva para 88% quando considerados os anos vividos com incapacidade pela população portuguesa. Relativamente às causas de mortalidade em Portugal, em 2013, mais de 70% das mortes foram devidas a doenças do aparelho circulatório (30%), doenças oncológicas (24%), doenças do aparelho respiratório (12%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%).

De acordo com os dados deste mesmo estudo, estima-se também que os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa sejam os hábitos alimentares inadequados, correspondendo a cerca de 19%. Ainda no que diz respeito aos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, surgem em segundo e terceiro lugar, a hipertensão arterial (17%) e o índice de massa corporal elevado (13%), fatores estes que resultam de estilos de vida pouco saudáveis, onde se incluem os hábitos alimentares inadequados. Estes fatores fazem parte do conjunto de fatores de risco modificáveis para as doenças crónicas anteriormente mencionadas, as quais se configuram como as mais prevalentes na população portuguesa.

Por outro lado, no que concerne à desnutrição, autores portugueses verificaram que o risco nutricional dos doentes no momento de admissão hospitalar é bastante elevado, variando entre 28,5% e 47,3%, com situações de desnutrição entre 6,3% e 14,9% [Matos L *et al.* 2007], sabendo-se que a desnutrição é um preditor dos custos associados à hospitalização, aumentando-os entre 19% e 29% [Guerra RS *et al.* 2014]. 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 [Guenter *et al.* 2015].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia nos seus documentos a importância da nutrição, quer através da sua influencia na melhoria da saúde e na prevenção de doenças [5]

quer no tratamento de patologias que se encontrem ou não relacionadas com a alteração de estilos de vida. Assim, alguns autores evidenciam a sua eficácia no tratamento da diabetes [Thomas DE *et al.* 2010], das doenças cardiovasculares [Hardin-Fanning F 2008], da obesidade [Ross MM *et al.* 2008], da síndrome metabólica [Pedrosa C *et al.* 2010], das doenças renais [Fink HA *et al.* 2010; Ulerich L 2010], da doença pulmonar obstrutiva [Brug J *et al.* 2004], do cancro [WCRCF 2007] e nos cuidados paliativos [Holmes S 2010].

A revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020 [DGS 2015] desenvolvido pela DGS considera a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças crónicas, incluindo a obesidade como um dos grandes desígnios para 2020.

As doenças crónicas apresentam custos económicos e sociais muito elevados para as sociedades atuais. Para além da sobrecarga económica que a elevada prevalência destas doenças representa para os sistemas de saúde, o seu impacto estende-se, influenciando em larga escala o sector produtivo e da segurança social, sendo uma das importantes causas ao nível da redução da produtividade, pelo absentismo, reformas antecipadas, pensões de invalidez e outras formas de não participação no mercado de trabalho português [Suhrcke M 2005, Suhrcke M 2006, Suhrcke M 2008]. De acordo com um relatório publicado em 2011 pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e pelo *World Economic Forum* e, tendo em conta os dados disponíveis para a realidade norte-americana, estima-se que os custos diretos e indiretos correspondentes às doenças oncológicas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas, diabetes e doenças mentais sejam de 5,8 triliões de dólares. Este relatório sugere também que o custo do número de anos perdidos devido às doenças crónicas vai duplicar entre 2010 e 2030, de 22,8 para 43,3 triliões de dólares [Bloom DE 2011]. No que diz respeito aos custos imputáveis à obesidade, na Europa, estima-se que os custos desta patologia representem cerca de 2 - 8% do total de custos em saúde, isso sem contabilizar os seus custos indiretos [WHO 2007]. Em Portugal, os custos indiretos totais da obesidade foram também estimados em 2002, em 199,8 milhões de euros. A mortalidade contribuiu com 58,4% deste valor (117 milhões de euros) e a morbilidade com 41,6% (83 milhões de euros) [Pereira J 2003].

Dada a importância que a nutrição assume na prevenção e no tratamento das patologias supramencionadas, é fundamental garantir a eficácia de intervenção em todas as suas vertentes de atuação, com especial enfoque na prevenção e no tratamento clínico destas mesmas patologias.

Assim, a nutrição pela amplitude das áreas de atuação onde as intervenções são vitais, deverá estar representada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em concreto com nutricionistas nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados. Mas ainda, é também determinante a definição de Políticas de Alimentação e Nutrição de âmbito nacional intersectoriais (Educação, Autarquias, Segurança

Social e Produção e Indústria Alimentar) de acordo com o princípio celebrado pela OMS “Saúde em todas as Políticas” [WHO 2013].

Este documento apresenta a proposta da Ordem dos Nutricionistas para a melhoria da sustentabilidade do SNS assentando em **3 EIXOS ESTRATÉGICOS**:

1. Definição de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição integradora dos diferentes sectores;
2. Reestruturação da oferta dos cuidados nutricionais e da sua estrutura organizacional nos 3 níveis do SNS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados);
3. Promoção da Saúde através da alimentação fora do SNS.

Para cada eixo são definidas um conjunto de medidas concretas que permitem a sua operacionalização com o objetivo final de obter os seguintes benefícios:

- Rentabilização de recursos e melhoria da comunicação com intervenção nutricional integrada entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados através da centralização funcional dos nutricionistas e da uniformização de procedimentos e boas práticas;
- Diminuição dos custos em saúde por medidas de prevenção associada às doenças crónicas não transmissíveis e por medidas de intervenção nutricional precoce;
- Otimização dos custos com o fornecimento da alimentação;
- Melhoria dos indicadores de saúde.

Estas medidas terão reflexo em diferentes indicadores representando ganhos de saúde por intervenção direta e precoce em condições patológicas e em diferentes fases do ciclo de vida, contribuindo paralelamente para a sustentabilidade económica e ambiental do SNS.



## **EIXO 1 | DEFINIÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INTEGRADORA DOS DIFERENTES SECTORES**

---

É central e prioritário que as políticas de saúde assegurem a existência de uma estratégia nacional na área da alimentação e da nutrição, e neste sentido a Ordem dos Nutricionistas considera essencial dar continuidade à estratégia nacional da DGS nesta área. Contudo, Portugal não dispõe de uma verdadeira Política Nacional de Alimentação e Nutrição intersectorial e transgovernamental.

Neste contexto, propõe-se também a criação de duas novas estruturas que devem estar enquadradas no âmbito da ação desta estratégia nacional. Por um lado, a criação de uma estrutura de aconselhamento para esta política alimentar e nutricional e, por outro lado, a criação de uma estrutura que tem como objetivo funcionar como um apoio na área da vigilância epidemiológica. Estas medidas aqui propostas, serão de seguida descritas de forma mais detalhada.

### **Medida 1 | Assegurar a continuidade da existência de um programa nacional para a promoção da alimentação saudável**

#### Enquadramento

Atualmente, a alimentação e a nutrição são consideradas como elementos chave na definição dos objetivos, estratégias e recomendações nos diversos programas e políticas tanto da OMS como da Comissão Europeia (CE) [WHO 2012, WHO 2013b, WHO 2013c, WHO 2013d, ECC 2007]. A nível da OMS, nas últimas duas décadas, vários documentos estratégicos têm sido desenvolvidos com o objetivo de auxiliar os estados membros na definição de políticas que visem a modificação de comportamentos alimentares e de atividade física nas sociedades Europeias. Considerando que o crescimento das doenças crónicas associadas a uma alimentação inadequada já afeta mais do que um terço da população europeia e que, a nível global, se estima que 60% das mortes prematuras sejam provocadas por estas doenças, a promoção de uma alimentação saudável, tem-se assumido como uma prioridade nas políticas da OMS [WHO 2013e]. De facto, já desde a década de 70 do século passado que as instituições internacionais que orientam a formulação de políticas na área da saúde consideram a necessidade de existirem políticas alimentares e nutricionais, que sejam capazes de promover a melhoria do estado nutricional das suas populações.

No entanto, Portugal foi um dos países europeus que respondeu mais tardiamente a esta necessidade de desenvolver e implementar políticas nacionais nesta área. Efetivamente, o percurso para a implementação de uma estratégia nacional alimentar e nutricional teve início no ano de 2007 com a criação da Plataforma Contra a Obesidade, criada pelo Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde (DGS) [DGS 2007] e que surgiu para dar cumprimentos aos objetivos da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade [WHO 2006]. Mais tarde, e somente no ano de 2012, foi implementada a primeira estratégia nacional nesta área, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS). O PNPAS foi aprovado através do Despacho nº 404/2012 de 3 de janeiro de 2012, tendo sido considerado um dos oito programas prioritários a desenvolver pela DGS [DR, n.º 10/2012]. O PNPAS surgiu assim com a missão de melhorar o estado nutricional da população, através de um conjunto de estratégias que pretendem incentivar a adoção de um padrão alimentar saudável por parte da população portuguesa. Para a concretização da sua missão, o PNPAS apresenta 5 objetivos gerais: 1) aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências; 2) modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e outros espaços públicos; 3) aumentar a literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários, em especial dos grupos mais desfavorecidos; 4) identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros sectores, nomeadamente da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias; e 5) melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que pela sua atividade possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares [Graça P & Gregório MJ 2013].

Considera-se assim, estratégico dar continuidade a um programa de âmbito nacional que vise promover uma alimentação saudável por parte da população portuguesa, estratégia esta que deve ser capaz de contribuir para o desenvolvimento de um conjunto de orientações e recomendações que permitam otimizar os cuidados nutricionais prestados no âmbito do SNS.

Finalidade:

Implementação de um conjunto concertado de medidas, com o objetivo de incentivar a adoção de um padrão alimentar saudável e consequentemente melhorar o estado nutricional e de saúde da população portuguesa.

Operacionalização:

Sugere-se a continuidade do PNPAS enquanto um programa de saúde prioritário da responsabilidade da DGS, em que as medidas expressas sejam operacionalizadas a vários níveis, nomeadamente todos os níveis de cuidados do SNS.

Recursos afetos:

Direção-Geral da Saúde.

Grupo-alvo:

Utentes do SNS e população portuguesa em geral, serviços e profissionais de saúde do SNS e outros profissionais e instituições que, pela sua atuação, possam influenciar comportamentos alimentares.

## **Medida 2 | Criar o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN)**

Enquadramento:

Um dos principais desafios que atualmente se coloca às políticas de alimentação e nutrição, está relacionado com a necessidade de alcançar o princípio da “Saúde em todas as Políticas”, preconizado pela OMS [WHO 2013a]. A necessidade de uma abordagem interdisciplinar para os programas nacionais de alimentação e nutrição requer uma articulação com outros parceiros que se encontram fora do sector da saúde [Graça P & Gregório MJ 2013].

De modo a que seja possível promover o diálogo e uma maior articulação entre os diferentes setores governamentais e da sociedade civil, propõe-se a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), que enquanto órgão consultivo, deva ser capaz de auxiliar as instituições governamentais com competências na definição de políticas nesta área, propondo linhas de orientação para a definição de estratégias no âmbito desta política.

Para além de contribuir para o acompanhamento das estratégias desenvolvidas no âmbito da estratégia nacional em matéria de alimentação e nutrição, este conselho, deve ser capaz de propor linhas de orientação para a definição de outras políticas fora do sector da saúde, mas que pela sua ação possam ter impacto na alimentação e no estado nutricional da população (políticas públicas nas áreas da educação, agricultura, segurança social, ambiente, autarquias).

De referir que, no passado já existiu em Portugal um órgão com atribuições semelhantes às

que propomos neste documento. Em 1980 foi criado um Conselho Nacional de Alimentação (CNA), mais tarde designado por Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), que funcionou como um órgão interministerial e consultivo do governo com a principal atribuição de formular e implementar uma política alimentar e nutricional [Ferreira FAG 1980].

Finalidade:

Criação de um órgão consultivo do governo para a definição de estratégias no âmbito das políticas nacionais alimentares e nutricionais.

Operacionalização:

Este conselho nacional de nutrição deve estar enquadrado na estratégia nacional na área da alimentação e da nutrição, em particular do PNPAS, devendo por isso a gestão deste conselho estar a cargo do Ministério da Saúde. Deve ainda ser constituído por representantes de outros sectores governamentais tais como, da Educação, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, da Economia, do Ambiente e da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, representantes das autarquias e por outros setores da sociedade civil, nomeadamente representantes da Ordem dos Nutricionistas, das instituições de ensino superior na área da nutrição, representantes da produção e distribuição alimentar, representantes de instituições de defesa do consumidor, entre outros.

Recursos afetos:

Ministério da Saúde e outros sectores governamentais e da sociedade civil.

Grupo-alvo:

Utentes do SNS e população portuguesa em geral, profissionais de saúde do SNS e outros profissionais e instituições que pela sua atuação possam influenciar comportamentos alimentares.

### **Medida 3 | Criar o Observatório da Alimentação e da Nutrição**

Enquadramento:

A avaliação e monitorização do estado de saúde da população é essencial para o planeamento, definição, implementação e avaliação de estratégias na área da saúde. Mais

concretamente no que diz respeito ao estado nutricional da população, também as políticas alimentares e nutricionais reconhecem a importância de aumentar o conhecimento nesta área, de modo a que seja possível otimizar as estratégias a implementar no âmbito destas políticas [Graça P & Gregório MJ 2013].

Neste sentido, também o PNPAS considera como uma das suas estratégias gerais a necessidade de “agregar e recolher sistematicamente indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas, com o objetivo de promover consumos alimentares saudáveis ou protetores face à doença a nível nacional” [Graça P & Gregório MJ 2013].

Efetivamente, compete à DGS em articulação com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, ou com os Centros de Investigação e as Universidades, desenvolver atividades de investigação e colaborar na realização de atividades de vigilância epidemiológica em saúde. No entanto, a DGS, reconhece também, através da Circular Informativa N.º 46 de 2006, que estabelece Orientações Genéricas sobre a criação de Centros de Observação de Saúde, a importância de criar observatórios/centros de observação de saúde que permitam “observar e analisar de forma crítica, continuada e sistemática a evolução de uma população em geral ou orientada para algum aspeto particular da saúde”. Esta circular define também que estes observatórios podem ficar a cargo de instituições científicas e académias [DR, n.º 46/2006, DR, n.º 28/2012].

Assim, propõe-se a criação de um Observatório da Alimentação e da Nutrição que incentive a realização de estudos epidemiológicos e de investigação nesta área, e contribua para a compilação sistemática da informação disponível na área da alimentação e nutrição, nomeadamente nas seguintes áreas: consumo alimentar, vigilância do estado nutricional, indicadores que permitam avaliar o estado de saúde e de doença da população associadas à alimentação e nutrição e os seus determinantes e, por fim, monitorização da insegurança alimentar, seus determinantes e impacto na saúde, ou mesmo monitorizar intervenções. Assim, e exemplificando, devem ser criadas unidades de vigilância de políticas implementadas, como deverá ser exemplo o estado de iodo em Portugal. Considera-se também importante que este observatório seja capaz de monitorizar a equidade no acesso a cuidados nutricionais.

Finalidade:

Incentivar a realização de estudos epidemiológicos e de investigação nesta área, bem como contribuir para a compilação sistemática da informação que está disponível na área da alimentação e nutrição.

Operacionalização:

A criação de um observatório da alimentação e nutrição deve ser uma estrutura que deve estar enquadrada no âmbito da estratégia nacional alimentar e nutricional, em particular do PNPAS, em articulação com sociedades científicas e académicas na área da alimentação e da nutrição. Propõe-se que este observatório possa estar sediado na Ordem dos Nutricionistas, em articulação com a DGS (PNPAS) e o INSA.

Recursos afetos:

Ordem dos Nutricionistas, Direção-Geral da Saúde, sociedades científicas, académicas e Ordem dos Nutricionistas.

Grupo-alvo:

Profissionais de saúde do SNS.

## **EIXO 2 | REESTRUTURAÇÃO DA OFERTA DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS E DA SUA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL NOS 3 NÍVEIS DO SNS (CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES E CUIDADOS CONTINUADOS)**

### **Medida 4 | Criar/Organizar o Serviço de Nutrição e Alimentação**

#### Enquadramento:

Desde 1971, quando surgiu o primeiro esboço do SNS [www.portaldasaude.pt], verificou-se a organização de vários Serviços fundamentais para a construção de uma resposta consolidada, com objetivos e especificações semelhantes. A organização de um Serviço de acordo com uma especialidade determina a existência de objetivos comuns, com tarefas orientadas e metas definidas.

A criação do Serviço de Nutrição e Alimentação ou, quando não exequível, de um órgão de coordenação dos nutricionistas otimizará as respostas do SNS.

#### Finalidade:

Rentabilização de recursos e melhoria da comunicação com intervenção nutricional integrada entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados através da centralização funcional dos nutricionistas com a uniformização de procedimentos e boas práticas.

#### Operacionalização:

##### Grupo alvo: Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Os CSP fazem parte integrante do SNS e representam o primeiro nível de contacto com os utentes, quer em contexto de família quer na comunidade, cuja prestação de serviços, com carácter de proximidade, deve responder a um processo continuado de assistência à saúde. Conceptualmente, os CSP são responsáveis pelo acompanhamento dos utentes ao longo do ciclo de vida, pela sua abordagem específica nos diversos escalões etários (cuidados

longitudinais), embora também proporcionem a articulação com os restantes níveis de cuidados.

Dado a exiguidade de nutricionistas e as diferenças na estrutura funcional nos CSP é estratégica a criação de um órgão de coordenação dos nutricionistas a nível regional. Nas ARS os nutricionistas encontram-se hierarquicamente dependentes das coordenações das unidades às quais pertencem, seja Unidade de Recursos Assistencias Partilhados, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade ou Unidade de Cuidados Saúde Personalizados, as quais por sua vez dependem do Diretor Executivo do ACeS. Não obstante as relações hierárquicas presentes, a existência de uma coordenação funcional ao nível das ARS, que traria uma melhor rentabilização de recursos, vigilância e melhoria de boas práticas.

O Serviço de Nutrição e Alimentação deverá ser um órgão autónomo, hierarquicamente dependente do Conselho Diretivo de cada ARS, constituindo um órgão de apoio técnico, transversal a toda a região. Esta coordenação deverá ser exercida por um nutricionista, nomeado pelo Conselho Diretivo da ARS, tendo em consideração as competências técnicas, capacidade de organização e qualidade de liderança consideradas adequadas ao desempenho da função, com a missão de planear e gerir toda a atividade dos nutricionistas da região, bem como assegurar a eficaz utilização dos recursos postos à sua disposição.

A função destes nutricionistas coordenadores passa por orientar a execução concertada de atividades que respondam diretamente aos indicadores preconizados a nível nacional e regional, de acordo com as metas e prioridades do Plano Nacional de Saúde em geral e dos objetivos da PNPAS, em particular.

#### Grupo alvo: Cuidados de Saúde Hospitalares

O Serviço de Nutrição e Alimentação deverá ser um órgão autónomo, hierarquicamente dependente do Diretor Clínico, nos Centros Hospitalares, constituindo um serviço de apoio técnico transversal a toda a instituição. A nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares tem por missão desenvolver funções nas áreas de nutrição clínica e gestão da alimentação hospitalar.

O Serviço de Nutrição e Alimentação deverá ser dirigido por um nutricionista, nomeado pelo Conselho de Administração, tendo em consideração as competências técnicas, capacidade de organização e qualidade de liderança consideradas adequadas ao desempenho da função, com a missão de planear e gerir toda a atividade do Serviço, bem como assegurar a eficaz utilização dos recursos postos à sua disposição.

### Grupo alvo: Cuidados Continuados

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) incluem-se no SNS (representando 5% dos acordos) e no sistema de Segurança Social. Assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Entre outros cuidados, as Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados devem proporcionar e garantir ao utente uma “Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada”. Por outro lado, sendo a desnutrição “recuperável” critério de referenciação às unidades de convalescença de média e longa duração, de acordo com a Portaria nº 174 de 10 de setembro de 2014, torna-se clara a importância de uma intervenção nutricional feita por especialistas.

Constituindo os Cuidados Continuados Integrados um novo paradigma para os Cuidados de Saúde, considera-se importante garantir no imediato a presença, a tempo integral ou parcial, de nutricionistas em todos os níveis dos Cuidados Continuados Integrados, sendo que a sua integração nestas equipas já está contemplada no Anexo IV da supra-referida Portaria.

### Recursos afetos:

Nutricionista, assistentes administrativos e assistentes operacionais (quando aplicável).

Proposta de rácio nutricionista / utente:

- 1 nutricionista para cada 20.000 utentes no caso dos 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

### Competências:

Intervir nas áreas de Nutrição Clínica, Comunitária e Saúde Pública, Gestão e Alimentação Institucional, Ensino, Formação, Investigação e Assessoria Científica, aplicável aos diferentes níveis de saúde (tabela 1).

Tabela1: Competências gerais dos nutricionistas por níveis de cuidados de saúde no SNS

|   | Cuidados<br>Saúde<br>Primários | Cuidados de<br>Saúde<br>Hospitalares | Cuidados<br>Continuados |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Exercer a sua atividade clínica em paridade e articulação com os outros profissionais e integrar de forma ativa as equipas multidisciplinares   | X                              | X                                    | X                       |
| Garantir a intervenção nutricional elaborando o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e alimentares e prescrever e/ou otimizar a terapêutica nutricional, incluindo nutrição artificial, a todos os utentes                                  | X                              | X                                    | X                       |
| Monitorizar a evolução do estado nutricional dos utentes avaliados e o cumprimento dos planos alimentares prescritos;   | X                              | X                                    | X                       |
| Supervisionar a preparação, confeção e distribuição das refeições de forma a garantir a sua adequação nutricional e terapêutica   |                                | X                                    | X                       |
| Avaliar o grau de satisfação dos utentes em relação à alimentação fornecida   | X <sup>(1)</sup>               | X                                    | X                       |
| Participar nos processos de contratualização externa da alimentação, definindo as cláusulas técnicas dos cadernos de encargos, assim como monitorizando o cumprimento do contrato   |                                | X                                    | X                       |
| Efetuar o controlo e garantia da qualidade dos alimentos  | X <sup>(1)</sup>               | X                                    | X                       |
| Elaborar e atualizar Manuais de Dietas  |                                | X                                    | X                       |
| Gerir o desperdício alimentar (na preparação, confeção e pós-consumo), adequando estratégias à sua redução  |                                | X                                    | X                       |
| Numa perspetiva de promoção de saúde e prevenção de doença, identificar e avaliar problemas nutricionais que possam existir em diferentes grupos de risco e colaborar na definição de objetivos nutricionais no desenvolvimento das políticas de saúde                                    | X                              | X                                    |                         |
| Conceber, implementar e monitorizar os programas de promoção da saúde, através da mudança dos comportamentos alimentares e/ou do estado nutricional, em equipas multidisciplinares e/ou intersectoriais no âmbito de trabalho em parcerias (autarquias, IPSS, estruturas desportivas,...) | X                              | X                                    |                         |
| Elaborar pareceres e orientações técnicas e assegurar o cumprimento das normas em vigor   | X                              | X                                    | X                       |
| Promover e/ou participar em projetos de investigação, eventos e artigos científicos   | X                              | X                                    | X                       |
| Colaborar com plataformas de comunicação social em temas de nutrição, alimentação e saúde (imprensa, rádio, televisão ou internet)  | X                              | X                                    | X                       |
| Participar na formação pré e pós graduada de técnicos de saúde, do ramo de nutrição e outros profissionais de saúde   | X                              | X                                    | X                       |
| Avaliar o desempenho profissional de nutricionistas e outros profissionais na dependência hierárquica direta destes serviços  | X                              | X                                    | X                       |

(1) Aplicável no âmbito da saúde escolar

## **Medida 5 | Otimizar a comunicação entre nutricionistas nos diferentes níveis de cuidados de saúde e entre nutricionistas e restantes profissionais de saúde através de plataformas digitais, nomeadamente o processo único do utente**

### Enquadramento:

Os sistemas de informação são fundamentais na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes, no desempenho dos profissionais de saúde, na eficácia da melhoria de gestão dos recursos e na qualidade da informação necessária ao suporte da correta avaliação dos serviços prestados. Em Portugal, entre outros, utilizamos sistemas de informação concebidos pelos serviços centrais do Ministério da Saúde. No atual modelo orgânico funcional dos Cuidados de Saúde Primários, em particular os registos das unidades funcionais transversais aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) como é o caso das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), um dos constrangimentos é a existência de mais que uma base de dados dentro do mesmo ACeS. Enquanto não se agregam as bases de dados pelo menos por ACeS (idealmente por ARS), o acesso dos nutricionistas à Plataforma de dados da saúde (PDS) seria um meio de contornar este constrangimento. Contudo, a existência de um processo único do utente, onde os nutricionistas dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados registem e podem comunicar entre si, deve ser a estratégia a seguir.

### Finalidade:

Obtenção de sinergias de intervenção nutricional através da ligação, via plataformas digitais, entre cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, traduzindo a visão holística do utente em cuidados de terapêutica nutricional.

### Operacionalização:

Acesso à PDS pelos nutricionistas em todos os níveis de cuidados do SNS.

Implementação da Base de Dados única por Região (ARS) ou por ACeS de forma a permitir a utilização plena do módulo SClinico, ou outro, para nutricionistas em todos os níveis de cuidados do SNS.

Redesenho das ferramentas eletrónicas com perfil de nutricionistas, adequando as ligações comunicacionais entre diferentes níveis de cuidados e introduzindo melhorias para articulação de cuidados de terapêutica nutricional.

Possibilidade de utilização de registos do módulo de nutrição na leitura e/ou construção de indicadores contratualizados pelas Unidades Funcionais.

Recursos afetos:

Informáticos dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e das ARS (responsáveis pelas ferramentas eletrónicas) e nutricionistas consultores para a melhoria das ferramentas eletrónicas com perfil de nutricionistas.

Grupo-alvo:

Unidades Funcionais e nutricionistas.

**Medida 6 | Implementar a identificação sistemática e regular do risco nutricional em todos os utentes, nos diversos níveis de cuidados de saúde, sendo referenciados à consulta de nutrição os que se encontrem em risco ou já desnutridos**

Enquadramento:

A desnutrição afeta o estado clínico e os resultados em saúde da população, tanto a nível hospitalar como na comunidade, apesar de ser reconhecido como um fator com impacto na saúde [Andrade D, 2015]. Em Portugal, a inexistência de menções à desnutrição nos processos clínicos é frequente e reflete a falta de atenção que se continua a dar a esta situação. A ausência do rastreio da desnutrição leva a que os doentes não sejam diagnosticados e atempadamente tratados. Estudos conduzidos no nosso país mostram que a desnutrição associada à doença afeta cerca de 20 a 50% dos doentes no momento da admissão hospitalar e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade [Matos L *et al.* 2007; Rodrigues E *et al.* 2006]. Apesar da imprecisão destas estimativas, esta parece ser a doença mais frequente no ambiente hospitalar e na comunidade, representando um grave e persistente problema de Saúde Pública. O conhecimento da sua dimensão, não é suficiente para que sejam implementadas as inúmeras recomendações de sociedades científicas internacionais e as resoluções do Comité de Ministros do Conselho da Europa [ResAP 2003], 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 é mesmo um dos critérios obrigatórios para a acreditação dos hospitais, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* [JCAHO] e pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). Uma das razões que poderá estar na base da ausência de implementação de medidas preventivas, na quase

generalidade de unidades prestadoras de cuidados de saúde portuguesas [Noronha M 2007] passará provavelmente pela ausência de conhecimento sobre a magnitude deste problema e consequentemente dos custos inerentes a esta situação.

Existindo, todavia, evidência científica produzida em Portugal que comprova o aumento dos custos hospitalares associados à desnutrição e o aumento do número de dias de internamento [Guerra RS *et al.* 2014].

Finalidade:

Intervenção nutricional precoce nos doentes em risco de desnutrição, ou já desnutridos, traduzindo-se em melhoria do estado de saúde e do *outcome* clínico.

Operacionalização:

Implementação da identificação sistemática e regular do risco nutricional através do uso de uma ferramenta validada em todos os utentes, nos diversos níveis de cuidados de saúde. Esta identificação de risco deverá ser realizada por profissionais de saúde habilitados para a sua execução. Depois de identificado o risco ou a desnutrição, os utentes são referenciados ao nutricionista que efetuará a respetiva avaliação do estado nutricional e posterior intervenção.

Recursos afetos:

Profissionais de saúde habilitados para o exercício destas atribuições.

Grupo-alvo:

Utentes dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

## **Medida 7 | Comparticipar os produtos destinados a nutrição artificial com prescrição por médicos ou nutricionistas**

Enquadramento:

A evolução dos métodos de diagnóstico a par do desenvolvimento de novos tratamentos condiciona a sobrevivência de doentes com comprometimento do processo digestivo, incluindo doenças neurológicas, oncológicas, metabólicas e outras como a síndrome do intestino curto. Estes utentes

beneficiam de modalidades de suporte nutricional (total ou parcial, entérico ou parentérico) [Valentine *et al.* 2014].

Contrariamente ao que acontece noutros países, como Itália, França, Espanha, Dinamarca, Reino Unido e Alemanha [Moreno 2001; Castaños 2002; Paccagnella 2008], em Portugal este tipo de suporte não só não é participado, como os preços praticados não são fixos, o que condiciona dificuldades e desigualdades ao seu acesso.

Os quadros de desnutrição daqui decorrentes são frequentemente irreversíveis e podem ser diretamente a causa de mortalidade dos doentes em questão.

#### Finalidade:

Melhoria do estado nutricional de doentes em ambulatório, que não conseguem atingir as suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional, reduzindo a demora média de internamento, prevenindo as readmissões e complicações inerentes ao estado nutricional comprometido.

#### Operacionalização:

Integração dos nutricionistas como prescritores de nutrição artificial, nos diferentes níveis de cuidados de saúde.

Inclusão dos produtos de nutrição artificial (entérica e parentérica) na lista dos produtos participados pelo SNS.

Inclusão dos sistemas e bombas de perfusão na lista de ajudas técnicas fornecidas pelo SNS.

Criar legislação de enquadramento para a terapia nutricional artificial domiciliar.

Criar normas de orientação clínica na DGS sobre a terapia nutricional artificial domiciliar.

Criar registos nacionais dos doentes em cuidados domiciliários com terapia nutricional artificial.

#### Recursos afetos:

Profissionais de saúde habilitados para o exercício destas atribuições.

#### Grupo-alvo:

Utentes com comprometimento do estado nutricional.

## **Medida | 8 Criar Grupos de Nutrição Artificial Domiciliar, por unidade de saúde (hospital e ACES) que integrem obrigatoriamente na sua equipa multidisciplinar nutricionistas**

### Enquadramento:

O papel dos hospitais na sociedade está a modificar, estando francamente focado no tratamento de doença aguda e em internamento de curta duração, criando a necessidade de desenvolver outras soluções e modelos para o tratamento de doença crónica e de patologias específicas. Os cuidados domiciliários são, assim, uma área em foco devido não só à crescente disponibilidade de tecnologia orientada para o domicílio, mas também pela possibilidade de reduzir as infeções hospitalares, custos com a prestação de cuidados hospitalares [Andrade D, 2015] e decorrente libertação de recursos.

Os programas de cuidado domiciliários são definidos como uma entrega estruturada de equipamentos ou serviços de suporte e de acompanhamento do doente no seu ambiente domiciliar, sendo considerados uma componente dinâmica e crescente a nível mundial aparecendo como uma alternativa para os cuidados hospitalares convencionais [Gorski 1996; Corrado 2001].

As publicações no âmbito da Nutrição Artificial Domiciliar que avaliam o custo-benefício deste tipo de terapia nutricional, concluem que a Nutrição Artificial ao Domicílio é uma alternativa válida em doentes clinicamente estáveis, permitindo a transferência do meio hospitalar para o domicílio, com redução dos custos e aumento da qualidade de vida do doente.

Em outros países, os programas de nutrição artificial domiciliar estão em uso crescente, com maior desenvolvimento após as alterações nos sistemas de reembolso hospitalar e com o progresso das tecnologias de suporte domiciliar [Andrade D, 2015].

Portugal é o único país da união europeia sem um programa nacional para terapia nutricional no domicilio [Martins P 2015]. Um dos principais condicionamentos à prática de terapia nutricional domiciliária é seu desenquadramento legal e a falta de recomendações para a sua implementação, pese embora esta terapia estar legislada em países como Itália, França, Espanha, Dinamarca, Reino Unido e Alemanha [Moreno 2001; Castaños 2002; Paccagnella 2008].

A implementação deste programa tem como objetivo a redução dos custos globais do SNS por duas vias: redução dos dias de internamento (com a conseqüente diminuição dos seus custos) e menos hospitalizações condicionadas por infeções, frequentemente relacionadas a doentes desnutridos; simultaneamente irá aumentar a qualidade de vida [Andrade D 2015].

### Finalidade

Redução da demora média de internamento de utentes cujo internamento é devido apenas à necessidade da terapêutica nutricional artificial.

Agilizar e facilitar o processo de “alta segura” dos doentes supra-referidos, mantendo o nível de suporte efetuado em cuidados hospitalares.

Otimizar o estado nutricional dos utentes.

Melhoria da qualidade de vida dos utentes e familiares que dependem de nutrição artificial alargando esta prestação aos cuidados de saúde primários.

### Operacionalização:

Criação de centros de referenciação nacional para a nutrição artificial domiciliar.

Criação de Comissões de Nutrição Artificial a nível dos cuidados de saúde hospitalares e de grupos interdisciplinares (nutricionistas, médicos, farmacêuticos e enfermeiros) para ligação com os ACeS da área de referenciação.

Enquadramento legal da terapia nutricional domiciliar.

### Recursos afetos:

Profissionais de saúde habilitados para o exercício destas atribuições.

### Grupo-alvo:

Profissionais de saúde habilitados para o exercício destas atribuições e utentes com comprometimento do estado nutricional.

## **Medida 9 | Qualificar a gestão das ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional nos Cuidados de Saúde Primários**

### Enquadramento:

Os CSP constituem uma medida de alta relevância para o desenvolvimento social de um país. Atuam de maneira oportuna e evitam a referência de casos, ou mesmo a procura direta aos níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, sabidamente mais escassos e onerosos.

No relatório mundial de saúde de 2008 “*Primary care more than ever*” a OMS realçava a importância dos CSP e acentuava a necessidade da sua renovação de forma a dar resposta aos atuais problemas de saúde.

Fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito dos cuidados primários é uma forma mais económica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de doenças associadas à má alimentação, de que realça a obesidade, evitando referências para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, como consequência das suas complicações.

Os nutricionistas nos CSP constituem um recurso valioso para a melhoria de vários indicadores de Saúde relacionados com a doença crónica. As boas práticas, procedimentos e normas de orientação clínica internacionais e da DGS entendem a terapêutica não medicamentosa inicial (mudança de estilos de vida nos quais se incluem a alimentação saudável) como medida mais custo-efetiva. Contudo as equipas de saúde familiares (médico e enfermeiro de família) não têm conseguido conter eficazmente a progressão das doenças crónicas não transmissíveis, tornando-se estratégica a vigilância nutricional precoce de grupos vulneráveis (Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil) e de risco (Hipertensão e Diabetes), pela referência a nutricionistas. Saber-se por exemplo que o aconselhamento alimentar intensivo, ampliado, ajuda cerca de um terço dos obesos a conseguir um emagrecimento clinicamente significativo e mantido, ao longo do tempo. O tipo de intervenção na doença crónica que tem demonstrado efectividade é intensivo, pelo que requer tempo e recursos. É aqui que o nutricionista, pelas suas habilitações e especificidade, deve ser aproveitado como recurso valioso, com disponibilidade para dedicar tempo e atenção individualizada ao doente crónico, inserido numa equipa multidisciplinar. Quando uma intervenção bem-sucedida é parada, os benefícios do tratamento são muitas vezes perdidos; isto é verdade para modificações no estilo de vida ou terapia farmacológica.

O papel da alimentação e da nutrição no PNS 2012-2016 é incontornável, nomeadamente em Programas de Saúde Prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, não só no PNPAS, mas outros, nos quais a alimentação assume papel preponderante, como o Programa Nacional para a Diabetes e o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. Os estudos indicam que, nos países desenvolvidos, a prevalência da obesidade em particular a infantil, apesar de se manter em níveis alarmantes, tem estabilizado. Isto parece revelar a importância de educação alimentar, da promoção da saúde e, portanto, dos programas de saúde pública. Na verdade, as questões alimentares e nutricionais e as doenças que daí advêm exigem, paralelamente à consulta da equipa (de nutrição, médica e de enfermagem) um trabalho concertado em termos comunitários e de saúde pública e com os vários parceiros sociais. O nutricionista dos CSP, também comunitário e de saúde pública, tem, para além da consulta de nutrição, um importantíssimo papel no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde, sendo peça chave na implementação concertada das estratégias definidas pela Política Nacional de Alimentação e, nomeadamente na área da prevenção da doença e promoção da saúde.

Pese embora a importância demonstrada do papel dos nutricionistas nos CSP, o seu número, face à expressão de outros profissionais, em concreto médicos e enfermeiros, é claramente insuficiente. Não sendo possível a criação do Nutricionista de Família, e sendo o desejável um nutricionista por USF seria fundamental que se aumentasse para o rácio previamente recomendado. Desde já alguns grupos estratégicos, pela sua vulnerabilidade ou pelo seu risco para doenças crónicas não transmissíveis, seriam alvo do cheque nutricionista nos ACeS sem nutricionista.

Finalidade:

Contribuir para a melhoria de vários indicadores de Saúde relacionados com a doença crónica, prevenindo a ocorrência de novos casos de doenças crónicas associadas à má alimentação, controlando as existentes e prevenindo referenciações para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, como consequência das suas complicações.

Operacionalização:

Integração de nutricionistas em todos os ACES, a apoiar Unidades Funcionais, assistenciais e não só, incluindo Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Saúde Pública, seguindo rácios recomendados.

Referenciação pela equipa de saúde familiar ao nutricionista de todas as grávidas com IMC pré-gravídico fora dos limites da normalidade, de utentes com DM recém diagnosticada, de utentes com HTA recém diagnosticada, de crianças e jovens em idades-chave com IMC percentilado abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 85.

Existência de Nutricionistas em todos os ACeS, de acordo com a dimensão geodemográfica da sua área de influência e vulnerabilidade da sua população.

Criação do “Cheque Nutricionista” para que utentes sinalizados de grupos vulneráveis ou de risco possam consultar um nutricionista clínico privado, equanto a oferta de consulta por nutricionistas nos cuidados de saúde primários ou hospitalares seja insuficiente.

Recursos afetos:

Nutricionistas.

Proposta de rácio nutricionista / utente:

- 1 nutricionista para cada 20.000 utentes no caso dos CSP

Grupo Alvo:

Unidades Funcionais e utentes dos CSP.

## **Medida 10 | Integrar a Ordem dos Nutricionistas como elemento consultor para o desenvolvimento e revisão das Normas de Orientação Clínica (NOC) do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS**

### Enquadramento:

Com a recente criação da Ordem dos Nutricionistas, recomenda-se que esta seja um elemento consultor no Departamento de Qualidade na Saúde da DGS, de modo a incluir o seu contributo, para a definição de boas práticas e normas de orientação clínica onde a intervenção nutricional tenha um papel relevante.

Estas normas são documentos estruturantes das boas práticas da saúde nos diferentes níveis de cuidados da saúde e, por isso, são determinantes para assegurar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito do SNS.

### Finalidade:

Contribuir para a uniformização e garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

### Operacionalização:

Integração de elementos nomeados pela Ordem dos Nutricionistas, reconhecidos pela sua experiência e/ou conhecimento na área em questão.

### Recursos afetos:

Ordem dos Nutricionistas e Sociedades Científicas e Académicas com reconhecimento na área.

### Grupo Alvo:

Profissionais de saúde do SNS.



## EIXO 3 | PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA ALIMENTAÇÃO FORA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Neste documento não se pode deixar de realçar a importância que outros organismos têm para a promoção da saúde da população através da alimentação e a intervenção do nutricionista nestes organismos.

Responsabilizar todas as instituições na promoção do Direito Humano a uma Alimentação Adequada liberta o SNS que *per si* só não pode prosseguir com a missão da saúde da população. No entanto, o Ministério da Saúde, enquanto instituição responsável pelas políticas públicas de saúde, tem a responsabilidade de diligenciar a necessária legislação, protocolos e articulações para a consecução do que seguidamente se enuncia.

No entanto, uma vez que este documento está a ser elaborado no âmbito de medidas aplicáveis ao SNS, neste terceiro eixo estratégico não serão apresentadas medidas concretas de operacionalização.

A sustentabilidade do SNS só poderá ser assegurada através de políticas de saúde que assentem em medidas de promoção da saúde e, a este nível, a criação de espaços que sejam promotores da saúde é essencial. Destes destacam-se as escolas, as instituições de solidariedade social e as autarquias.

### **Medida 11 | Integrar o nutricionista noutras estruturas (autarquias, escolas, terceiro sector...) em articulação com o SNS e os seus programas de promoção de alimentação saudável**

#### Nutricionista nas Escolas

A nível escolar, os estabelecimentos de ensino surgem com um ambiente ideal para educar do ponto de vista alimentar, contribuindo assim para a formação de hábitos alimentares saudáveis em idades precoces. Para além da importância da educação alimentar em ambiente escolar, os estabelecimentos de ensino devem assumir-se como “espaços saudáveis”, proporcionado para isso uma oferta alimentar nutricionalmente adequada.

De refferir também que, em 2012, na resolução da Assembleia da República sobre a adoção de medidas tendentes ao combate da obesidade infante-juvenil em Portugal, é inclusivamente possível ler-se a recomendação da criação da figura do nutricionista escolar, responsável pela

implementação e aplicação de uma Política Alimentar Escolar estruturada e sustentável [DR, n.º 67/2012].

O nutricionista nas escolas deverá ser responsável pela aplicação e operacionalização das medidas orientadoras emanadas pela Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), principalmente no que respeita à disponibilidade alimentar nas escolas e a alteração do ambiente alimentar escolar, tornando-o mais salutogénico, em consonância com uma Política Alimentar Escolar implementada em parceria com os estabelecimentos de ensino [DR, n.º 67/2012] e com as orientações do PNPAS [Graça P & Gregório MJ 2013].

#### Nutricionista nas Organizações Terceiro Sector

As organizações do terceiro sector, nomeadamente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e as Misericórdias, têm como objetivos a transmissão dos deveres morais de solidariedade e de justiça e a prestação de serviços de ação social entre a comunidade, tendo um papel ativo na promoção da saúde e no apoio de crianças, jovens, idosos e famílias que necessitam de ajuda, desde a falta de habitação à alimentação. Neste sentido, são importantes parceiros na promoção da saúde através da alimentação, tanto mais que estas instituições são responsáveis pela alimentação de grupos populacionais muitas vezes vulneráveis.

Assim, a existência de nutricionistas nas instituições de solidariedade social, nomeadamente nos lares de idosos, centros de dia e de apoio domiciliário, creches, jardins de infância é de extrema importância, pelo que a sua presença deveria ter um carácter de obrigatoriedade.

#### Nutricionista nas Autarquias

As autarquias podem desempenhar um papel fundamental na saúde. Em Portugal, desde 1995, tem-se verificado um investimento na descentralização de competências para o poder autárquico, nomeadamente nos domínios da Saúde, Educação e Ação Social. Em 1999, foi aprovada a Lei 159/99 de 14 de Setembro que “Estabelece o Quadro de Transferência de Atribuições e Competências para as Autarquias Locais”, que atribui aos municípios intervenções próprias na Educação, Património, Cultura e Ciência, Tempos Livres e Desporto, Saúde, Ação Social e Promoção do Desenvolvimento. Assim sendo, as autarquias deverão também ter um papel importante ao nível da promoção da saúde das populações, com responsabilidades para definição e/ou participação em políticas e ações de saúde pública. Mais recentemente, foi no domínio da Educação que a descentralização de competências para a administração local se evidenciou. As autarquias possuem também competências ao nível da inspeção e controlo higio-sanitário dos operadores económicos locais na área alimentar, por meio das Autoridades Sanitárias Concelhias. Mais ainda, as Autarquias têm um papel de grande relevo a nível da promoção da saúde, uma vez que detêm o maior poder de intervenção junto das populações, bem como possuem o conhecimento

das realidades locais, tais como necessidades e oportunidades para melhorar a qualidade de vida das populações. [Graça *et al.* 2001; Sanchez, 2012].

Neste sentido reveste-se de extrema importância a existência de nutricionistas nas autarquias enquanto parceiras de uma política de alimentação e nutrição, estabelecendo, assim, a promoção de práticas alimentares saudáveis dos munícipes como uma prioridade para a promoção da saúde e da qualidade de vida. A Autarquia é sem dúvida um local estratégico para que o Nutricionista possa chegar à população de uma forma mais direta podendo atuar na modulação do espaço social. Este profissional deverá ser o responsável pela área da Nutrição e Alimentação (Bento & Matos 2007).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Andrade D. *Home Artificial Nutrition: Costs and Consequences – A systematic literature review*.

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2015.

Benkovic V, Kolcic I, Uhernik A, Bender D, Oreb I, Stevanovic R, Krznaric Z. *The economic burden of disease-related undernutrition in selected chronic diseases*. Clinical Nutrition. 2014, 33: 689-693.

Bento A. & Matos C. *O Nutricionista*. Hoje. Revista Nutricias. 2007. (7): 8-9.

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum; 2011.

Brug J, Schools A, Mesters I. *Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease*. Patient Educ Couns. 2004 Mar;52(3):249-57. Review.

Castaños A. Consumo de produtos de nutrição enteral domiciliaria en la Comunidad Autónoma de Madrid. Nutrition Hospitalaria. 2002, XVII (2): 107-111.

Cordeiro T, Bento A. *A Incorporação dos Nutricionistas nos centros de saúde*. Revista Nutricias. 2011, (11): 20.

Corrado O. *Hospital at home*. Age and ageing- British geriatrics society. 30 (s3): 11-14.

Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir, Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Lisboa, Novembro de 2010.

Diário da República, 1.ª série — N.º 91, p.2456 (10 de maio de 2012). Resolução da Assembleia da República n.º 67/2012.

Diário da República, 1.ª série — N.º 28 (8 de fevereiro de 2012). Decreto-Lei n.º 27/2012. Lei orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Direção Geral da Saúde, Saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015 (2015).

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 (2015).

Direção-Geral da Saúde. Circular Informativa N.º 46 de 2006 que estabelece Orientações Genéricas sobre a criação de Centros de Observação de Saúde (2006).

Direção-Geral da Saúde. Despacho n.º 404/2012. Diário da República, 2.ª série — N.º 10 — 13 de janeiro de 2012 (2012).

Direção-Geral da Saúde. Plataforma Contra a Obesidade. Disponível em: <http://www.dgs.pt> (2007) acessado a 8 de janeiro de 2016

Elia M & Russel C. *Combating Malnutrition: Recommendation for Action. Output of a meeting of the Advisory Group on Malnutrition*. BAPEN, 2008.

Ferreira FAG. *Criação do Conselho de Alimentação e Nutrição*. Rev CEN. 1980; 4(3):3-21.

Fink HA, Akornor JW, Garimella PS, MacDonald R, Cutting A, Rutks IR, Monga M, Wilt T. *Diet, fluid, or supplements for secondary prevention of nephrolithiasis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. J.Eur Urol. 2009 Jul;56(1):72-80.

Freijer K, Tan S, Koopmanschap M, Meijers J, Halfens R, Nuijten M. *The budget impact of oral nutrition supplements for disease related malnutrition in elderly in community setting*. Clinical Nutrition. 2013, 32: 136-14.

Gorski L & Grothman L. *Home Infusion therapy*. Seminars in Oncology Nursing. 1996. 12 (3): 193-201.

Graça P & Gregório MJ. *The Construction of the National Program for the Promotion of Healthy Eating - Conceptual Aspects, Strategic Guidelines and Initial Challenges*. Revista Nutricias, (2013). 18: 6-9.

Graça P, Alves E, Camarinha B, Almeida A, Alves C, Bento A, et al. *O Nutricionista Municipal como fator de desenvolvimento local em Portugal*. Revista da SPCNA. 2001 (7): 1-20.

Guerra RS, Sousa AS, Fonseca I, Pichel F, Restivo MT, Ferreira S & Amaral TF. *Comparative analysis of undernutrition screening and diagnostic tools as predictors of hospitalisation costs*. Journal of Human Nutrition and Dietetics, doi: 10.1111/JHN.12288.

Guest J, Panca M, Baeyens J, de Mand F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. *Health economic impact of managing patients following a community –based diagnosis of malnutrition in the UK*. Clinical Nutrition. 2011, 30: 422-429.

Hardin-Fanning F. *The effects of a Mediterranean-style dietary pattern on cardiovascular disease risk*. Nurs Clin North Am. 2008 Mar;43(1):105-15; vii.

Holmes S. *Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease*. Nurs Stand. 2010 Sep 8-14;25(1):48-56; quiz 58.

<http://www.jcaho.org/> - acedido a 8 de janeiro de 2016.

Inotai A, Nuijten M, Roth E, Hegazi R, Kalo Z. *Modelling the burden of disease associated malnutrition*. e-ESPEN Journal. 2012, 7: e196-204.

Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2014 (2015).

Martins P. *Nutrição artificial no ambulatório: Programa nacional permitiria reduzir custos e melhorar qualidade de vida*. Jornal expresso on-line de 14 de abril 2008; <https://expresso.sapo.pt/nutricao-artificial-no-ambulatorio-programa-nacional-permitiria-reduzir-custos-e-melhorar-qualidade-de-vida-especialista=f293994>.

Matos L, Teixeira MA, Henriques A, et al. *Nutritional status recording in hospitalized patient notes*. Acta Med Port. 2007 Nov-Dec;20(6): 503-10. Epub 2008 Feb 13.

Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Álvares L, Antunes A, Amaral TF. *Menções sobre o estado nutricional nos registos clínicos de doentes hospitalizados*. Acta Médica Portuguesa 2007; Vol 6 (Nov - Dec); 20(6): 503-10.

Moreno J, Shaffer J, Staun M, Hebuterne X, Bozzeti F, Pertkiewicz M et al. *Survey on legislation and funding of Home Artificial Nutrition in different European countries*. Clinical Nutrition. 2001, 20 (2): 117-123.

Noronha M, *Estudo sobre o rastreio da desnutrição nos hospitais portugueses*. Tese de Licenciatura, IPO Porto e FCNAUP, 2007.

Paccagnella A, Baruffi C, Pizzolato D, Favaro V, Marcon M, Morello M, et al. *Home enteral nutrition in adults: A five-year (2001-2005) epidemiological analysis*. Clinical Nutrition. 2008, 27: 378-385.

Paiva I. *A nutrição e a actual reforma dos cuidados primários*. Revista Nutricias. 2011(11): 23.

Pedrosa C, Oliveira BM, Albuquerque I, Simões-Pereira C, Vaz-de-Almeida MD, Correia F. *Metabolic syndrome, adipokines and ghrelin in overweight and obese schoolchildren: results of a 1-year lifestyle intervention programme*. Eur J Pediatr. 2010, Oct 19.

Pereira J, Mateus C. *Custos indirectos associados à obesidade em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2003; 3:65-80.

Resolução ResAP 2003 e P6\_TA-PROV(2008)0461.

Rodrigues E, Amaral TF. *Screening and nutritional status evaluation of elderly Portuguese in nursing homes*. Public Health Nutrition 2006; 9 (7A):112.

Ross MM, Kolbash S, Cohen GM, Skelton JA. *Multidisciplinary treatment of pediatric obesity: nutrition evaluation and management*. Nutr Clin Pract. 2010 Aug;25(4):327-34. Review.

Sanchez P. *A influência das políticas educativas dos governos de proximidade na qualificação da população*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Técnica de Lisboa (2012)

Sistema Conselhos Federal e Regionais de nutricionistas. O Papel do Nutricionista na atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/61.pdf> - acessado em 6 de janeiro de 2016.

Suhrcke M, Fahey DK, McKee M. *Economic aspects of chronic disease and chronic disease management*. In: Nolte E, McKee M, editores. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 43–63.

Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsoлова S, Mortensen J. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels: European Commission; 2005.

Suhrcke M, Urban D. *Are cardiovascular diseases bad for economic growth? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*; 2006.

Susan Z. Yanovski, M.D. (2011). *Obesity Treatment in Primary Care — Are We There Yet? The new engl and journa l o f medicine*. Disponível em: <http://sbhci.org.br/wp-content/uploads/2011/11/NEJM-POWER-editorial.pdf>. Acessado em 8 de janeiro de 2016.

Thomas DE, et al. *The use of low-glycaemic index diets in diabetes control*. Br J Nutr. 2010 Sep;104(6):797-802. Epub 2010 Apr 27.

Ulerich L. *Vitamin D in chronic kidney disease--new insights*. Nephrol Nurs J. 2010 Jul-Aug; 37(4): 429-31.

Valentine L, Volkert D, Schutz T, et al. *Suggestions for terminology in clinical nutrition*. e-ESPEN Journal. 2014. e97-e108.

Wadden TA, Volger S, Sarwer DB et al. *A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice*. N Engl J Med 2011. 365:1969-197

Wabitsch et al. BMC Medicine. 2014, 12:17. Disponível em:

<http://bmcmecicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-17> - acessado em 8 de janeiro de 2016.

WHO Europe *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Diet and physical activity for health. European Charter on counteracting obesity* (2006).

WHO - *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary*. World Health Organization; 2007.

WHO - *The World Health Report 2008: Primary health care more than ever*. World Health Report. Geneva. World Health Organization, 2008.

WHO *Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for Health and well-being* (2012).

WHO *The Helsinki Statement on the Health in All Policies* (2013a).

WHO *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020* (2013b).

WHO *WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2014-2020* (2013c).

WHO *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020* (2013d).

WHO *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Sixty-sixth World Health Assembly (2013e).

World Cancer Research Cancer Found and American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical Activity, and the prevention of cancer: a global perspective* (2007).

[www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt) - acedido a 8 de janeiro de 2016.

