

GO 01/2021 // GUIA ORIENTADOR

# INTERVENÇÃO DO NUTRICIONISTA EM ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

## TÍTULO

. GO 01/2021 – Intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas

## AUTORES

. Ordem dos Nutricionistas

## LOCAL

. Ordem dos Nutricionistas, Porto

## VERSÃO E DATA DA PUBLICAÇÃO

. Versão 01, dezembro de 2021

## UTILIZADORES

. Nutricionistas

## COMO CITAR OU REFERENCIAR

. Ordem dos Nutricionistas. Guia Orientador “Intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas”. GO 01/2021. Versão 01. Porto: Departamento da Qualidade, Ordem dos Nutricionistas; 2021. Disponível em: [www.ordemdosnutricionistas.pt](http://www.ordemdosnutricionistas.pt)

# ÍNDICE

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>ENQUADRAMENTO</b>	<b>7</b>
<b>I. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL</b>	<b>10</b>
<b>II. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DO NUTRICIONISTA</b>	<b>12</b>
1. ALIMENTAÇÃO COLETIVA E RESTAURAÇÃO	16
2. NUTRIÇÃO CLÍNICA	21
3. NUTRIÇÃO COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	27
<b>III. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>34</b>

# PROCEDIMENTO

**A.** O presente Guia Orientador (GO) foi elaborado no âmbito do Departamento da Qualidade da Ordem dos Nutricionistas. Os passos deste processo incluem:

1. Identificação das questões prioritárias;
2. Compilação da evidência disponível;
3. Avaliação e síntese da evidência disponível;
4. Revisão científica;
5. Formulação das recomendações;
6. Planeamento da divulgação;
7. Revisão do documento.

**B.** A elaboração da proposta do presente Guia Orientador foi efetuada pelo Grupo de Trabalho composto por Ana Teresa Madeira (0730N), João Lima (1856N), Júlio César Rocha (0438N), Maria Armanda Marques (3315N) e Paulo Niza (1066N).

**C.** Todos os elementos envolvidos na sua elaboração cumpriram o determinado pelo Despacho n.º 001/2017, no que se refere à declaração de interesses. Ana Teresa Madeira, Júlio César Rocha, Maria Armanda Marques e Paulo Niza declararam possuir algum conflito de interesses que foi considerado pelo Conselho Jurisdicional como não impeditivo da participação na elaboração do Guia Orientador.

**D.** A revisão do seu conteúdo final foi efetuada por Ada Rocha, Carlos Portugal Nunes, Tânia Cordeiro, Teresa Amaral.

**E.** A coordenação executiva do presente Guia foi assegurada por Ordem dos Nutricionistas.

**F.** A execução do presente Guia Orientador reflete o cumprimento do Código Deontológico.

# OBJETIVOS

O presente Guia tem como objetivos:

1. Estabelecer orientações para a intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas;
2. Estabelecer linhas de orientação para uniformização de procedimentos nos diferentes níveis de intervenção prioritária dos nutricionistas nas respostas sociais para pessoas idosas.

# DIVULGAÇÃO

O presente Guia irá ser divulgado através de:

- A. *Website* da Ordem dos Nutricionistas;
- B. *E-mail* a remeter para todos os membros da Ordem dos Nutricionistas.

# ENQUADRAMENTO

Em 2019, 22,1% da população portuguesa residente tinha 65 ou mais anos de idade, e estima-se que em 2070 esta percentagem seja de 35,4%, a projeção mais alta nos países da União Europeia (1, 2). Já a percentagem da população Portuguesa com 80 ou mais anos deverá aumentar de 6% (2016) para 15,7% (2070) (2). O índice de envelhecimento tem mantido também uma tendência crescente, sendo que em 2009, por cada 100 jovens (0 aos 14 anos) residiam em Portugal 119,3 pessoas com mais de 65 anos, e este número aumentou para 163,2 em 2019 (1). Adicionalmente, em 2019, metade das pessoas residentes em Portugal tinha mais de 45,5 anos, o que representa um acréscimo de 4,3 anos em relação a 2009. Estas alterações demográficas devem-se sobretudo à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade que se têm verificado nas últimas décadas (1). A esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,9 anos para o total da população (78 anos para os homens e 83,5 anos para as mulheres), no triénio 2017-2019 (3). De acordo com as projeções da Comissão Europeia, espera-se que em 2070 a esperança média de vida dos Portugueses seja 85,9 anos para os homens e 90,4 anos para as mulheres, valores muito semelhantes à média da União Europeia (2).

As referidas alterações demográficas trazem inúmeros desafios às famílias, à sociedade em geral, e aos sistemas de saúde e de proteção social em particular, uma vez que são inerentes ao processo de envelhecimento uma série de alterações biológicas, ambientais e psicossociais, e que diversas patologias e condições clínicas, tais como doenças cardiovasculares, cancro e

demência se tornam mais frequentes com a idade (4). A heterogeneidade da população mais velha torna esses desafios ainda mais complexos, considerando que as alterações se manifestam de forma diferente de pessoa para pessoa, e em graus e momentos distintos (4).

A Organização Mundial de Saúde definiu como principal objetivo para um envelhecimento ativo e saudável a manutenção da capacidade funcional, ou seja, o conjunto de atributos relacionados com a saúde que permitem aos indivíduos ser e fazer o que eles valorizam, até o mais tarde possível (4). A alimentação e a nutrição desempenham um papel inquestionável para alcançar este objetivo (5). Contudo, muitas das alterações fisiológicas e patológicas associadas ao envelhecimento têm um impacto negativo no estado nutricional, e por conseguinte na manutenção da funcionalidade e qualidade de vida em idades mais avançadas (6). As alterações sensoriais, gastrointestinais, mas também na mobilidade, apetite, estado emocional, suporte social, entre outras, comprometem a aquisição, preparação e consumo de alimentos, bem como a absorção e disponibilidade de alguns nutrientes (7, 8). Como consequência, podem surgir deficiências nutricionais e diversos problemas de saúde, tais como desnutrição, sarcopenia e fragilidade, situações que são frequentes na população com mais de 65 anos e que podem ser simultaneamente causa e consequência de doença (9).

Alguns estudos desenvolvidos em Portugal nos últimos anos permitiram caracterizar o estado nutricional e o consumo alimentar da população Portuguesa com 65 ou mais anos. O estudo PEN-3S encontrou uma prevalência

de desnutrição e risco de desnutrição de, respetivamente, 4,8% e 38,7% na população institucionalizada, e de 0,5% e 16,4% na comunidade (10, 11). Este estudo concluiu ainda que um pior estado geral de saúde, presença de sintomas de depressão, e pior estado funcional nos idosos institucionalizados se associavam a mais risco de desnutrição (12). Adicionalmente, verificou-se que 37,4% da população institucionalizada e 33,9% da população a residir na comunidade não atingia a ingestão de proteína recomendada pela EFSA (0,8 g/kg peso), que mesmo assim parece estar abaixo das necessidades da população mais velha (13). Já o estudo Nutrition UP 65 observou que mais de dois terços (69%) da população apresentava níveis séricos inadequados de vitamina D (14), e que 16% se encontrava em risco de hipohidratação (15). Este estudo revelou ainda uma prevalência de sarcopenia de 11,6%, e que mais de metade (54,3%) dos indivíduos com 65 ou mais anos apresentava pré-fragilidade, enquanto 21,5% estava já em situação de fragilidade (16, 17).

Estes dados apontam diversas oportunidades de melhoria, em particular na população institucionalizada que apresenta, em geral, características sociodemográficas mais desfavoráveis, pior estado de saúde, e é mais dependente nas atividades básicas e instrumentais da vida diária (11). A intervenção nutricional e alimentar, quer seja a nível clínico, comunitário, ou da oferta alimentar, dirigida às particularidades da população mais velha tem o potencial de aumentar a longevidade e o número de anos de vida saudáveis. Por exemplo, diversos estudos têm observado efeitos benéficos de intervenções nutricionais na função muscular, diminuição no número de complicações, tempo de internamento, custos e mortalidade em indivíduos desnutridos (18-20). Existe também evidência sólida a indicar que maior

adesão à dieta mediterrânica se associa a um declínio mais lento da mobilidade, e menor risco de comprometimento cognitivo e doença de Alzheimer (21, 22), enquanto que padrões alimentares menos saudáveis se relacionam com pior estado de saúde, sarcopenia e fragilidade (23, 24).

As instituições que prestam cuidados a idosos têm por objetivo a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez, assim como em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, pelo que devem garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes, através da disponibilização de recursos que as assegurem. A garantia deste bem-estar e a qualidade de vida deverá passar, impreterivelmente, por providenciar refeições que cumpram os necessários requisitos em termos higio-sanitários e de equilíbrio nutricional.

Com efeito, no sentido de garantir a sua saúde nutricional é imperioso que as instituições que prestam cuidados à população idosa garantam, além das condições higio-sanitárias, que as necessidades nutricionais dos idosos sejam satisfeitas de acordo com a sua condição clínica. Assim, a identificação, monitorização, bem como tratamento da malnutrição em instituições devem ser realizados por profissionais treinados e habilitados para estas funções (25), como os nutricionistas.

Acresce que, no presente se verifica um elevado número de equipamentos sociais (estruturas residenciais para idosos, centros de dia, serviços de apoio ao domicílio, entre outros) que não contam com o apoio de nutricionistas para garantir o indispensável acompanhamento nutricional destes utentes.

Neste sentido, a Assembleia da República recomendou ao Governo a presença obrigatória de nutricionistas nas instituições do setor social e solidário que prestam cuidados a idosos, ocorrendo assim, mudanças ao nível dos recursos humanos integrados nas respostas sociais direcionadas para os idosos (26).

Efetivamente os estabelecimentos de apoio social que prestam cuidados a pessoas idosas devem contemplar a presença de nutricionistas, de acordo com o número de pessoas idosas, com objetivo de garantirem a adequabilidade alimentar e nutricional, bem como a segurança e qualidade alimentar, alinhado com os documentos de referência sobre as principais respostas sociais dirigidas a este grupo (27-29). Estes manuais de processos-chave das Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, dos Centros de Dia, bem como dos Serviços de Apoio Domiciliário, ao nível da estrutura do modelo organizacional, consideram como essencial a existência de um Serviço de Nutrição e Alimentação, na dependência da Direção Técnica, independentemente do número de utentes e da sua natureza.

É por isso fulcral a implementação de mudanças ao nível dos recursos humanos integrados nas respostas sociais vocacionadas para pessoas idosas quer no âmbito das atividades diretas, quer ao nível da consultoria e intervenção com cuidadores informais e profissionais. É ainda decisivo, para a qualidade e eficácia destes serviços a inclusão de nutricionistas em cargos decisórios dos serviços e o seu envolvimento nos processos de planificação, operacionalização, mas também avaliação das diversas práticas, centrada no custo-efetividade das mesmas (30).

Nestas estruturas, os nutricionistas podem desenvolver um conjunto de ações nos diferentes domínios de atuação: alimentação coletiva e restauração, nutrição clínica e nutrição comunitária e saúde pública.

Face à amplitude destas áreas, a nutrição deve posicionar-se nestas instituições de forma estruturada e interligada entre os diferentes níveis de Serviços prestados, configurando um Serviço de Nutrição e Alimentação (27-29).

Este documento apresenta orientações para a atuação profissional do nutricionista neste contexto, tendo em consideração as funções e ações que este desenvolve nas diferentes áreas. Assim, o guia divide-se em três áreas:

1. Alimentação coletiva e restauração;
2. Nutrição clínica;
3. Nutrição comunitária e saúde pública.

As diferentes secções apresentadas neste documento devem ser vistas como áreas específicas, cuja prioridade de implementação deve estar adequada à realidade da instituição. A definição de prioridades será detalhada no capítulo II "Princípios da Intervenção do Nutricionista".

# I. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

Os estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas integram a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) nacional e desempenham um importante papel na promoção e desenvolvimento da proteção social a esta faixa etária. No âmbito da RSES “é considerado equipamento social toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais, ou, onde estão instalados os serviços de enquadramento de determinadas respostas” (31). Entre as respostas sociais de suporte à população idosa destacam-se, pela sua maior representatividade no âmbito da RSES dirigidos a este público-alvo, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia (CD) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (31).

As supracitadas respostas sociais registaram um desenvolvimento acentuado entre 1998 e 2018, do qual resultaram mais de 3 400 novas respostas (89%) e 139 700 novos lugares (104%), totalizando cerca de 7 300 respostas no território continental e 274 000 lugares. As respostas de SAD e ERPI foram as que mais cresceram no período em epígrafe (108% e 105%, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta, sendo que 37% da mesma correspondia a SAD. Esta última resposta apresentava, ainda, uma maior oferta de lugares (40%), entre o conjunto de respostas em destaque, contabilizando, em 2018, aproximadamente, 110 400 lugares (31).

Em contraponto com o significativo incremento verificado nos dados anteriores, encontra-se a taxa de utilização média das principais respostas sociais dirigidas à população idosa, que vem decrescendo desde 2000, fixando-se em 77%, em 2018. Este decréscimo apresenta, contudo, diferenças significativas entre as respostas elencadas, com a resposta de ERPI a manter taxas de utilização/ocupação média acima dos 90%, fixando-se, em 2018, nos 93%, enquanto as restantes respostas, SAD e CD, registaram taxas de utilização/ocupação médias de 70% e 64%, respetivamente. O aumento das necessidades dos utentes (pelo menor grau de autonomia/maior dependência) e consequente procura de respostas que implicam a institucionalização, nomeadamente, ERPI ou unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), surgem como uma das explicações para o decréscimo nas ocupações médias de SAD e CD (31).

Apesar de não referenciadas anteriormente, fazem, também, parte das respostas sociais destinadas à população idosa, o Centro de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas (31).

Segundo o Manual de Processos-Chave, a ERPI “constitui-se como uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado”.

No âmbito da prestação de um serviço e oferta alimentar adequada, a legislação que abrange esta resposta social refere alguns pontos. De acordo com o Despacho Normativo n.º 12/98 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, o funcionamento da ERPI deve garantir e proporcionar ao idoso “uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas” (32). No diploma mais recente (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março), relativamente aos serviços prestados, refere que deve ser fornecida uma “alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas” (33). Sobre o Serviço de Apoio Domiciliário, e de acordo com o Manual de Processos-Chave, este constitui uma Resposta Social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades socio-recreativas (28). Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do utente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou seu agravamento. De acordo com o referido na Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, refere-se o “fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica” (34).

O CD é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento. De entre os serviços prestados pelo CD, salienta-se também a possibilidade do desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário (29). Sobre o Serviço de Alimentação no CD, não são tecidas considerações específicas, enquadrando-se este nas premissas descritas para a ERPI e SAD (29).

## II. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DO NUTRICIONISTA

Como abordado anteriormente, o nutricionista deparar-se-á com um “público-alvo” com particularidades muito específicas. Com naturalidade, sobressaem, no âmbito da intervenção do nutricionista, os aspetos relacionados com o estado nutricional da população com 65 ou mais anos. Todavia, a intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas deve obedecer a uma estrutura sequenciada de tarefas que possa melhor culminar no global impacto desejado. Em termos gerais, a estratégia de intervenção deve centrar-se em três grandes domínios:

1. Segurança alimentar;
2. Adequação nutricional na oferta alimentar;
3. Gestão do estado nutricional dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

Para o efeito, e antes de instituir um plano de intervenção, será fundamental a realização de uma avaliação diagnóstica inicial. Esta terá como objetivo a caracterização detalhada do estabelecimento, focando aspetos organizativos, de gestão e funcionamento que possam ter impacto nas áreas de funcionamento do estabelecimento. Na tabela 1 apresentam-se os pontos-chave que pelo menos devem ser tidos em conta na avaliação diagnóstica inicial, os quais virão a ser determinantes para o levantamento de necessidades. Deixa-se à consideração do nutricionista acrescentar outros fatores que considere relevantes, em cada um dos campos da avaliação diagnóstica inicial.

Tabela 1. Pontos-chave a ter em conta na avaliação diagnóstica inicial

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL	
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatuto jurídico do estabelecimento</li> <li>• Órgãos Sociais e elementos constituintes</li> <li>• Sensibilidade/conhecimento dos elementos dos Órgãos Sociais para as questões do âmbito da intervenção do nutricionista</li> <li>• Historial de intervenção de nutricionista no estabelecimento</li> <li>• Organização interna do estabelecimento</li> <li>• Caracterização da área territorial de influência do estabelecimento (p.ex.: situação económica, zona rural ou urbana, população muito/pouco envelhecida)</li> <li>• Número de utentes</li> <li>• Caracterização dos utentes</li> <li>• Situação clínica global dos utentes</li> </ul>
<b>GESTÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão do estabelecimento e das suas respostas sociais</li> <li>• Número de funcionários e suas funções</li> <li>• Tipo de gestão do fornecimento de refeições (p. ex.: própria, concessionada, mista, refeições transportadas)</li> <li>• Organização e competências do Serviço de Nutrição e Alimentação</li> <li>• Responsável pelo Serviço de Nutrição e Alimentação, bem como a hierarquia de dependência</li> <li>• Refeições disponibilizadas (p.ex.: pequeno-almoço, merenda da manhã, almoço, merenda da tarde, jantar, ceia)</li> <li>• Número de refeições disponibilizadas tendo em consideração as respostas sociais existentes</li> <li>• Existência de protocolos / parcerias / consultorias com outras entidades para apoio ao Serviço de Nutrição e Alimentação</li> </ul>
<b>FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO</b>	<p><b>SEGURANÇA ALIMENTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciência profissional dos trabalhadores e sua envolvimento com os Órgãos de Gestão/Direção Técnica do estabelecimento</li> <li>• Formação prévia (académica, profissional ou outra, teórica e/ou em contexto real de trabalho)</li> <li>• Política de fardamento dos manipuladores de alimentos</li> <li>• Nível de implementação de pré-requisitos e do sistema de segurança alimentar (p. ex.: infraestruturas e equipamentos, plano de higienização, controlo de pragas, controlo de fornecedores, plano <i>Hazard Analysis and Critical Control Point</i> (HACCP), recolha de amostras testemunho e plano de análises microbiológicas)</li> <li>• Política de gestão de resíduos incluindo óleos alimentares</li> <li>• Política de transporte de refeições (se aplicável), tipo de viaturas e equipamentos utilizados para o transporte de refeições, controlo de temperaturas</li> </ul> <p><b>ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL NA OFERTA ALIMENTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de plano de ementas</li> <li>• Existência de manual de dietas</li> <li>• Responsável pela elaboração de ementas/critérios para realização de ementas</li> <li>• Responsável pelo estabelecimento das dietas, assim como respetivos critérios nutricionais</li> <li>• Tipo de fornecedores e oferta alimentar que disponibilizam</li> <li>• Existência de política alimentar, com estrutura de padrão alimentar a adotar na instituição</li> </ul> <p><b>GESTÃO DO ESTADO NUTRICIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de protocolo de avaliação do estado nutricional (frequência/responsável)</li> <li>• Existência de procedimentos e equipamentos para avaliação do estado nutricional (frequência/responsável)</li> <li>• Existência de protocolo de aplicação de ferramentas de identificação e monitorização do risco nutricional e respetivo encaminhamento, se aplicável (frequência/responsável)</li> <li>• Individualização da oferta alimentar em função da situação clínica (frequência/responsável)</li> <li>• Existência de consulta de nutrição (frequência/responsável)</li> </ul> <p><b>INTERVENÇÃO AO NÍVEL COMUNITÁRIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de projetos de promoção da saúde e prevenção da doença (frequência/responsável)</li> <li>• Avaliação da necessidade de suplementação</li> </ul>

A avaliação diagnóstica inicial constitui uma etapa crucial na definição do plano de intervenção na instituição. Os resultados da referida avaliação permitirão ao nutricionista o levantamento das necessidades, definindo plano de intervenção por prioridades conjuntamente com o estabelecimento. Mais importante ainda será o nutricionista ter a capacidade de estabelecer prioridades em função da análise global da instituição e dos riscos que cada não-conformidade encontrada terá na saúde e bem-estar dos utentes. Neste contexto, é fundamental que os Órgãos de Gestão/Direção Técnica sejam alertados da necessidade de adotar uma política de eficácia, de eficiência e de qualidade. Este aspeto pode ter um reflexo imediato num dos temas provavelmente mais abordado pelos Órgãos de Gestão/Direção Técnica: a implementação de um sistema de segurança alimentar. Assim, é fundamental que o nutricionista tenha a capacidade de transmitir, logo desde início, que a sua ação visa essas premissas e não meramente a obtenção de um certificado de implementação de um sistema de segurança alimentar no estabelecimento. Tal não desvaloriza a importância da certificação, enquadrando-se esta na melhoria dos procedimentos. Este é um aspeto crítico na definição das prioridades da intervenção. A segurança alimentar deve assim constituir o patamar de entrada da intervenção. Não fará sentido intervir na oferta alimentar ou na nutrição clínica, se a segurança alimentar não estiver acautelada.

O nutricionista deverá elaborar o relatório de diagnóstico após a avaliação diagnóstica inicial e tendo em consideração as reais necessidades identificadas, que deverá contemplar:

- Retrato da situação atual;
- Identificação dos pontos-chave a melhorar, a alterar e a manter;
- Levantamento das necessidades e identificação dos objetivos;
- Prioridades de intervenção;
- Plano de intervenção;
- Cronograma de ação;
- Metas a alcançar.

Este relatório de diagnóstico deverá ser apresentado e discutido com os Órgãos de Gestão/Direção Técnica para o maior envolvimento dos mesmos na implementação do plano de intervenção.

Assim, tendo em consideração o diagnóstico efetuado o nutricionista define um plano de intervenção, ajustado e contextualizado ao local, com uma sequência definida para a implementação das medidas. Deste modo, o nutricionista deve encabeçar todo o processo. Caso existam colaborações com entidades externas, o nutricionista deverá articular-se com elas, mantendo a liderança do processo. A intervenção é a sugerida seguidamente:

1. Implementação de um sistema de segurança alimentar;
2. Adequação nutricional de ementas e gestão da oferta alimentar;
3. Implementação do procedimento de avaliação do risco nutricional;
4. Implementação do acompanhamento do estado nutricional (pode ser em consulta ou não) que se inicia pela avaliação do estado nutricional.

Na verdade, estes domínios não se encerram nos mencionados anteriormente, existindo atividades que podem também ser realizadas, descritas nas próximas secções (Secções 1, 2 e 3)..

Definida a sequência da intervenção, será igualmente importante definir a janela temporal para a sua implementação. É assim muito importante definir um cronograma que possa evidenciar aos Órgãos de Gestão/Direção Técnica a perspetiva do nutricionista e a sua expectativa para a implementação das medidas em cada uma das áreas. O plano de intervenção deve ser o mais exaustivo e prático possível, devendo concretizar as tarefas que serão realmente propostas (p. ex.: visitas às instalações, reunir com todos os atuais fornecedores de géneros alimentícios).

Não existe dúvida que a avaliação diagnóstica inicial é fundamental. É igualmente inquestionável o valor que terá a elaboração do plano de intervenção e o cronograma para a implementação das medidas. Não será, contudo, menos crítico perceber a melhor forma de atingir os objetivos traçados. Assim, o nutricionista deve perceber a receptividade para a implementação das medidas, assumindo-se como mais um elemento da equipa, com conhecimento diferenciado, que pretende ser colocado à disposição da equipa. O espírito de equipa e a conduta de humildade deve aliar-se ao conhecimento técnico e científico, sempre focado na melhoria constante e otimização gradual do conhecimento e das práticas ao nível do estabelecimento, tendo uma postura dual como gestor/supervisor da equipa e simultaneamente elemento integrante dessa equipa.

# 1. ALIMENTAÇÃO COLETIVA E RESTAURAÇÃO

As atividades do nutricionista em matéria de Alimentação Coletiva e Restauração podem constituir-se como prioritárias na ação deste profissional nos estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas. Esta área de trabalho é também aquela que pode, frequentemente, conduzir a direção das instituições a considerar necessária a colaboração do nutricionista. De facto, é imprescindível garantir o fornecimento de refeições seguras e nutricionalmente adequadas aos utentes como base de toda a atividade que se segue, nos domínios da nutrição clínica e comunitária. Numa fase inicial, e na ausência de documentos prévios, a maior parte da atividade incidirá sobre o desenvolvimento de um conjunto de manuais, planos e instruções relacionados com o sistema de segurança alimentar e respetivos pré-requisitos, e com as ementas e gestão do sistema de fornecimento de refeições, nomeadamente, manual de procedimentos em higiene alimentar/código de boas práticas, plano de ementas, fichas técnicas, manual de capacitações, manual de dietas, entre outros. É fundamental que a construção destes documentos ocorra em estreita articulação com a Direção e seja suportada por um estudo aprofundado da realidade da instituição, tendo por base a evidência técnica e científica, assim como o estrito respeito pela legislação aplicável. Após a definição e implementação das melhores práticas será sempre necessário manter um acompanhamento próximo, de forma a garantir a correta execução e eficácia dos procedimentos, proceder às atualizações necessárias, assim como assegurar o planeamento de ementas variadas e adequadas ao longo do tempo.

De seguida, apresentam-se as atividades que o nutricionista deverá considerar.

## 1.1. HIGIENE E SEGURANÇA ALIMENTAR

- **Estabelecimento de plano de higienização e monitorização do cumprimento do mesmo (35):**
  - . Definir critérios para a seleção de fornecedor de produtos de higienização;
  - . Selecionar fornecedor de produtos de higienização (de acordo com a legislação em vigor);
  - . Selecionar produtos de higienização (considerar: tipo de sujidade, dureza da água, superfícies);
  - . Definir procedimentos e frequência de higienização das instalações, equipamentos e utensílios;
  - . Criar o plano de higienização (quem limpa? o que limpa? quando limpa? como limpa?);
  - . Formar os trabalhadores em matéria de limpeza e desinfeção;
  - . Assegurar a divulgação e arquivo das fichas técnicas e de segurança devidamente atualizadas dos produtos de higienização;
  - . Afixar e divulgar o plano de higienização;
  - . Promover o registo das atividades de limpeza e desinfeção realizadas;
  - . Estabelecer procedimentos de monitorização para validar o cumprimento e eficácia do plano de higienização (p. ex.: inspeção visual, realização de análises microbiológicas).

- **Definição de programa de prevenção e controlo de pragas (35):**

- . Definir critérios para a seleção de empresa de controlo e gestão de pragas;
- . Selecionar empresa de controlo e gestão de pragas (de acordo com a legislação em vigor);
- . Validar autorizações de venda dos biocidas utilizados, emitidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS);
- . Assegurar a divulgação e arquivo das fichas técnicas e de segurança devidamente atualizadas dos biocidas utilizados;
- . Assegurar a divulgação e arquivo do mapa de localização dos iscos;
- . Definir procedimentos e frequência das visitas de manutenção;
- . Estabelecer um programa anual de visitas de manutenção;
- . Definir procedimentos em caso de infestação e estabelecer ações corretivas;
- . Promover, sob a forma de relatório, o registo das ações de prevenção e controlo de pragas realizadas;
- . Assegurar o arquivo dos relatórios de controlo de pragas, ações preventivas e intervenções corretivas;
- . Estabelecer procedimentos de monitorização para validar o cumprimento e eficácia do programa (p. ex.: inspeção visual, realização de análises microbiológicas).

- **Definição de plano de controlo analítico (35):**

- . Definir critérios para a seleção de laboratório de análises microbiológicas;
- . Selecionar laboratório de análises microbiológicas (de acordo com a legislação em vigor);
- . Definir análises a realizar (p. ex.: produtos, superfícies e utensílios de trabalho, mãos dos manipuladores, água);
- . Estabelecer um plano anual de controlo analítico com indicação da frequência de realização de análises microbiológicas;
- . Garantir e acompanhar a visita do laboratório de

análises microbiológicas às instalações para colheita de amostras;

- . Analisar e divulgar os resultados das análises microbiológicas realizadas;
- . Estabelecer ações corretivas em caso de não conformidade das análises microbiológicas;
- . Assegurar o arquivo das análises microbiológicas realizadas e ações corretivas estabelecidas.

- **Gestão de contactos com empresas prestadoras de serviços, tais como, empresas de restauração coletiva, empresas responsáveis pela recolha de óleos alimentares usados, limpeza de hotes e filtros de exaustão, entre outras.**

- **Elaboração de manual de procedimentos em higiene alimentar/código de boas práticas (35, 36):**

- . Criar ou adotar um manual que defina, internamente, as normas gerais e específicas de higiene a aplicar nos processos de aquisição, preparação, confeção, conservação e distribuição de alimentos;
- . Assegurar a divulgação do manual junto dos manipuladores de alimentos;
- . Formar os manipuladores de alimentos nas normas gerais e específicas de higiene a aplicar;
- . Promover a conversão de conteúdos do manual em instruções práticas de trabalho;
- . Salvaguardar o cumprimento das normas contidas no manual.

- **Elaboração do manual do sistema de segurança alimentar (35, 36):**

- . Assegurar, imperiosamente, a criação do plano HACCP – documento escrito, preparado de acordo com os princípios do sistema HACCP, para assegurar o controlo dos perigos que são significativos para a segurança alimentar no processo produtivo em análise – na elaboração do manual do sistema de segurança alimentar.

- **Implementação de um sistema de segurança alimentar (35, 36):**
  - . Promover a criação de uma equipa multidisciplinar, responsável pela implementação e validação do sistema de segurança alimentar (HACCP), constituída por nutricionistas, membros dos Órgãos de Gestão, responsáveis pela aquisição de matérias-primas, cozinheiros, trabalhadores da copa e refeitório;
  - . Descrever o produto e o processo, bem como, identificar o uso pretendido do produto;
  - . Elaborar um fluxograma detalhado da sequência das diferentes etapas do processo produtivo;
  - . Validar a adequabilidade do fluxograma elaborado, através da sua verificação *in loco*;
  - . Aplicar os sete princípios do sistema HACCP;
  - . Rever o sistema em intervalos regulares programados e quando um elemento novo ou alteração o justifique.
- **Monitorização e verificação do sistema de segurança alimentar (35, 36):**
  - . Estabelecer procedimentos de monitorização/vigilância que permitam controlar o processo produtivo;
- **Estabelecimento de um sistema de registos e gestão de documentação (35, 36):**
  - . Estabelecer um plano de ações corretivas;
  - . Realizar visitas de acompanhamento/avaliações higiossanitárias;
  - . Promover, sob a forma de relatório, o registo e divulgação das não-conformidades detetadas;
  - . Promover e acompanhar a realização de auditorias externas;
  - . Analisar e divulgar os resultados das auditorias externas realizadas;
  - . Implementar ações corretivas e/ou acompanhar o tratamento de não-conformidades.
- **Estabelecimento de um sistema de registos e gestão de documentação (35, 36):**
  - . Criar modelos/impressos para os registos relacionados com o sistema de segurança alimentar;
  - . Assegurar o arquivo dos registos efetuados pelo tempo necessário, preferencialmente de forma digital;
  - . Assegurar a manutenção de toda a documentação relativa ao sistema de segurança alimentar, devidamente atualizada e organizada (p. ex.: plano HACCP, instruções de trabalho, fichas técnicas e de segurança).

## 1.2. GESTÃO DE EMENTAS

- **Verificação das condições existentes ao nível das infraestruturas para a elaboração de ementas (35, 36).**
- **Seleção e avaliação de fornecedores de géneros alimentícios (35, 37):**
  - . Definir critérios para a seleção de fornecedores;
  - . Definir especificações de compra (p. ex.: entregas, calibre, nível de preparação);
  - . Selecionar fornecedores (de acordo com a legislação em vigor);
  - . Selecionar géneros alimentícios a adquirir;
- **Seleção e avaliação de fornecedores de géneros alimentícios (35, 37):**
  - . Assegurar o arquivo das fichas técnicas dos géneros alimentícios atualizadas;
  - . Definir critérios para a avaliação periódica de fornecedores;
  - . Elaborar grelha de avaliação de fornecedores de géneros alimentícios;
  - . Assegurar/promover o processo de avaliação de fornecedores;
  - . Analisar e divulgar os resultados do processo de avaliação, sob a forma de relatório;
  - . Estabelecer ações corretivas caso a avaliação dos fornecedores revele procedimentos não-conforme;

- . Assegurar o arquivo dos relatórios de avaliação e ações corretivas estabelecidas.
- **Definição de plano de ementas (37, 38):**
  - . Definir critérios para a elaboração das ementas (considerar critérios da proposta de ferramenta de avaliação qualitativa de ementas destinadas a pessoas idosas, do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) com as adaptações que se verifiquem necessárias (38));
  - . Definir tipos de ementas e rotatividade das mesmas;
  - . Definir a composição das refeições/pratos e a frequência com que estes surgem na ementa.
- **Coordenação e execução de cálculos do valor nutricional, rendimento e custo das refeições (37, 38):**
  - . Definir a composição nutricional das refeições;
  - . Estabelecer o custo das refeições;
  - . Definir ementas tendo em conta a sustentabilidade financeira da instituição.
- **Elaboração de ementas (37, 38):**
  - . Elaborar ementas de acordo com necessidades alimentares e nutricionais da população com mais de 65 anos, e com o manual/regulamento de ementas;
  - . Elaborar ementas adaptadas aos princípios da dieta mediterrânica, gastronomia local, e sazonalidade dos alimentos;
  - . Elaborar ementas com uma periodicidade, mínima, semanal;
- . Avaliar a qualidade das ementas elaboradas de acordo com ferramentas específicas (considerar a proposta de ferramenta de avaliação qualitativa de ementas destinadas a idosos do PNPAS (38));
- . Elaborar as fichas técnicas das refeições, que devem conter informação nutricional e sobre alergénios, peso bruto/edível dos ingredientes, modo de preparação, entre outros.
- **Comunicação/divulgação das ementas:**
  - . Criar modelos/impressos para apresentação das diferentes ementas;
  - . Garantir a obrigatoriedade de indicação de alergénios e informação nutricional (35, 39);
  - . Afixar as ementas em local visível, dentro das instalações e disponibilizar *online* (27, 29);
  - . Assegurar a disponibilização/envio das ementas para os utentes com respostas domiciliárias (28).
- **Avaliação da satisfação global das ementas (27-29, 37, 38):**
  - . Promover o registo e tratamento de reclamações e sugestões de melhoria;
  - . Avaliar a satisfação de utentes, seus familiares e trabalhadores (p. ex.: aplicação de questionários; avaliação do desperdício no prato);
  - . Analisar e divulgar os resultados do processo de avaliação, sob a forma de relatório;
  - . Promover ações de melhoria no plano de ementas caso os resultados não sejam satisfatórios;
  - . Assegurar o arquivo dos relatórios de avaliação e ações de melhoria promovidas.

## 1.3. SISTEMA DE FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES

- Monitorização da receção e armazenamento de matérias-primas (35, 36).
- Monitorização da preparação, confeção e empratamento de refeições (35, 36).
- Monitorização da distribuição de refeições (refeitório, quartos, domicílio, *take-away*, bar) (35, 36).
- Monitorização do cumprimento do plano de ementas:
  - . Elaborar grelha de verificação do cumprimento do plano de ementas;
  - . Assegurar/promover o processo de verificação do cumprimento do plano de ementas;
  - . Estabelecer ações corretivas, em caso de se verificarem inconformidades;
  - . Assegurar o arquivo dos relatórios de verificação e ações de melhoria promovidas.
- Monitorização do desperdício alimentar (sobras e restos):
  - . Elaborar grelha de monitorização do desperdício alimentar;
  - . Assegurar/promover o processo de monitorização do desperdício alimentar;
  - . Identificar as causas do desperdício alimentar;
  - . Estabelecer ações corretivas (plano de ação para a sua redução).

## 1.4. FORMAÇÃO

- Dinamização do processo formativo dos manipuladores de alimentos (35, 36):
  - . Promover o levantamento das necessidades de formação dos manipuladores de alimentos;
  - . Contribuir para a criação do plano anual de formação do estabelecimento;
  - . Promover a realização de formações internas e/ou frequência de formações externas;
  - . Privilegiar a realização de formações em contexto real de trabalho (*on the job*);
  - . Avaliar a qualidade das formações realizadas e/ou frequentadas;
  - . Avaliar a eficácia das formações realizadas e/ou frequentadas;
  - . Assegurar o arquivo da documentação de suporte à realização e/ou frequência de formações.

## 2. NUTRIÇÃO CLÍNICA

A identificação do risco nutricional, seguida da avaliação e intervenção no estado nutricional dos utentes, bem como a sua monitorização e comunicação dos resultados obtidos, de acordo com o preconizado no *Nutrition Care Process*, constitui um fator determinante para o sucesso da intervenção do nutricionista nas residências geriátricas (40, 41). Neste sentido, a identificação do risco nutricional permite sinalizar os indivíduos que estão desnutridos ou em risco de desnutrição, determinando a necessidade de proceder à avaliação do estado nutricional, e consequente intervenção nutricional personalizada.

A avaliação do estado nutricional visa realizar um diagnóstico nutricional individual, devendo o nutricionista procurar encontrar as suas causas etiológicas, através da avaliação clínica e funcional, da ingestão alimentar, dos dados antropométricos, da composição corporal e dos dados bioquímicos, no âmbito da consulta de nutrição (42).

A intervenção nutricional compreende a instituição de suporte ou plano nutricional, de acordo com as necessidades estabelecidas, tendo em vista a adequação da ingestão alimentar e nutricional. Esta é propositadamente desenhada e planeada, em articulação com a equipa multidisciplinar, com o intuito de modificar comportamentos, fatores de risco, fatores ambientais e/ou aspetos do estado de saúde relacionados com a nutrição. É direcionada à resolução da etiologia ou do diagnóstico nutricional, podendo também incluir o alívio de sintomas (40).

A monitorização dos utentes pretende identificar o progresso alcançado e averiguar se os objetivos nutricionais e terapêuticos foram concretizados, contribuindo assim para a melhoria do estado nutricional e clínico.

De seguida, apresentam-se as atividades que o nutricionista deverá considerar nesta área de intervenção.

### 2.1. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL

- **Identificação e monitorização do risco nutricional em pessoas idosas:**

- . Aplicar a ferramenta de rastreio nutricional *Mini Nutritional Assessment Short Form*® (MNA-SF) (43, 44);
- . Aplicar a ferramenta 48h após a admissão do utente;
- . Aplicar a ferramenta após eventos significativos (p. ex.: internamento hospitalar, intercorrência infecciosa, luto) e trimestralmente (43).

Sempre que se verifique a **presença de risco nutricional** (pontuação MNA-SF  $\leq 11$ ), o nutricionista deverá proceder à avaliação do estado nutricional, interpretando os dados do rastreio de desnutrição e incorporando informação adicional (45).

## 2.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- **Avaliação do estado nutricional:**

- . Realizar a avaliação clínica e funcional:

- Recolher a história clínica, toma de fármacos modificadores do apetite, presença de alterações neuropsicológicas (depressão, demência), avaliar a capacidade funcional, avaliar a dimensão social, a força muscular (p. ex. força preensão palmar) e performance física (p. ex. velocidade da marcha), presença de dificuldades de mastigação e/ou deglutição, e a presença de problemas gastrointestinais;

- . Avaliar a ingestão alimentar:

- Recolher a história nutricional e realizar anamnese alimentar;

- . Realizar a avaliação antropométrica e exame físico, tal como descrito na Tabela 2 (41, 46) (a avaliação da estatura e o registo do peso são fundamentais para realizar o rastreio de desnutrição e avaliação nutricional, bem como para monitorizar a evolução ponderal e a resposta a intervenções terapêuticas):

- Avaliar a estatura dos utentes no momento da admissão através de estadiómetro, de acordo com os procedimentos descritos na Orientação nº 017/2013 - Procedimentos Antropométricos na Pessoa Adulta, da DGS (47). Nos utentes acamados ou incapazes de seguir os procedimentos acima mencionados, a avaliação da estatura é realizada através da medida da semi-envergadura, como descrito no guia para completar o *Mini Nutritional Assessment*®(44);

- Registrar o peso no momento de admissão, mensalmente e sempre que se verifique a ocorrência de um evento significativo que possa influenciar este parâmetro. O peso do utente é um indicador do risco e do estado nutricional, com importância relevante no seu estado de saúde. A pesagem é uma tarefa atribuída aos profissionais de enfermagem, uma vez que são os mais aptos a realizá-la neste contexto, com diminuição significativa do risco de queda ou outras intercorrências durante a mesma. Sempre que possível, o nutricionista participará neste processo. Os utentes que possuam capacidade para a deambulação e equilíbrio estático na posição ereta preservado, devem ser pesados numa balança convencional, de acordo com a Orientação nº 017/2013 - Procedimentos Antropométricos na Pessoa Adulta, da DGS (47). Os utentes acamados ou sem capacidade para deambulação e sem equilíbrio estático que permita a pesagem como anteriormente descrito, devem ser pesados com recurso a um equipamento adequado;
- Monitorizar a evolução ponderal, no âmbito da adequação da dieta prescrita e terapêutica nutricional;

Tabela 2. Avaliação do estado nutricional – avaliação antropométrica e exame físico

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E EXAME FÍSICO									
ANTROPOMETRIA	ALTURA, PESO, ÍNDICE DE MASSA CORPORAL								
EXAME FÍSICO	PERDA DE GORDURA SUBCUTÂNEA (21)	Região orbital, tricipital, intercostal							
	PERDA DE MASSA MUSCULAR (48)	Têmporas, clavícula, ombros, músculos interósseos, escápula, coxa e gêmeo							
	ACUMULAÇÃO DE FLUÍDOS (48)	Extremidades, edema vulvar/escrotal, ascite							
	ESTADO HIDRATAÇÃO (49)	Diminuição da produção de suor, mucosa oral seca, redução da elasticidade da pele, urina com cor e odor intensos, diminuição do débito urinário							
	CARÊNCIA DE VITAMINAS E MINERAIS (50)	<table border="1"> <tr> <td>Cabelo</td> <td>Perda (vitamina B12 e folato), fraco (biotina e zinco), seco (vitamina A e E), enrolado (vitamina A e C)</td> </tr> <tr> <td>Pele</td> <td>Descamação (riboflavina), petéquias (vitamina A e C), hemorragia perifolicular (vitamina C), equimoses (vitamina C e K), xerose (ácidos gordos essenciais), pigmentação (niacina), queratose folicular (vitamina A), dermatite (zinco)</td> </tr> <tr> <td>Olhos</td> <td>Xerose (vitamina A)</td> </tr> <tr> <td>Boca</td> <td>Queilite angular (vitaminas do complexo B e ferro), glossite (niacina, folato, vitamina B12), língua magenta (riboflavina), gengivite (vitamina C)</td> </tr> </table>	Cabelo	Perda (vitamina B12 e folato), fraco (biotina e zinco), seco (vitamina A e E), enrolado (vitamina A e C)	Pele	Descamação (riboflavina), petéquias (vitamina A e C), hemorragia perifolicular (vitamina C), equimoses (vitamina C e K), xerose (ácidos gordos essenciais), pigmentação (niacina), queratose folicular (vitamina A), dermatite (zinco)	Olhos	Xerose (vitamina A)	Boca
Cabelo	Perda (vitamina B12 e folato), fraco (biotina e zinco), seco (vitamina A e E), enrolado (vitamina A e C)								
Pele	Descamação (riboflavina), petéquias (vitamina A e C), hemorragia perifolicular (vitamina C), equimoses (vitamina C e K), xerose (ácidos gordos essenciais), pigmentação (niacina), queratose folicular (vitamina A), dermatite (zinco)								
Olhos	Xerose (vitamina A)								
Boca	Queilite angular (vitaminas do complexo B e ferro), glossite (niacina, folato, vitamina B12), língua magenta (riboflavina), gengivite (vitamina C)								

- . Aferir a composição corporal, podendo esta ser estimada com recurso a parâmetros antropométricos, como os perímetros do braço, perna e cintura, incorporados em equações preditivas ou tabelas de percentil, ou, idealmente, realizada através de Impedância Bioelétrica Tetrapolar (BIA), aferindo-se a quantidade de massa gorda e massa isenta de gordura (51). No entanto, a utilização de BIA na população idosa implica a necessidade de utilizar equações específicas e validadas para a avaliação de pessoas idosas. O cumprimento das condições de preparação é fundamental para salvaguardar para a obtenção de resultados fiáveis (52).
- . Analisar os dados bioquímicos através da avaliação

bioquímica que deverá ser realizada através de laboratório creditado para o efeito, que irá permitir a monitorização da evolução dos parâmetros analíticos ao longo do tempo. Na avaliação bioquímica, o parâmetro utilizado mais frequentemente é a albumina, considerando-se a possibilidade de presença de desnutrição quando os seus níveis séricos são inferiores a 35 g/dL (45, 53). Todavia, é necessária a definição de um painel analítico com parâmetros hematológicos, perfil lipídico, perfil glicídico, com monitorização da função renal e hepática, e parâmetros inflamatórios. Paralelamente, será importante ter em conta a concentração sérica de homocisteína, folatos, vitamina B12 e vitamina D (54).

Na impossibilidade de dispor de todos os parâmetros mencionados anteriormente, o nutricionista recorre à análise crítica e mobiliza o seu conhecimento científico para realizar a melhor intervenção com os meios de que dispõe, devendo progressivamente sensibilizar os Órgãos de Gestão/Direção Técnica para a importância da aquisição destes materiais/equipamentos e alterar as dinâmicas instituídas, potenciando a disponibilidade de análises clínicas recentes, para uma melhor avaliação clínica.

- **Elaboração de diagnóstico nutricional individual**

. Segundo a *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN), a avaliação do estado nutricional poderá culminar no diagnóstico das seguintes patologias: excesso de peso, deficiências de micronutrientes, sarcopenia e síndrome de fragilidade, desnutrição e *re-feeding syn-*

*drome* (55). De acordo com os critérios da *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM), a presença de desnutrição é diagnosticada quando se verifica a presença de, pelo menos, um critério fenotípico e um critério etiológico, de acordo com a Tabela 3 (56). Após o diagnóstico de desnutrição, esta poderá ser classificada segundo a sua gravidade, através da presença de pelo menos um critério fenotípico, de acordo com a Tabela 4.

Tabela 3. Critérios de desnutrição

CRITÉRIOS FENÓTIPICOS	
Perda de peso (%)	> 5% nos últimos 6 meses ou > 10% há mais de 6 meses
↓ IMC (kg/m <sup>2</sup> )	< 20 se idade < 70 anos ou < 22 se idade > 70 anos
↓ Massa muscular*	Circunferência da Perna < 31 cm (57,58)
CRITÉRIOS ETIOLÓGICOS	
Diminuição da ingestão ou absorção de alimentos	≤ 50% das necessidades > 1 semana, ou qualquer redução em período > 2 semanas ou qualquer condição GI crónica que afeta negativamente a assimilação e/ou absorção de alimentos
Inflamação	Doença ou lesão aguda Doença crónica

\*Os critérios GLIM, para avaliação da massa muscular, recomendam a utilização de densitometria óssea bifotónica (DEXA), ou outro método validado para a avaliação da composição corporal, como a análise por bioimpedância, ecografia, tomografia axial computadorizada (TAC) ou ressonância magnética. No entanto, estas medidas, dificilmente se encontram disponíveis nas instituições. Assim, e de acordo com o referenciado pelos autores dos critérios GLIM, as medidas antropométricas, nomeadamente a circunferência da perna, podem ser incluídas como medidas alternativas.

Tabela 4. Critérios de gravidade da desnutrição

CRITÉRIOS FENOTÍPICOS		
	ESTADIO 1 DESNUTRIÇÃO MODERADA	ESTADIO 2 DESNUTRIÇÃO SEVERA
Perda de Peso (%)	5-10% nos últimos 6 meses ou 10-20% há mais de 6 meses	>10% nos últimos 6 meses ou >20% há mais de 6 meses
↓ IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<20 se idade <70 anos ou <22 se idade >70 anos	<18,5 se idade <70 anos ou <20 se idade >70 anos
↓ Massa Muscular	Défice leve a moderado	Défice severo

## 2.3 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

- Elaboração de recomendações alimentares para a população idosa.
- Elaboração de manual de suplementação nutricional (tipo de suplementos, administração, monitorização).
- Elaboração de dietas nutricionalmente adaptadas às patologias e/ou necessidades nutricionais específicas:
  - . Identificar as necessidades nutricionais;
  - . Prescrever terapêutica nutricional de acordo com as necessidades identificadas.
- Elaboração do manual de dietas da instituição.

## 2.4. MONITORIZAÇÃO

- Reavaliação dos parâmetros recolhidos na avaliação inicial.
- Monitorização, num período de 48h, após a instituição do plano nutricional individualizado, por forma a verificar a tolerância e adequação do mesmo.
- Revisão do plano de intervenção nutricional sempre que necessário.
- Reavaliação no período de um mês, no caso de inexistência de intercorrências.

## 2.5 TRATAMENTO E AVALIAÇÃO DE DADOS

- **Registo dos dados do utente:**

- . Registrar no processo individual do utente os dados recolhidos na consulta de nutrição e as decisões terapêuticas (aplicação da ferramenta de rastreio de desnutrição, avaliação, intervenção e monitorização do estado nutricional);
- . Manter a privacidade e confidencialidade dos dados do processo do utente sob a responsabilidade do nutricionista e/ou dos Órgãos de Gestão do estabelecimento, nomeadamente Direção Técnica ou Direção Clínica, de acordo com tipo de serviço prestado, devendo esta responsabilidade estar definida previamente à prestação do serviço;
- . Partilhar, caso se afigure necessário, com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar do respetivo estabelecimento os dados do processo do utente que necessitem e desde que o autorize previamente;
- . Tratar os dados em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (59).

- **Avaliação dos resultados:**

- . Apresentar os dados e discutir em reunião multidisciplinar, tendo em vista a elaboração do plano de intervenção individual.

# 3. NUTRIÇÃO COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Com um universo de 170 000 utentes, os estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas são responsáveis pela prestação de cuidados que visem prevenir a doença, melhorar a saúde e a eficiência física e mental dos indivíduos, por meio de esforços organizados da comunidade, nomeadamente através do recurso ao desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurem ao indivíduo um nível de vida adequado para a melhoria da sua saúde.

No domínio da saúde pública, os estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas atuam ao nível de quatro âmbitos chave, nomeadamente a proteção da saúde, prevenção da doença, promoção da saúde e restituição da saúde (60).

Frequentemente as atividades do nutricionista no âmbito da nutrição comunitária e saúde pública são agrupadas na atuação ao nível da educação alimentar e intervenção comunitária, bem como atuação no âmbito da capacitação de diferentes profissionais no domínio dos estabelecimentos de apoio a idosos.

No âmbito dos estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas poderão ser identificados como grupos populacionais-alvo, entre outros:

- Utentes;
- Profissionais que prestam serviço na instituição;
- Trabalhadores;
- Familiares dos utentes;
- Cuidadores de utentes;
- Comunidade em geral.

## 3.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E OFERTA ALIMENTAR

Antes de atuar, importa medir, para melhor planear e posteriormente reavaliar. Assim, de seguida descrevem-se algumas ações que, ao nível da intervenção do nutricionista na vertente da nutrição comunitária e saúde pública deverão ser prioritárias.

Assim, o nutricionista poderá ter como ações:

- **Recolha, análise e monitorização de indicadores epidemiológicos, relacionados com o estado nutricional;**
  - Peso, estatura, perímetros, ferramentas de avaliação do risco/estado nutricional.
- **Recolha, análise e monitorização de indicadores epidemiológicos, relacionados com os hábitos alimentares;**
  - Adesão ao padrão alimentar mediterrânico, frequências de consumos; adequação do consumo alimentar face ao Guia Alimentar Português.

- **Recolha, análise e monitorização de indicadores epidemiológicos, relacionados com indicadores sociais e sociodemográficos;**
  - Estado civil, escolaridade, profissão anterior, agregado familiar, condições habitacionais (se aplicável), entre outros.
- **Avaliação e análise da oferta alimentar dos estabelecimentos:**
  - . Seleccionar uma ferramenta validada para a população alvo é muito importante para a análise correta dos dados obtidos.
  - . Planear recomendações alimentares para grupos de indivíduos, e quando necessário desenhando programas de alimentação e nutrição (ponto 3.2).
- **Participação na execução e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos, ao nível nacional, local ou regional, visando o planeamento de ações específicas.**

## 3.2. EDUCAÇÃO ALIMENTAR E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Ao nível da educação alimentar e intervenção comunitária, importa reforçar a necessidade de desenhar o projeto/ programa de intervenção comunitária tendo por base os resultados epidemiológicos obtidos no ponto 3.1, bem como a definição de indicadores de medição da implementação e sucesso da intervenção. Estas ações enquadram-se fundamentalmente ao nível da prevenção da doença, em que o nutricionista nos estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas assume particular relevância ao nível de atividades relacionadas com a redução da incidência de doença, através de ações que visem a identificação precoce de patologias ou possibilitem o não surgimento de determinada patologia; e ao nível da promoção da saúde, em que o nutricionista nos estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas assume particular relevância ao nível de atividades relacionadas com a promoção da adoção de estilos de vida saudáveis.

Assim, o nutricionista poderá ter como ações:

- **Estabelecimento de recomendações e ações direcionadas à realidade do estabelecimento;**
- **Planificação, execução e avaliação de ações de educação alimentar e nutricional;**
- **Promoção de programas e projetos de educação alimentar e nutricional direcionados às diferentes faixas etárias na comunidade utilizadora da instituição;**
- **Desenvolvimento, planeamento e implementação de políticas nutricionais e alimentares, direcionadas a toda a população;**

- Elaboração de material didático para uso de programas de alimentação e nutrição;
- Promoção da literacia alimentar e nutricional de grupos populacionais;
- Promoção, participação e divulgação de estudos e pesquisas, promovendo o intercâmbio técnico-científico.

Através das ações realizadas a este nível, o nutricionista contribuirá de forma muito explícita para a promoção da literacia alimentar e nutricional:

- dos utentes;
- da comunidade;
- dos profissionais que prestam serviço na instituição;
- dos cuidadores e trabalhadores internos.

### 3.3. FORMAÇÃO

O planeamento e desenvolvimento de ações de capacitação/formação destinadas a trabalhadores, cuidadores, entre outras assume-se como transversal a todas as áreas de atuação da saúde pública, devendo esta matéria ser incluída no plano anual de formação dos estabelecimentos. Assim, neste domínio o nutricionista poderá contribuir para a realização de:

- Formação interna a funcionários;
- Formação externa, nomeadamente a cuidadores;
- Formação prática em contexto de trabalho, frequentemente designada por formação *on the job*.

O processo de desenvolvimento da formação neste contexto poderá seguir as recomendações listadas no ponto 1.4., na página 20 deste manual.

# III. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

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 às diversas respostas sociais e nos diferentes níveis de cuidados que estas instituições do sector social e solidário prestam garantindo o 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 um Serviço de Nutrição e Alimentação 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 outro(s) serviço(s) garante, por si, uma distribuição e utilização equitativa e racional dos recursos pelos diferentes domínios de intervenção e avaliando o resultado das ações.

Com a finalidade de facilitar a organização do Serviço de Nutrição e Alimentação em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas, o mesmo deve assentar em **15 princípios orientadores**:

1. Assegurar adequadas qualificações e competências dos nutricionistas;
2. Garantir a adequabilidade do perfil de competências afetas a cada área;
3. Salvaguardar 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 a harmonização de procedimentos e intervenções dos nutricionistas;
6. Promover e garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e serviços prestados;
7. Uniformizar e compatibilizar os registos específicos de cada área;

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, com especial destaque para a humanização dos cuidados de saúde no setor social;
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 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 interpares entre os diferentes domínios de atuação, 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.

## 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.

## FINALIDADE

- Assegurar um serviço competente para garantir a otimização da alimentação e da nutrição dos utentes dos estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas, obtendo assim ganhos em saúde;
- Rentabilizar recursos, através da centralização funcional dos nutricionistas, e promover uma intervenção integrada, por via da uniformização de procedimentos e de boas práticas.

## ORGANIZAÇÃO

- Em cada estabelecimento de apoio social para pessoas idosas deve existir um Serviço de Nutrição e Alimentação que integre todos os nutricionistas e que deve dispor de uma equipa técnica própria, composta por nutricionistas, podendo integrar outros profissionais (27-29);
- O Serviço de Nutrição e Alimentação, deverá estar na dependência direta da Direção Técnica e deverá ser dirigido por um nutricionista (27-29);
- Compete ao Serviço de Nutrição e Alimentação intervir nas áreas da alimentação coletiva e restauração, da nutrição clínica e da nutrição comunitária e saúde pública;
- O serviço deverá ser um órgão autónomo, hierarquicamente dependente do Diretor Técnico;
- A definição do trabalho a realizar deve ser decidida, organizada e protocolada pelo Serviço de Nutrição e Alimentação em articulação com o Diretor Técnico do estabelecimento;
- Compete ao Serviço de Nutrição e Alimentação a definição dos objetivos e monitorização do seu cumprimento;
- As necessidades de equipamento devem ser mapeadas anualmente, para garantir o melhor serviço dos profissionais do Serviço de Nutrição e Alimentação.

## OPERACIONALIZAÇÃO

- O modelo de organização da prestação de cuidados na área da nutrição 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 adequado no âmbito dos sistemas de informação.

## 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

## COMPOSIÇÃO

- O Serviço de Nutrição e Alimentação é composto por todos os nutricionistas;
- Os estagiários, independentemente da sua tipologia, quando existam, devem estar sempre afetos ao serviço;
- O serviço será dirigido por um nutricionista, designado de coordenador;
- O Serviço de Nutrição e Alimentação pode ainda integrar outros profissionais.

### FUNÇÕES DO COORDENADOR

- Representar o Serviço de Nutrição e Alimentação, quer interna quer externamente;
- Elaborar os planos de atividades anuais e sua integração no Plano de Ação do estabelecimento;
- Elaborar os relatórios de atividades anualmente desenvolvidas pelo Serviço de Nutrição e Alimentação;
- 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;
- Assegurar a adequação, qualidade, eficácia e eficiência técnica e científica dos trabalhos prestados pelo Serviço de Nutrição e Alimentação;
- 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 e serviços da instituição, nomeadamente na melhoria dos processos transversais e no estabelecimento de protocolos de atuação;
- 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;
- Coordenar as atividades de formação e investigação do Serviço de Nutrição e Alimentação;
- Promover um espírito de partilha de terminologia científica comum a ser adotada pelos elementos do serviço, contribuindo para uma melhoria da comunicação;
- 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 Direção Técnica na resolução dos problemas identificados na respetiva área, 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 da Direção Técnica;
- Participar nos processos de seleção e recrutamento de nutricionistas e de outros profissionais afetos ao serviço;
- Colaborar no processo de gestão de férias dos profissionais afetos ao serviço.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estimativas de População Residente em Portugal 2019. Destaque: Informação à comunicação social. 2020.
2. Economic and Financial Affairs. The 2018 Ageing Report - Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016–2070). European Commission. Luxembourg; 2018.
3. Instituto Nacional de Estatística (INE). Tábuas de Mortalidade 2017 – 2019. Destaque: Informação à comunicação social. 2020.
4. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Geneva; 2015.
5. Gopinath B RJ, Flood VM, Burlutsky G, Mitchell P. Adherence to dietary guidelines positively affects quality of life and functional status of older adults. *J Acad Nutr Diet*. 2014; Feb;114(2):220-9.
6. Rasheed S WR. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013 (2):561-6.
7. Robinson SM RJ, Rizzoli R, Shaw SC, Kanis JA, Bautmans I, *et al*. Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clin Nutr* 2018; Aug;37(4):1121-32.
8. Nieuwenhuizen WF WH, Rigby P, Hetherington MM. Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 2010; 29(2):160-9.
9. Cox NIK, Sayer A, Robinson S, Roberts H. Assessment and Treatment of the Anorexia of Aging: A Systematic Review. *Nutrients* 2019; Jan 11;11(1):144.
10. Madeira T P-PC, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Goulão B, *et al*. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public Health Nutr* 2019; Mar 15;22(3):486-97.
11. Madeira T P-PC, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Nicola PJ, *et al*. Geriatric assessment of the Portuguese population aged 65 or over living in the community: the PEN-3S study. *Acta Med Port* 2020; Jul 1;33(7-8):475-482.
12. Madeira T P-PC, Sousa-Santos N, Santos O, Costa J, Alarcão V, *et al*. The association between living setting and malnutrition among older adults: the PEN-3S study. *Nutrition* 2019; Nov 1;73:110660.

13. Volkert D BA, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, *et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019; Feb;38(1):10-47.
14. Santos A AT, Guerra RS, Sousa AS, Álvares L, Moreira P, *et al.* Vitamin D status and associated factors among Portuguese older adults: Results from the Nutrition UP 65 cross-sectional study. *BMJ Open* 2017; Jun 1;7(6):e016123.
15. Gamba M MP, Borges N, Santos A, Afonso C, F. Amaral TF, Padrão P. Are older adults with excessive sodium intake at increased risk of hypohydration? *J Hum Nutr Diet* 2021; Oct;34(5):834-840.
16. Sousa-Santos AR AC, Borges N, Santos A, Padrão P, Moreira P, *et al.* Sarcopenia and Undernutrition Among Portuguese Older Adults: Results From Nutrition UP 65 Study. *Food Nutr Bull* 2018; Sep 10;39(3):487-92.
17. Sousa-Santos AR AC, Moreira P, Padrão P, Santos A, Borges N, *et al.* Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Arch Gerontol Geriatr* 2018; Jan 1;74:162-8.
18. Milne AC PJ, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; Apr 15;2009(2):CD003288.
19. Cawood AL EM, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Vol. 11. *Ageing Res Rev.* 2012; Apr;11(2):278-9.
20. Amaral TF ML, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazaré M, *et al.* The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007; Dec;26(6):778-84. 2007.
21. Van de Rest O BA, Haveman-Nies A, de Groot LC. Dietary Patterns, Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review. *Adv Nutr* 2015; Mar 1;6(2):154-68.
22. Milaneschi Y BS, Corsi AM, Lauretani F, Paolisso G, Dominguez LJ, *et al.* Mediterranean diet and mobility decline in older persons. *Exp Gerontol* 2011; Apr;46(4):303-8.
23. Bloom I SC, Cooper C, Robinson S, Baird J. Diet Quality and Sarcopenia in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients.* 2018 Mar 5;10(3):308.
24. Ntanasi E YM, Kosmidis MH, Anastasiou CA, Dardiotis E, Hadjigeorgiou G, *et al.* Adherence to Mediterranean Diet and Frailty. *J Am Med Dir Assoc* 2018; Apr 1;19(4):315-322e2.
25. Flanagan D, Fisher T, Murray M, Visvanathan R, Charlton K, Thesing C, *et al.* Managing undernutrition in the elderly - prevention is better than cure. *Aust Fam Physician.* 2012; 41(9):695-9.
26. Assembleia da República. Resolução n.º 253/2018. Diário da República n.º 153/2018, Série I de 2018-08-09, (2018).

27. Instituto da Segurança Social IP. Manual de processos-chave: Estrutura Residencial para Idosos. 2007.
28. Instituto da Segurança Social IP. Manual de processos-chave: Serviço de Apoio Domiciliário. 2010.
29. Instituto da Segurança Social IP. Manual de processos-chave: Centro de Dia. 2010.
30. Volkert D BA, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019; Feb; 38(1):10-47.
31. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Lisboa; 2019.
32. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Normativo n.º 12/98. Diário da República n.º 47/1998, Série I-B de 1998-02-25, (1998).
33. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria n.º 67/2012. Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21, (2012).
34. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria n.º 38/2013. Diário da República n.º 21/2013, Série I de 2013-01-30, (2013).
35. FAO/WHO. Programme JFWFS. Codex Alimentarius Commission. General Principles of Food Hygiene CXC 1-1969. Rome; 2020.
36. Parlamento Europeu e do Conselho. Regulamento (CE) n.º 852/2004. Jornal Oficial da União Europeia, L 139/1 de 2004-03-29, (2004).
37. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Orientações para o Fornecimento de Refeições Saudáveis pelas Entidades da Economia Social. Lisboa; 2016.
38. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Proposta de ferramenta de avaliação qualitativa de ementas destinadas a idosos. Lisboa; 2017.
39. Parlamento Europeu e do Conselho. Regulamento (UE) n.º 1169/2011. Jornal Oficial da União Europeia, L 304/18 de 2011-10-25, (2011).
40. Swan WI VA, Nancy A Hakel-Smith NA, Hotson B, *et al*. Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J Acad Nutr Diet* 2017, Dec;117(12):2003-2014.
41. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003 Aug;22(4):415-21.
42. Mueller C, Compher C, Ellen DM. ASPEN Clinical Guidelines: nutrition screening, assessment and intervention in adults. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition* 2011; 35 (1):16-24.

43. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S *et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):10-47.
44. Institute Nestlé Nutrition. Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. 2009.
45. Mahan L E-SS, Raymond J, Krause M. Krause's food & the nutrition care process. 14th Edition. Elsevier, 2017.
46. Abizanda P SA, Barcons N, Lizán L, Rodríguez-Mañas L. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc Elsevier Inc;* 2016;17(1):17-23.
47. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 017/2013 - Procedimentos Antropométricos na Pessoa Adulta. Lisboa; 2013.
48. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M *et al.* Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2012 May;36(3):275-83.
49. Woodward M. Guidelines to Effective Hydration in Aged Care Facilities. Australia; 2013.
50. Jensen GL, Binkley J. Clinical manifestations of nutrient deficiency. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2002 Sep-Oct;26(5 Suppl):S29-33.
51. Cederholm T BI, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, *et al.* Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr Elsevier Ltd;* 2015;34(3):335-40.
52. Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M *et al.* Bioelectrical impedance analysis-part II: utilization in clinical practice. *Clin Nutr.* 2004 Dec;23(6):1430-53.
53. Ferry M, Alix E. A nutrição na pessoa idosa - Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais. 2ª Edição. 2004.
54. Truijen SPM, Hayhoe RPG, Hooper L, Schoenmakers I, Forbes A *et al.* Predicting Malnutrition Risk with Data from Routinely Measured Clinical Biochemical Diagnostic Tests in Free-Living Older Populations. *Nutrients.* 2021 May 31;13(6):1883
55. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G *et al.* ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017 Feb;36(1):49-64.
56. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R *et al.* GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):1-9.
57. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019 Jan; 48(1): 16-31.

58. Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M *et al.* Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr.* 2014 Jun;33(3):539-44.
59. Parlamento Europeu e do Conselho. Regulamento (UE) 2016/679. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119/1 de 2016-04-27; (2016).
60. Sanmartí LS. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones.* Madrid: Díaz de Santos, 1985.



ORDEM DOS  
NUTRICIONISTAS