

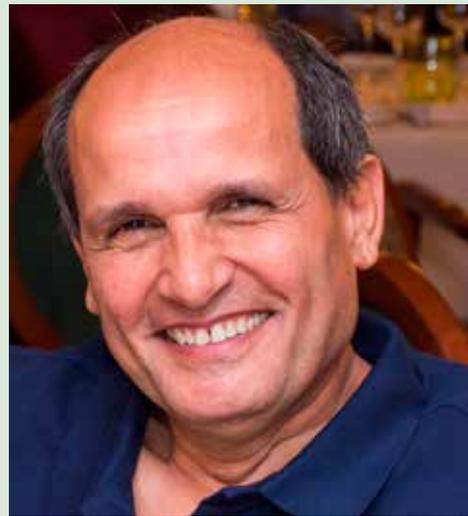


APNEP ganha o MNI Grant 2019 for "Optimal Nutritional Care Project"



After hearing that the APNEP and Portugal won the 2019 MNI prize in Krakow, Frank de Man, Executive Director of the European Nutrition for Health Alliance (ENHA) exclaimed: 'No wonder! These Portuguese best practices show how health care professionals, patients, government and health care authorities can effectively work together and is also unique in Europe'.

MNI GRANT 2019



Em dezembro de 2016 a Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP) foi admitida oficialmente na campanha europeia da ONCA (por uma nutrição adequada para todos). Tínhamos como objetivo uma melhoria dos cuidados nutricionais em Portugal. A alimentação constitui um direito humano fundamental consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem e é um requisito básico para a promoção e proteção da saúde e a consequente salvaguarda da dignidade humana.

Um país com a tradição que tem de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de excelência não podia continuar a ignorar que nem todos os doentes têm garantido o acesso a um suporte nutricional adequado, tendo em consideração estas três vertentes fundamentais: disponibilidade, adequação e acessibilidade. Ao SNS pede-se que seja inclusivo e não deixe ninguém para trás, que seja um porto de abrigo para todos, sem olhar a idades, condições económicas ou

localizações geográficas.

Nestes últimos dois anos, procurámos promover uma ação ponderada, realista, mas com ambição. Promovemos reuniões, estimulámos consensos, sugerimos soluções e prazos de implementação de medidas. Obtivemos resultados que, obviamente, não aconteceram por acidente... Requereram uma equipa com empenho e envolvimento na execução dos planos propostos e perseguição das expectativas desejadas.

Ao sermos distinguidos com o "MNI Grant" no dia 2 de setembro de 2019 em Cracóvia, sabemos que estamos no bom caminho. Este reconhecimento internacional de um esforço coletivo de várias associações enche-nos de orgulho, mas representa também um acréscimo de responsabilidade em prosseguir com os nossos objetivos.

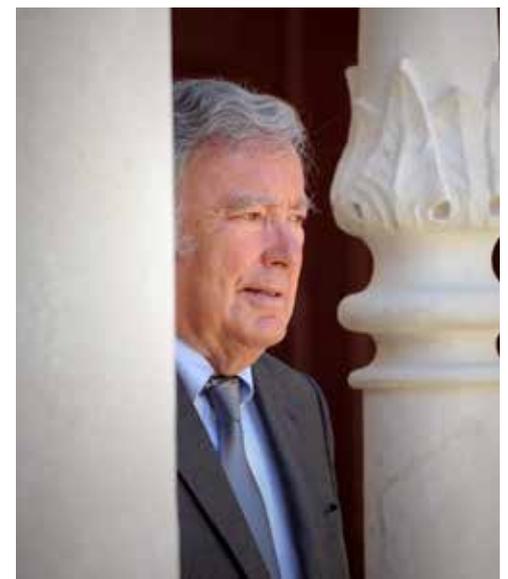
Estamos mais perto, mas continuamos ainda longe de termos, em Portugal, um suporte nutricional adequado para todos. Este prémio não garante que consigamos o objetivo... apenas nos assegura de que estamos no bom caminho.

Bem hajam pela honra que nos deram.

*Aníbal Marinho
Presidente da APNEP*

'The active support of the regional and local government of Sintra, represented by Mayor Basílio Horta and his staff, contributed to the success of the Portuguese platform. The Mayor's interest focused on, in particular, the social impact of nutrition in the less privileged parts of the region'.

Frank de Man, Executive Director of the European Nutrition for Health Alliance (ENHA)



optimal
nutritional care
for all

A malnutrição em Portugal. Um iceberg para todos?



A importância do acesso à nutrição para todos é fundamental no indivíduo saudável mas também no doente. A malnutrição por carência (desnutrição) é um grave problema de saúde pública, que atinge milhares de pessoas em todo o mundo e custa anualmente 170 mil milhões de euros, só a nível europeu. A nutrição clínica artificial permite prevenir e reverter situações de desnutrição, sendo uma solução eficaz, custo-efetiva e não invasiva no combate à desnutrição. A nutrição clínica artificial contempla a nutrição entérica (oral e por sonda) e a nutrição parentérica.

A malnutrição associada à doença (MAD) é um problema clínico e de saúde pública frequente, normalmente associado a fatores decorrentes da doença base e que regista um agravamento com a admissão hospitalar. Em todo o mundo, estima-se que cerca de 925 milhões de indivíduos sofram, em determinado momento, de malnutrição associada à doença. Embora seja uma situação conhecida de todos, a realidade em ambiente hospitalar é ignorada ou desvalorizada pelos profissionais, com consequências para os doentes e para o SNS. Como é possível melhorar a gestão da malnutrição e a diminuição do seu impacto no SNS?

A malnutrição associada à fome, à doença e ao envelhecimento é um termo geral que pode ser definido como uma ingestão insuficiente ou desequilibrada de nutrientes em função das necessidades nutricionais, que resulta na alteração da composição corporal, em alterações funcionais e na perda de massa corporal ou, num estado nutricional em que a deficiência ou desequilíbrio de calorias, proteínas ou outros nutrientes causa efeitos adversos que levam à diminuição das funções físicas e mentais e a um comprometimento

do prognóstico clínico de uma patologia subjacente. Reconhecendo a malnutrição como um fator de risco clínico grave, e com o intuito de uniformizar a terminologia, dar suporte às práticas nutricionais e melhorar os cuidados clínicos, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo - ESPEN definiu recentemente critérios de diagnóstico para a malnutrição.

A malnutrição, em países desenvolvidos, é uma condição debilitante de elevada prevalência em ambiente hospitalar, atingindo aproximadamente 10% a 60% dos doentes na admissão hospitalar e apresentando tendência para piorar durante o internamento. Tem sido associada a um aumento da morbidade e da mortalidade, a um agravamento do prognóstico do doente, a um internamento mais prolongado e a custos mais elevados para o SNS. A perda de peso em ambiente hospitalar é uma causa e uma consequência da doença. Para a sua elevada prevalência podem contribuir ainda complicações associadas à hospitalização, ou à própria doença, e que podem agravar a malnutrição pré-existente. Existem diversas causas para a malnutrição associada à doença. Entre elas estão a infeção e a inflamação, que podem alterar o metabolismo, o apetite, a absorção ou a assimilação de nutrientes; problemas gastrointestinais que podem reduzir a ingestão de alimentos, causar dor ou desconforto; efeitos adversos relacionados com a toma de medicação que podem interferir com a ingestão de alimentos ou provocar náuseas ou vômitos. Também nestes casos, os baixos rendimentos e o isolamento devido à idade ou à doença podem contribuir para a MAD.

Os custos da malnutrição associada à doença: Existem diversos aspetos no decurso e tratamento das doenças que podem afetar – e que são afetados – pela malnutrição, incluindo o uso de fármacos, as taxas de infeção e os défices nutricionais, e que estão associados a uma morbidade crescente, ao prolongamento do internamento hospitalar, à diminuição da qualidade de vida e ao aumento dos custos dos cuidados de saúde. Vários estudos concluíram que os doentes “em risco” nutricional apresentavam um internamento significativamente mais longo, quando comparado com o dos doentes que não apresentavam risco nutricional. Os doentes malnutridos vêem prolongado o seu internamento hospitalar e o seu tratamento. Os estudos revelam que a duração média do internamento hospitalar aumenta 40% a 70% nos doentes malnutridos.

Diversos estudos relataram ainda uma relação entre a malnutrição e a diminuição da qualidade de vida do doente, associada ao agravamento das condições da doença, a complicações e/ou ao prolongamento do internamento. Mesmo em situações mais ligeiras, como a doença gastrointestinal benigna, em que a qualidade de vida é geralmente baixa, esta regista

ainda assim um agravamento em doentes malnutridos.

Nos doentes oncológicos, o estado nutricional piora durante a hospitalização e está associado a um prolongamento significativo da hospitalização, uma qualidade de vida diminuída e um aumento dos custos gerais. É óbvio e inegável que todos os problemas abordados até agora, como o estado clínico e o estado nutricional agravados, associados a internamentos prolongados e a um prognóstico e qualidade de vida reduzidos, provocam um impacto económico enorme. Os custos de hospitalização dos doentes malnutridos variam de país para país e dependem dos parâmetros avaliados. Contudo, está comprovado que o custo de tratamento dos doentes malnutridos é superior ao dos doentes sem défices nutricionais. De uma forma global, a MAD está associada a um aumento de 45% a 100% nos custos hospitalares.

Dados de Portugal: Em Portugal, existem diversos estudos relativos à malnutrição associada à doença, em particular em ambiente hospitalar, no momento da admissão. Um estudo da Prof^a. Teresa Amaral da UPorto, levado a cabo em seis hospitais, mostrou que 36% dos doentes apresentavam risco de malnutrição (NRS-2002) e 9,7% estavam malnutridos à data da admissão. O conhecimento destes dados em Portugal pode ajudar a sinalizar as populações em maior risco e priorizar os recursos para a avaliação e tratamento. Um plano nacional para educar, rastrear e tratar doentes com malnutrição tem grande impacto, não só para os doentes e para a evolução da sua doença e do seu tratamento, mas também para a sociedade como um todo, do ponto de vista do custo para o SNS. Os custos associados a este problema são muito elevados, quando comparados com o custo relativamente baixo das intervenções terapêuticas, em particular se nos conseguíssemos focalizar na população mais atingida ou em risco.

A consciencialização e formação integrada dos profissionais de saúde facilita a implementação do rastreio e da avaliação dos doentes em risco e, consequentemente, uma intervenção precoce com aconselhamento e suporte nutricional adequados. Isto diminuiria o número de doentes malnutridos na readmissão hospitalar e o agravamento nutricional durante o internamento com os benefícios evidentes para todos.

Os doentes que têm alta e que necessitam de nutrição clínica artificial acabam por voltar ao hospital porque estão com MAD e não conseguem assegurar a nutrição clínica artificial no ambulatório ou no domicílio. São doentes que, quando têm alta hospitalar, saem sem qualquer apoio ou participação na aquisição da nutrição clínica. Este aporte nutricional, que é fundamental em contexto hospitalar, continua a ser indispensável na terapêutica do doente no ambulatório/domicílio. Como explicar a um doente que faz a nutrição clínica no hospital que não pode continuar

o seu tratamento em casa? Que a nutrição clínica artificial não é comparticipada? Mas que “pode” comprar na farmácia. Quando o doente/cuidador vai comprar, percebe que é de venda livre e que afinal “não pode” comprar e que o custo é insuportável. Qual a solução? Consumir alimentos para substituir suplementos, triturar alimentos e administrar por uma sonda... É no mínimo *sui generis*.

A acessibilidade à nutrição clínica nos doentes no domicílio/ambulatório é nula. Ao contrário do que sucede na maioria dos países europeus há mais de três décadas, onde o acesso é garantido a 100%, em Portugal o Estado demite-se deste apoio e acentua desigualdades sociais, uma vez que apenas os doentes com poder económico elevado conseguem reverter a sua malnutrição no contexto ambulatório/domicílio. A não acessibilidade à nutrição clínica artificial no ambulatório/domicílio traduz-se em elevados custos diretos e indiretos para o SNS, com deterioração da condição clínica dos doentes.

Desde 2016 que Portugal faz parte da campanha europeia ONCA (Optimal Nutritional Care for All), uma iniciativa que une diversas entidades de 18 países, como sociedades médicas, associações de doentes e agentes políticos, numa missão conjunta de implementação do rastreio nutricional e otimização dos cuidados nutricionais, construindo e acelerando a disseminação de boas práticas. A campanha

ONCA tem como objetivo que todos os indivíduos malnutridos ou com risco de malnutrição sejam sistematicamente rastreados, avaliados e tenham acesso a cuidados nutricionais adequados, equitativos e de qualidade. A implementação da campanha ONCA em Portugal permitiu colocar a malnutrição na agenda política. A obrigatoriedade do rastreio nutricional e a sua implementação efetiva está a dar os primeiros passos, mas é necessário que a intervenção nutricional seja continuada com profissionais de saúde envolvidos na nutrição e mais nutricionistas. É preciso aplicar o processo de cuidado nutricional integrando a avaliação do risco e estado nutricional, o diagnóstico nutricional, a intervenção e monitorização nutricional.

É importante assegurar que a nutrição integre os cuidados de saúde padrão e assegurar que nenhum doente permanece hospitalizado apenas para receber nutrição clínica. Os doentes com necessidade de nutrição clínica deverão ter o direito a uma vida independente e integrada no ambiente familiar. Deve-se assegurar que todos os doentes em ambulatório/domicílio tenham acesso à nutrição clínica de forma equitativa, independentemente da sua condição socioeconómica.

Temos uma preocupação real que não conseguimos transformar em mediática. A malnutrição associada à doença é um iceberg que provoca inúmeros naufrágios

nos doentes, cuidadores, profissionais de saúde, no SNS e no Estado. Para quando a preocupação em recuperar os nossos doentes para uma vida ativa com qualidade ou pelo menos com a dignidade a que todo o ser humano deve ter direito?

Lino Mendes
Prof. coordenador da ESTeSL-IPL -
Dietética e Nutrição
Secretário-geral da APNEP

‘In Krakow, the Portuguese ONCA platform was celebrated as a model for all European countries to improve health and nutritional care for all its citizens’.

Frank de Man, Executive Director
of the European Nutrition for Health Alliance (ENHA)

APNEP Staff 2019–2021

EXECUTIVE COMMITTEE Chairman: Aníbal Marinho; General Secretary: Lino Mendes; Treasurer: Manuela Oliveira; **Permanent members** – Physician: Nuno de Carvalho; Nurse: Abílio Cardoso Teixeira; Pharmacist: José Pessoa; Nutritionist: Teresa Amaral

GENERAL ASSEMBLY Chairman: António Sousa Guerreiro; General Secretary: Lino Mendes

AUDIT COMMITTEE Chairman: Fernando Próspero; Isabel Miranda; João Pedro Pinho; **NON-PERMANENT MEMBER** Carla Santos; Diana Mendes; Lisete Lemos



A importância da nutrição clínica na prática médica



Começo este artigo com uma palavra de esperança, pois considero que a consciencialização dos médicos para este assunto está a progredir, embora ainda muito longe do que se pretende atingir. Para esta situação, temos de reconhecer que as diversas campanhas promovidas nos diferentes meios de comunicação social, associadas às iniciativas governamentais no âmbito da malnutrição, têm sido importantes.

Mas o que é malnutrição? Esta situação engloba, por um lado, o excesso de peso e a obesidade (desde a obesidade ligeira à mórbida) e, por outro, a desnutrição.

No que respeita à primeira, é possível que a população em geral esteja mais bem informada sobre o risco cardiovascular da mesma (enfarte de miocárdio, angina de peito, acidente vascular cerebral, entre outros), mas, mesmo neste contexto, é preciso relembrar que as células de gordura (adiposas) que se localizam preferencialmente na cavidade abdominal são produtoras de inflamação crónica de baixo grau, tendo esta consequências nefastas, nomeadamente o aumento da incidência de cancro, como por exemplo, do cólon.

Gostaria, agora, de dirigir o leitor para o outro aspeto da malnutrição, a desnutrição. Não me estou a referir às situações de desnutrição por carência alimentar extrema,

cujas imagens através da televisão entram nas nossas casas todos os dias, mas sim à desnutrição que à vista do grande público ainda passa despercebida e é muitas vezes secundarizada. Saliento a desnutrição hospitalar nos idosos, sobretudo dos mais frágeis, pela idade avançada e/ou doenças associadas (é frequente que o idoso, quando é internado, para além do motivo de internamento tenha mais 5 ou 6 doenças associadas).

Sabe-se que, hoje em dia, a desnutrição hospitalar em serviços de medicina interna (especialidade nuclear hospitalar) ultrapassa, à data da admissão, os 50% com todas as consequências gravosas daí inerentes, de que saliento a menor capacidade de recuperação de doenças infecciosas agudas, a menor recuperação após intervenções cirúrgicas, o prolongamento da estadia hospitalar que, por sua vez, aumenta o risco de complicações tais como a desorientação no espaço e no tempo, a agitação psicomotora e as infeções adquiridas nos hospitais (nosocomiais), situações estas que, infelizmente, nalguns casos conduzem a um desfecho fatal.

O perfil dos doentes acima mencionados é, assim, o do doente crónico com agudização a justificar o internamento, alguns provenientes do domicílio, mas muitos vindos de lares, sendo múltiplos os internamentos anuais por doente.

Por aquilo que tentei transmitir-vos, é necessário que os médicos estejam cada vez mais consciencializados para este problema, tornando-se, por isso, fundamental que já durante a sua formação pré-graduada sejam devidamente expostos a um ensino que deve fornecer bases muito seguras nos primeiros anos e, posteriormente, contextualizá-lo, tendo por base os doentes com várias patologias que vão encontrando ao longo do curso.

Após a licenciatura, deverão desde o início perceber que é tão importante o registo da pressão arterial no processo clínico do doente, como o registo dos parâmetros nutricionais, nomeadamente a identificação do risco nutricional.

Sem querer entrar em pormenores, é a porta de entrada de “uma viagem” que se denomina o PROCESSO DO CUIDADO NUTRICIONAL (avaliação nutricional, diagnóstico nutricional, terapêutica nutricional, monitorização e relatório de alta nutricional).

Os médicos deverão intervir ativamente neste processo, em estreita ligação com outros profissionais de saúde, tais como nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos.

Esta “viagem”, que considero decisiva para a evolução clínica do doente, tem que ter obrigatoriamente uma interface perfeita com o ambulatório, nomeadamente o centro de saúde, sem a qual não haverá a indispensável integração de cuidados. Assim, iniciativas muito importantes a nível hospitalar poderão não ter qualquer seguimento após a alta.

A terminar, um ponto fundamental: a nutrição no âmbito domiciliário que na esmagadora maioria dos países industrializados já está plenamente instalada, continua no nosso país, exceto em situações pontuais, longe de estar generalizada, sendo urgente para além de uma organização adequada em recursos humanos e materiais, que os doentes tenham acesso a produtos nutricionais comparticipados, evidentemente rigorosamente justificados pelas autoridades competentes para o efeito.

Termino com uma palavra de esperança, pois com o trabalho persistente de todos nós, sem sensacionalismos, trabalhando muitas vezes na sombra, acredito que passo a passo poderemos melhorar a situação atual.

*António Sousa Guerreiro
Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas/NOVA MEDICAL SCHOOL
Assistente Graduado Sênior de Medicina Interna do CHULC e Coordenador da Comissão de Nutrição Clínica do CHULC*

