



















# Rastreo da Malnutrição nos Cuidados de Saúde Primários

## *Malnutrition Screening in Primary Health Care*

Paulo André Lopes<sup>1</sup> , Ana Carolina Roque<sup>2</sup> , Ana Luísa Sacramento<sup>3</sup> , Bruno Valentim<sup>4</sup> , Catarina Vieira Gonçalves<sup>5</sup> , Cristiane Lourenço<sup>6</sup> , Fábio Leite Costa<sup>7</sup> , Joana Roque<sup>8</sup> , João Grácio<sup>9</sup> , Pedro Agrela<sup>10</sup> , Pedro Tiago Lopes<sup>11</sup> , Ricardo Cleto Marinho<sup>12</sup> , Ricardo Ramos de Sousa<sup>13</sup> , Rita Viana<sup>14</sup> , Vitor Hugo Ferreira<sup>15</sup> , Manuel Teixeira Veríssimo<sup>16</sup> , Sílvia Tarantino<sup>17</sup> , Aníbal Marinho<sup>18</sup> 

### Resumo:

Na comunidade, a malnutrição manifesta-se pela perda de massa muscular, estando associada à diminuição da força muscular, ao aumento do risco de fragilidade, ao comprometimento funcional e da cicatrização de feridas crónicas, assim como a maior incidência de infeções. Estima-se que a malnutrição afete um em cada três idosos no seu domicílio e um em cada três utentes em instituições de cuidados de idosos. A malnutrição é reversível desde que o utente tenha acesso a um atempado rastreio nutricional que identifique o seu risco nutricional e instituída uma intervenção nutricional individualizada. A malnutrição associada à doença continua a ser percebida como um problema secundário nos cuidados de

saúde primários, pelo que a implementação do rastreio do risco nutricional, como um parâmetro de rotina, é o primeiro passo na melhoria do acesso aos cuidados nutricionais na comunidade. Neste artigo, é proposta a ferramenta *Malnutrition Universal Screening Tool* para rastreio nutricional de rotina nos cuidados de saúde primários.

**Palavras-chave:** Avaliação Nutricional; Cuidados de Saúde Primários; Envelhecimento; Estado Nutricional; Idoso; Malnutrição/diagnóstico.

### Abstract:

*In the community, malnutrition is manifested by the loss of muscle mass, being associated with a decrease in muscle strength, an increased risk of frailty, functional impairment and impaired healing of chronic wounds, as well as a higher incidence of infections. It is estimated that malnutrition affects one in three elderly people at home and one in three patients in elderly care institutions. Malnutrition is reversible as long as the patient has access to timely nutritional screening that identifies their nutritional risk and as long as an individualized nutritional intervention is instituted. Disease associated malnutrition continues to be perceived as a secondary problem in primary health care, so the implementation of nutritional risk screening, as a routine parameter, is the first step in improving access to nutritional care in the community. In this article, the Malnutrition Universal Screening Tool is proposed for routine nutritional screening in primary care.*

**Keywords:** Aged; Aging; Malnutrition/diagnosis; Nutrition Assessment; Nutritional Status; Primary Health Care.

<sup>1</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Rainha Santa Isabel, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Caminhos do Cértoma, Pampilhosa, Portugal

<sup>3</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Custóias, Custóias, Portugal

<sup>4</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Santo Amaro; Vila do Conde, Portugal

<sup>5</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Mirante, Olhão, Portugal

<sup>6</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Vouzela, Vouzela, Portugal

<sup>7</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Moscovide, Lisboa, Portugal

<sup>8</sup>Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública do Algarve I – Central, Faro, Portugal

<sup>9</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Fonte de Água; Alcabideche, Portugal

<sup>10</sup>Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde do Bom Jesus – SESARAM, Funchal, Portugal

<sup>11</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, Coimbra, Portugal

<sup>12</sup>Serviço de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

<sup>13</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Terras de Souza, Paredes, Portugal

<sup>14</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, Açores, Portugal

<sup>15</sup>Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde da Estrela, Covilhã, Portugal

<sup>16</sup>Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research, Coimbra, Portugal

<sup>17</sup>NutritionDay worldwide, Center for Medical Statistics, Informatics and Intelligence Systems, Medical University of Vienna, Viena, Áustria

<sup>18</sup>Serviço de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

## 1. Contextualização da Malnutrição

A malnutrição, ou malnutrição associada à doença, define-se como “um estado resultante da falta de ingestão ou absorção de nutrientes que leva à alteração da composição corporal (diminuição da massa muscular) e massa celular corporal, levando à diminuição da função motora e cognitiva e ao comprometimento da evolução da condição clínica”, de

acordo com a definição mais recente da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).<sup>1</sup>

A malnutrição traduz-se na perda de peso involuntária, ou seja, não programada. Os sinais físicos da malnutrição revelam-se pela perda de massa muscular, que levam a fragilidade e comprometimento funcional, redução da força muscular e sarcopenia, fadiga, comprometimento da cicatrização de feridas crónicas e maior incidência de infeções.<sup>2-4</sup>

A malnutrição é multifatorial, afeta todas as faixas etárias, com especial prevalência nos idosos, e é um fator independente do índice de massa corporal (IMC), podendo estar presente em utentes com IMC de magreza, eutrofia, excesso de peso ou obesidade.<sup>2</sup>

As causas mais frequentes da malnutrição, na comunidade, definem-se pela presença de anorexia (falta de apetite), alterações no paladar, xerostomia, falta de dentição, disfagia ou dificuldade na mastigação, presença de doenças crónicas que aumentem as necessidades proteicas e energéticas, alterações da função gastrointestinal (náuseas, vômitos, malabsorção, diarreia, obstipação), isolamento, incapacidade na realização das atividades do dia a dia como cozinhar, entre outras.<sup>2-4</sup>

Sumariamente, as consequências clínicas da malnutrição são<sup>5-11</sup>:

- A diminuição da força muscular e fragilidade (ex.: comprometimento musculoesquelético);
- O aumento do risco de quedas, e de quedas com fratura associada;
- O atraso na recuperação da doença / pós-cirúrgica;
- Piores *outcomes* clínicos (ex.: aumento na mortalidade);
- A diminuição da funcionalidade psicossocial (ex.: ansiedade, depressão, alteração da função cognitiva);
- O comprometimento da função imunitária;
- O atraso na cicatrização de feridas crónicas;
- O aumento do consumo de recursos de saúde (ex.: maior número de visitas aos cuidados de saúde primários);
- A diminuição da qualidade de vida.

Desta forma, a malnutrição constitui um grave problema de saúde pública, implicando gastos na ordem dos 170 mil milhões de euros apenas na Europa.<sup>12</sup>

Os grupos de risco para a presença de malnutrição, incluem os utentes que necessitam de intervenção nutricional devido a<sup>13,14</sup>:

- Doença crónica (ex.: doença pulmonar obstrutiva crónica, doença oncológica, doença gastrointestinal, doença renal ou hepática, artrite reumatóide, doença inflamatória intestinal);
- Doença neurológica progressiva (ex.: demência, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, esclerose lateral amiotrófica);
- Doença aguda / agudização de doença crónica: quando não é efetuada uma alimentação adequada e suficiente por um período superior a 5 dias;

- Fragilidade (ex.: imobilidade, doentes/síndromes geriátricas, alta hospitalar recente, sarcopenia - incluindo os utentes com sarcopenia associada a fragilidade ou a obesidade - obesidade sarcopénica);
- Reabilitação: necessidade de apoio contínuo, na comunidade, após um episódio agudo (ex.: pós-cirúrgico, AVC, terapêuticas antineoplásicas, alta hospitalar e/ou cuidados intensivos);
- Utentes com dificuldade na deglutição (disfagia);
- Utentes idosos.

Estima-se que a malnutrição afete um em cada três idosos no seu domicílio e um em cada três utentes em instituições de cuidados de idosos. Dados publicados no Reino Unido e Irlanda revelam que 10% da população que procura os cuidados de saúde primários se encontra em risco de malnutrição.<sup>13,15-19</sup>

A malnutrição é reversível desde que o utente tenha acesso a um atempado rastreio e intervenção nutricional, ou seja, desde que a malnutrição seja identificada precocemente e instituída uma intervenção nutricional individualizada tendo em conta a condição clínica, as necessidades nutricionais (com recurso à nutrição clínica, se necessário) e preferências do mesmo.<sup>1,2,4</sup>

A nutrição clínica, para efeitos deste documento, contempla o recurso a nutrição entérica (suplementos nutricionais orais ou bolsas de nutrição entérica por sonda) e a nutrição parentérica (intravenosa).<sup>1</sup>

A evidência clínica e o envelhecimento da população indicam que a incidência da malnutrição na comunidade continua a aumentar, em parte devido à ausência da implementação efetiva de um sistema de rastreio do risco nutricional para utentes no ambulatório/domicílio.<sup>20-22</sup>

Além da ausência de rastreio nutricional, outros fatores levam a que a gestão da malnutrição nos cuidados de saúde primários continue aquém das recomendações nutricionais, nomeadamente<sup>14,21</sup>:

- Falta de recursos humanos e formação:
  - o Ausência de módulos de nutrição clínica no currículo dos médicos de Medicina Geral e Familiar, assim como dos Enfermeiros de Saúde Familiar;
  - o Falta de Nutricionistas, apresentando-se em número insuficiente nos cuidados de saúde primários, para a gestão da malnutrição associada à doença.
- Baixos níveis de sensibilização e falta de responsabilização das equipas multidisciplinares relativamente à gestão da malnutrição;
- Obesidade e excesso de peso percecionados como uma prioridade de saúde pública;
- Restrições de tempo e falta de recursos/recomendações relativos à gestão da malnutrição na comunidade;
- Ausência de acessibilidade equitativa à nutrição clínica na comunidade.

A malnutrição associada à doença continua a ser percebida como um problema secundário nos cuidados de saúde primários, pelo que a implementação do rastreio do risco nutricional, como um parâmetro de rotina, é o primeiro passo na melhoria do acesso aos cuidados nutricionais no ambulatório/domicílio. Ao identificar os utentes com risco nutricional, a equipa multidisciplinar poderá instituir o plano de cuidados nutricionais de acordo com a gravidade do risco.<sup>14,20,23</sup>

## 2. Rastreio da Malnutrição em Cuidados de Saúde Primários

O MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) é uma das ferramentas de rastreio do risco nutricional validadas, sendo de fácil e rápida aplicação. Foi desenvolvida em 2003 por um grupo de trabalho multidisciplinar, que incluiu representantes do *Malnutrition Advisory Group* (MAG) e do Comité Permanente da British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). É a ferramenta de rastreio nutricional recomendada pela ESPEN e pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), para identificação do risco de malnutrição na comunidade.<sup>1,4,24,25</sup>

Sendo uma ferramenta geralmente aceite pelos profissionais de saúde, a maioria dos estudos que testaram a validade da MUST foram realizados em contexto hospitalar e residencial. Um estudo de validação aplicado em contexto de comunidade demonstrou boa sensibilidade (100%) e especificidade (98%) quando comparado com a avaliação clínica de um nutricionista especializado. Em idosos institucionalizados, a ferramenta de rastreio nutricional MUST revela-se como um fator preditor de mortalidade ( $p < 0,05$ ). Em estudos de validade de critério, em que a MUST foi comparada com outras ferramentas validadas, esta mostrou-se com boa especificidade (87% e 98%) e com sensibilidades de 48% e 77%.<sup>21,24,26</sup>

Importa referir que existem inúmeras ferramentas úteis e validadas para o rastreio nutricional. Pela sua relevância e facilidade de aplicação, citam-se as ferramentas: *Mini Nutritional Assessment - Short Form* versão 1 (MNA-SF), também validada para aplicação na comunidade e com bons resultados de especificidade e sensibilidade; *Malnutrition Screening Tool* (MST) e a *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002), ambas ferramentas que foram desenhadas para aplicação em contexto hospitalar, mas não validadas para aplicação na comunidade.<sup>21</sup>

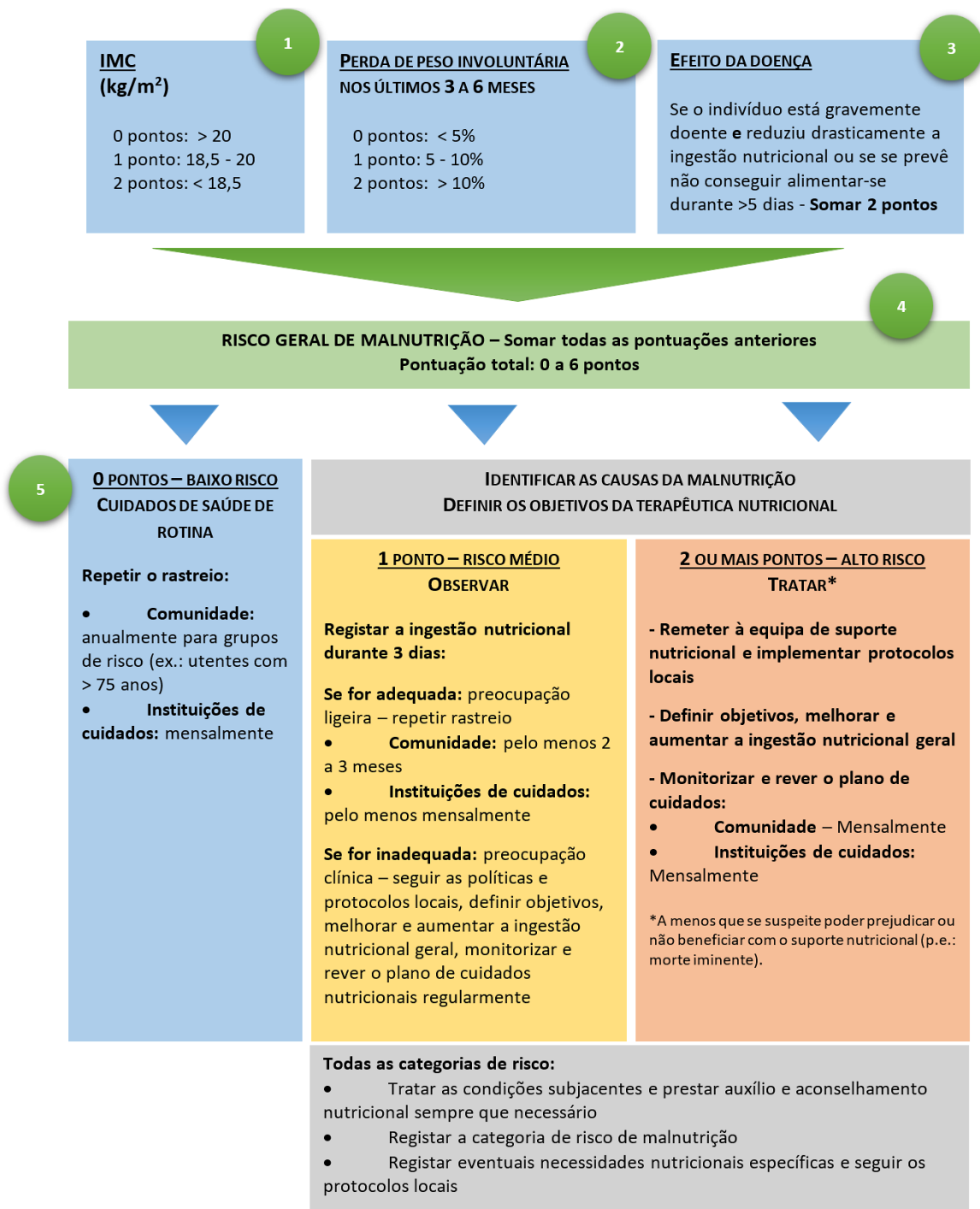
Além da ferramenta MUST identificar o risco nutricional de adultos, incluindo idosos, inclui ainda linhas de orientação que podem ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados individualizado. Pode ser aplicada por todos os profissionais de saúde. Inclui, ainda, linhas de orientação e aconselhamento sobre o plano de ação a implementar, consoante a pontuação obtida (baixo, médio ou alto risco de malnutrição).<sup>21,22,24,25</sup>

### O MUST identifica o risco de malnutrição em cinco passos<sup>24,25</sup>: (Fig. 1)

- Passo 1:** Medir a altura e o peso e calcular o IMC. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar procedimentos alternativos de cálculo (por exemplo, calcular a altura a partir do comprimento cubital; calcular a categoria de IMC a partir da circunferência da linha média do braço);
- Passo 2:** Calcular a perda de peso não intencional (ou involuntária). Se não for possível, utilizar a perda de peso indicada pelo indivíduo (se for fiável e realista);
- Passo 3:** Estabelecer o efeito da doença;
- Passo 4:** Somar as pontuações dos passos anteriores e obter a pontuação de risco geral de malnutrição;
- Passo 5:** Aplicar as linhas de orientação e/ou procedimentos locais para desenvolver um plano de cuidados nutricionais.

### 2.1 QUANDO NÃO É POSSÍVEL OBTER OS DADOS / MEDIÇÕES ALTERNATIVAS (Fig. 2)

- **Se não for possível medir a altura**  
Utilizar a altura recentemente documentada ou indicada pelo utente (se for fiável e realista). Se o utente não souber ou não tiver capacidade para indicar a altura, utilizar uma das medições alternativas para calcular a altura (cúbito, altura do joelho ou envergadura).
  - **Calcular a altura a partir do comprimento cubital**  
Medir entre a extremidade do olecrânio (o ponto do cotovelo) e o processo estilóide (ponto médio do osso saliente do pulso) (antebraço esquerdo, se possível).
- **Se não for possível calcular a perda de peso recente**  
Utilizar a perda de peso indicada pelo utente (se for fiável e realista).
- **Critérios subjetivos, se não for possível obter a altura, o peso ou o IMC**
  - 1. IMC**
    - Impressão clínica – magro, peso aceitável, peso a mais. O enfraquecimento óbvio (bastante magro) e a obesidade (peso a mais visível) também devem ser anotados.
    - **Indicação geral do IMC - calcular a categoria do IMC a partir da circunferência da linha média do braço (CLMB) - (Fig. 3):**
      - O membro superior esquerdo do indivíduo deve estar dobrado no cotovelo, num ângulo de 90° entre o braço e o antebraço, com o braço assente em paralelo à parte lateral do corpo.
      - Medir a distância entre a protuberância óssea no ombro (acrómio) e o ponto do cotovelo (extremidade do olecrânio).
      - Marcar o ponto médio.
      - Pedir ao indivíduo para deixar o braço solto e medir em volta do braço no ponto médio, certificando-se de que



**Figura 1:** Rastreio nutricional pela ferramenta MUST. Adaptado de BAPEN (www.bapen.org.uk).

a fita métrica está bem assente, mas não apertada.  
Se a CLMB for < 23,5 cm, é provável que o IMC seja <20 kg/m<sup>2</sup>.  
Se a CLMB for > 32,0 cm, é provável que o IMC seja >30 kg/m<sup>2</sup>.

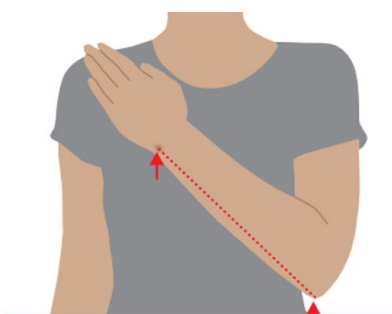
**2. Perda de peso involuntária**

- O vestuário e/ou os acessórios (ex.: cintos, anéis) já não assentam bem (perda de peso).

- As causas prováveis de perda de peso são o historial de ingestão alimentar reduzida, a diminuição do apetite ou problemas de deglutição há mais de 3 a 6 meses e doença subjacente ou incapacidade psicossocial/física.

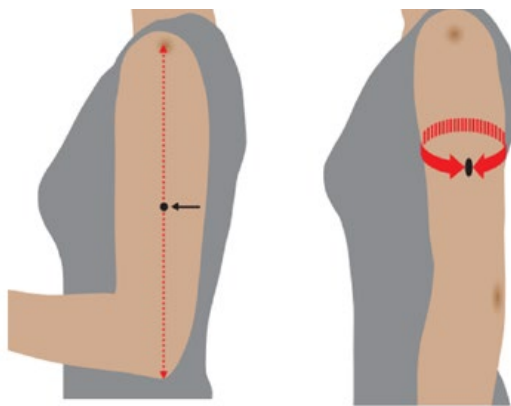
**3. Consequência de doença grave**

- Gravemente doente e falta de ingestão nutricional ou probabilidade de não haver ingestão nutricional há mais de 5 dias.



Altura (m)	Homens (<65 anos)	1,94	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
	Homens (≥65 anos)	1,87	1,86	1,84	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
	Comprimento cubital (cm)	32,0	31,5	31,0	30,5	30,0	29,5	29,0	28,5	28,0	27,5	27,0	26,5	26,0	25,5
Altura (m)	Mulheres (<65 anos)	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
	Mulheres (≥65 anos)	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Altura (m)	Homens (<65 anos)	1,69	1,67	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,57	1,55	1,53	1,51	1,49	1,48	1,46
	Homens (≥65 anos)	1,65	1,63	1,62	1,60	1,59	1,57	1,56	1,54	1,52	1,51	1,49	1,48	1,46	1,45
	Comprimento cubital (cm)	25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,5	21,0	20,5	20,0	19,5	19,0	18,5
Altura (m)	Mulheres (<65 anos)	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,48	1,47
	Mulheres (≥65 anos)	1,61	1,60	1,58	1,56	1,55	1,53	1,52	1,50	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	1,40

**Figura 2:** Estimativa da altura com o comprimento cubital. Adaptado de BAPEN ([www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)).



**Figura 3:** Estimativa do IMC com base na circunferência da linha média do braço. Adaptado de BAPEN ([www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)).

## 2.2 APLICAÇÃO DO RASTREIO DE RISCO NUTRICIONAL MUST EM FORMATO REMOTO

Se a consulta for realizada em formato remoto<sup>13</sup>:

1. Utilizar os dados de peso corporal atual, altura e peso corporal anterior reportados pelo utente para calcular os Passos 1 e 2 do MUST (se disponíveis).
2. Quando não é possível obter as medições do peso/altura ou o utente não as consegue reportar, podem ser utilizados indicadores subjetivos. As seguintes questões podem ajudar na obtenção subjetiva do risco de malnutrição e a determinar a intervenção nutricional mais apropriada:
  - a. Tem falta de apetite? Quantas refeições realiza por dia?
  - b. Como descreve o seu peso atual? Qual é o seu peso habitual?

**Tabela 1:** Indicadores úteis na estimativa do risco de malnutrição.

Risco estimado de Malnutrição	Indicadores
Risco nutricional pouco provável (baixo)	Peso estável ou a aumentar, sem perda de peso involuntária, ausência de diminuição do apetite ou da ingestão alimentar
Risco nutricional provável (médio)	Perda de peso involuntária nos últimos 3 a 6 meses, diminuição do apetite e/ou da ingestão alimentar
Risco nutricional muito provável (alto)	Perda de peso acentuada e involuntária nos últimos 3 a 6 meses, diminuição significativa do apetite e/ou da ingestão alimentar

- c. Sente que o seu peso se alterou nas últimas semanas ou meses?
- d. Como é que as suas roupas e joias lhe assentam? Sente que lhe assentam de forma diferente do habitual?

### 3. Gestão da malnutrição nos Cuidados de Saúde Primários

Após a aplicação da ferramenta de rastreio nutricional é essencial intervir de acordo com a presença ou ausência de risco de malnutrição:

- O plano de cuidados nutricionais deve considerar:
- Aconselhamento nutricional, tendo em conta opções alimentares equilibradas, saborosas e variadas;
  - Recomendar pequenas refeições, várias vezes ao dia, com alto teor proteico e energético;
  - Assegurar uma adequada ingestão diária de macro (proteínas, lípidos e hidratos de carbono) e micronutrientes (vitaminas, minerais e oligoelementos);
  - Assegurar um adequado aporte hídrico diário;
  - Assegurar que, sempre que necessário, o utente tenha auxílio na compra e/ou preparação dos alimentos, assim como auxílio no momento da refeição;
  - Em caso de disfagia, assegurar uma adequada, segura e adaptada consistência alimentar;

- Assegurar um ambiente calmo, sem distrações e agradável durante a refeição.

A ESPEN recomenda que, na gestão nutricional da malnutrição em contexto de tratamentos de longa duração na comunidade ou em instituições residenciais, se implemente em primeiro lugar um aconselhamento nutricional individualizado, incluindo a fortificação da alimentação habitual. Assim, após a adequação alimentar, através da recomendação de uma dieta equilibrada e variada, é necessário aconselhar o aumento do aporte nutricional diário através da ingestão adicional de alimentos com elevado teor energético e proteico (ex.: leite e derivados, incluindo leite em pó, ovos, carne/peixe, frutos secos, azeite), que seja suficiente para atingir as necessidades diárias.<sup>1,4</sup>

Quando, mesmo após a adequação alimentar individualizada, continua a não ser possível atingir as necessidades nutricionais diárias, a ESPEN recomenda que o défice nutricional seja colmatado com aconselhamento nutricional e recurso a suplementos nutricionais orais (SNO). Os SNO são alimentos para fins medicinais específicos, especificamente destinados à gestão da malnutrição associada à doença, ou seja, quando a dieta por si só se mostra insuficiente para responder às necessidades nutricionais diárias. Existem numa grande variedade de densidades nutricionais (normoproteico

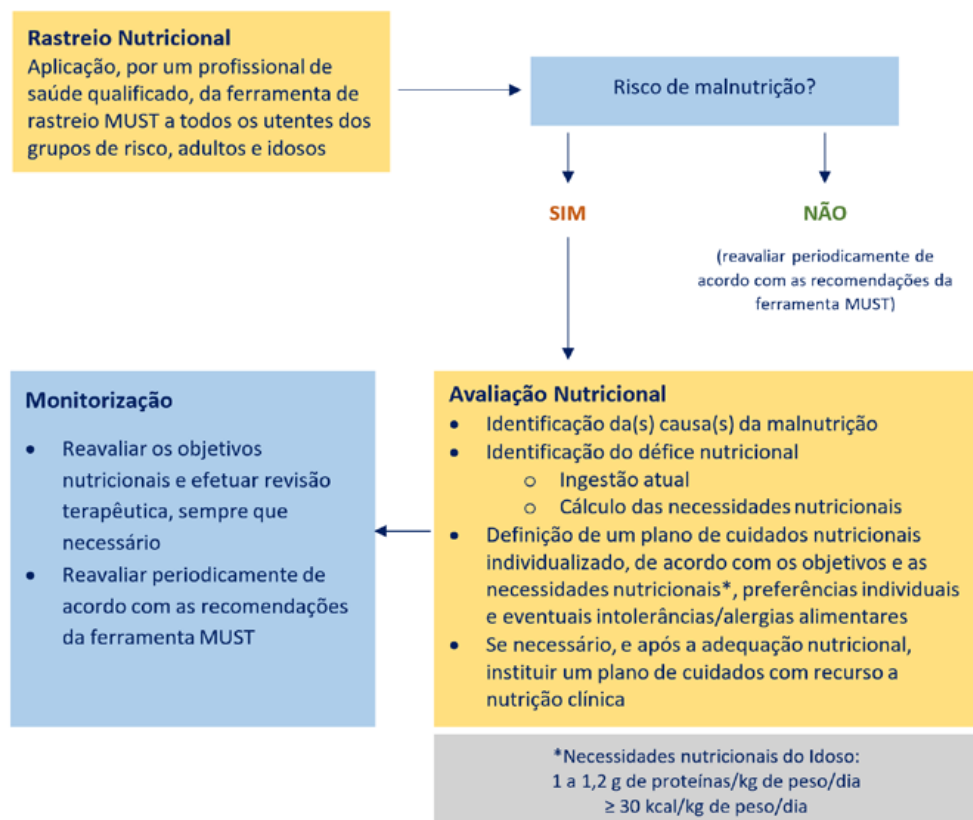


Figura 4: Proposta de abordagem para rastreio nutricional nos Cuidados de Saúde Primários.

**Tabela 2:** Objetivos específicos da terapêutica nutricional em diversas condições clínicas.

Objetivos a considerar	Exemplos de condições clínicas
Otimizar a recuperação, promover a cicatrização	Feridas crónicas: úlcera por pressão, ferida cirúrgica, pé diabético, úlcera de perna
Otimizar a resposta e a tolerância às terapêuticas	Oncologia
Melhorar a mobilidade e reduzir o risco de quedas	Fragilidade nos Idosos
Melhorar a força/aumentar a massa muscular	Utentes com sarcopenia ou obesidade sarcopénica
Melhorar o estado nutricional e promover o ganho de peso (massa muscular)	Qualquer utente com doença associada à diminuição do apetite e dificuldades na mastigação/deglutição
Melhoria da qualidade de vida ou capacidade em realizar as atividades do dia-a-dia	Fragilidade, reabilitação
Reduzir infeções, recorrência ou exacerbação da doença	Doença pulmonar obstrutiva crónica
Reduzir gravidade da doença	Doença inflamatória intestinal
Melhorar/restabelecer funcionalidade	Pós-acidente vascular cerebral, pós-Unidade de Cuidados Intensivos
Deterioração lenta da capacidade física e cognitiva	Esclerose lateral amiotrófica
Reduzir as (re)admissões hospitalares e o período de internamento	Aplicável a diversas patologias

/ normocalórico a hiperproteico / hipercalórico), densidades energéticas (1 a 5 kcal/mL), estilos e sabores (lácteo, sumo, frutado), formatos (líquido, em pó, pudim, pré-espessado), volumes, tipos (isento em determinado nutriente, com e sem fibra), para que seja possível a personalização a uma ampla gama de necessidades e exigências dos utentes. Os SNO são classificados como completos, quando contêm todos os macro e micronutrientes em proporções adequadas, ou incompletos, como por exemplo, os modulares de energia e proteína. São “hiperproteicos” quando fornecem >20% de energia total proveniente das proteínas e “hipercalóricos” quando fornecem >1,25 kcal/mL ou grama.<sup>1,4</sup>

Qualquer terapia nutricional deve ter em atenção os antecedentes de cada utente, em particular a presença de diabetes, doença cardiovascular e hipertensão. A utilização de SNO nunca pode ser dissociada do aconselhamento nutricional individualizado e devem ser utilizados sob supervisão médica. A ESPEN destaca, ainda, que estas diferentes opções terapêuticas não devem ser vistas como mutuamente exclusivas, mas como opções que se podem complementar entre si.<sup>1,4</sup>

Exemplo de objetivos específicos da terapêutica nutricional na gestão da malnutrição<sup>13</sup>:

Em utentes com hospitalização recente, a Norma Organizacional nº 017/2020 da DGS, assegura que os Grupos de Nutrição Entérica e Parentérica (GNEP) devem articular com os Cuidados de Saúde Primários a continuidade e monitorização dos cuidados nutricionais com recurso a nutrição clínica, no ambulatório/domicílio.<sup>27</sup>

É importante reforçar que, de acordo com as mais recentes recomendações, a gestão da malnutrição requer uma abordagem multimodal individualizada e adaptada, nomeadamente no que concerne à terapêutica nutricional e plano de exercícios, bem como na abordagem farmacológica e psicossocial do doente.<sup>3,4,20,28</sup>

#### 4. Malnutrição como um Indicador dos Cuidados de Saúde Primários

Pela dimensão do problema e com vista a agilizar a implementação desta ferramenta de rastreio e divulgá-la mais rapidamente pelos clínicos tanto em contexto de Cuidados de Saúde Primários como em contexto dos Cuidados de Saúde Secundários que lidem com utentes em ambulatório, os autores sugerem a criação e aplicação do indicador descrito na Tabela 3. ■

**Tabela 3:** Sugestão de indicador de monitorização do rastreio nutricional.

Designação Indicador (+ID)	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit
Ferramenta de rastreio nutricional MUST aplicada a todos os utentes com mais de 75 anos, nos últimos 2 anos	40,00	60,00	100,00	100,00

**Declaração de Contribuição**

PAL, ACR, PTL – Redação, revisão de versões e conteúdo e aprovação da versão final.

ALS, BV, CVG, CL, FLC, JR, JG, PA, RRS, RV, VHF, RCM, MTV, ST, AM – Revisão de versões e conteúdo, aprovação da versão final.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida.

**Contributorship Statement**

PAL, ACR, PTL – Writing, revision of versions and content and approval of the final version.

ALS, BV, CVG, CL, FLC, JR, JG, PA, RRS, RV, VHF, RCM, MTV, ST, AM – Revision of versions and content, approval of final version.

All authors approved the final draft

**Responsabilidades Éticas**

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

**Ethical Disclosures**

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2023. Re-use permitted under CC BY No commercial re-use.

**Correspondence / Correspondência:**

Paulo André Lopes - pauloandrefsblopes@gmail.com

Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Rainha Santa Isabel, Coimbra, Portugal

Rua Salgueiro Maia - Topo Norte, 3040-006, Coimbra

Recebido / Received: 2022/10/18

Aceite / Accepted: 2023/02/23

Publicado / Published: 2023/06/30

**REFERÊNCIAS**

1. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff S, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36:49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
2. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003.
3. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft A, Morley J, et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:542-59. doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.021
4. Volkert D, Beck A, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et

- al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38:10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024
5. Elia M, Russell C. Combating Malnutrition: Recommendations for action. Report from the Advisory Group on Malnutrition, Led by BAPEN. London: Redditch; 2009.
6. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr.* 2008;27:340-9. doi: 10.1016/j.clnu.2008.03.012
7. Schneider S, Veyres P, Pivrot X, Soummer A, Jambou P, Filippi J, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. *Br J Nutr.* 2004;92:105-11. doi: 10.1079/BJN20041152
8. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. *Clin Nutr ESPEN.* 2015;10:e89-e94. doi: 10.1016/j.clnesp.2015.04.003
9. Elia M. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report): A report on the cost of disease-related malnutrition in England and a budget impact analysis of implementing the NICE clinical guidelines/quality standard on nutritional support in adults: Malnutrition Action Group of BAPEN and the National Institute for Research Southampton Biomedical Research Centre. London: BAPEN; 2015.
10. Rodríguez-Mañas L, Abizanda P, Barcons N, Lizán L. Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults in Spain: Estimates of Its Costs To the National Health System. *Value Health.* 2014;17:A507. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.1546
11. Lim S, Ong K, Chan Y, Loke W, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr.* 2012;31:345-50. doi: 10.1016/j.clnu.2011.11.001
12. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition - a major health problem in Europe. *Nutr Hosp.* 2009; 24:368-70.
13. Multi-professional consensus panel, Managing Adult Malnutrition in the Community. 3rd edition. 2021, A guide to managing disease-related malnutrition, including a pathway for the appropriate use of Oral Nutritional Supplements (ONS)
14. Dominguez Castro P, Reynolds C, Kennelly S, Clyne B, Bury G, Hanlon D, et al. General practitioners' views on malnutrition management and oral nutritional supplementation prescription in the community: A qualitative study. *Clin Nutr ESPEN.* 2020;36:116-27. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.01.006
15. Russell C, Elia M. Nutrition Screening Week in the UK and Republic of Ireland in 2011. Hospitals, care homes and mental health units. London: Redditch; 2012.
16. Suominen M, Sandelin E, Soini H, Pitkala K. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *Eur J Clin Nutr.* 2007;63:292-6. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602916
17. Kaiser M, Bauer J, Rámsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:1734-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x
18. Lelovics Z, Bozó R, Lampe K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49:190-6. doi: 10.1016/j.archger.2008.07.009
19. Parsons E, Stratton R, Elia M. An audit of the use of oral nutritional supplements in care homes in Hampshire. *Proc Nutr Socy.* 2010;69:OCE2. doi: 10.1017/S0029665109993934
20. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients.* 2021;13:2764. doi: 10.3390/nu13082764
21. Power L, Mullanly D, Gibney E, Clarke M, Visser M, Volkert D, et al. A review of the validity of malnutrition screening tools used in older adults in community and healthcare settings – A MaNuEL study. *Clin Nutr ESPEN.*



- 2018;24:1-13. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.02.005
22. Reinders I, Volkert D, de Groot L, Beck A, Feldblum I, Jobse I, et al. Effectiveness of nutritional interventions in older adults at risk of malnutrition across different health care settings: Pooled analyses of individual participant data from nine randomized controlled trials. *Clin Nutr.* 2019;38:1797-806. doi: 10.1016/j.clnu.2018.07.023
23. Geraghty A, Browne S, Reynolds C, Kennelly S, Kelly L, McCallum K, et al. Malnutrition: A Misunderstood Diagnosis by Primary Care Health Care Professionals and Community-Dwelling Older Adults in Ireland. *J Acad NutrDiet.* 2021;121:2443-53. doi: 10.1016/j.jand.2021.05.021
24. Elia M, The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. London: Redditch;2003.
25. Elia M, Russel C, Stratton R, Todorovic V, Evans L, Farrer K. O Folheto Explicativo da 'MUST'. London: BAPEN;2003.
26. Scott A. Screening for malnutrition in the community: the MUST tool. *Br J Community Nurs.* 2008;13:406-12. doi: 10.12968/bjcn.2008.13.9.30910
27. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 017/2020 de 25/09/2020: Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta. Lisboa:DGS; 2020.
28. Volkert D, Beck A, Cederholm T, Cereda E, Cruz-Jentoft A, Goisser S, et al. Management of Malnutrition in Older Patients—Current Approaches, Evidence and Open Questions. *J Clin Med.* 2019;8:974. doi: 10.3390/jcm8070974