

**Barreiras e facilitadores da  
implementação da avaliação do risco  
nutricional em unidades hospitalares  
do Sistema Nacional de Saúde:  
estudo transversal**

***Barriers and facilitators in the  
implementation of nutritional risk  
assessment in hospital units of the  
National Health System: a  
cross-sectional study***

Ana Margarida Ribeiro Taipa Mendes

**ORIENTADO POR: DR.ª MARIA ANA PATACHO MOREIRA DE CARVALHO  
COORIENTADO POR: PROF. DOUTORA TERESA MARIA DE SERPA PINTO FREITAS DO  
AMARAL**

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO  
I.º CICLO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO | UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**TC**  
PORTO, 2020





## Resumo

O rastreio nutricional (RN) é o ponto de partida para a prestação de cuidados nutricionais de qualidade. Em Portugal, a avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde é obrigatória. O objetivo deste estudo é identificar as barreiras e facilitadores da implementação do RN, para monitorizar a implementação e avaliar o impacto das intervenções políticas.

Foram analisados os indicadores de desempenho de 34 hospitais que utilizam o *SClínico* (69%), de janeiro de 2019 a junho de 2020 e os resultados de um questionário respondido por 41 hospitais (84%). Foram estimadas associações para 23 hospitais (47%), que reportaram informação sobre os indicadores e que responderam ao questionário.

Verificaram-se diferenças significativas na proporção de doentes rastreados no período pré e pós adaptação do *SClínico* ( $p=0,00$ ). As principais barreiras identificadas foram: falta de recursos humanos e materiais e também falta de formação aos profissionais de saúde sobre desnutrição hospitalar e o papel relevante do RN para a melhoria de resultados clínicos, com consequente desvalorização do rastreio. Os facilitadores mais mencionados refletem as barreiras descritas. Incluem ainda a adaptação do sistema informático ao RN e a boa articulação multidisciplinar.

Conclui-se que a obrigatoriedade da realização do RN promove a melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados nutricionais, contudo, devem existir esforços locais e nacionais para adequar a política de RN às condições de cada hospital. Assim, as fraquezas do RN que foram identificadas devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, gestores hospitalares e decisores políticos.

**Palavras-chave**

rastreio nutricional; desnutrição hospitalar; risco nutricional; qualidade de cuidados; política nutricional

## Abstract

Nutrition screening is the starting point for high-quality nutrition care. In Portugal, the systematic nutritional risk assessment is mandatory for every inpatient in the hospital of the National Health Service. The aim of this study is to identify the barriers and facilitators in the implementation of nutrition risk in order to monitor the implementation and evaluate the impact of nutritional policies.

The performance indicators of 34 hospitals that use *SCLínico* (69%) were analysed, from January 2019 to June 2020 as well as the questionnaire results answered from 41 hospitals (84%). Associations for 23 hospitals (47%) were estimated, which reported information about the indicators and answered the questionnaire.

The results show significant differences between the proportion of inpatients screened before and after *SCLínico* adaptation ( $p=0,00$ ). The major barriers identified were the lack of human resources and equipment, as well as insufficient education about hospital undernutrition and the role of nutrition screening on the improvement of clinical outcomes, with the resulting devaluation of nutrition screening. The most reported facilitators reflect the described barriers. They also include the adaptation of software to nutrition screening and good multidisciplinary articulation.

It is concluded that the obligation of nutrition screening promotes the quality of hospital nutrition care, however, there should exist local and national efforts to adapt the nutrition screening policy to each hospital. Nutrition screening weaknesses should be known to health professionals, hospital managers, and politics.

**Key-words**

nutrition screening; hospital undernutrition; nutrition risk; quality of care;  
nutritional policy

**Lista de siglas e acrónimos**

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCEN - *Council of Europe-Committee of Ministers*

EUA - Estados Unidos da América

NRS 2002 - *Nutrition Risk Screening 2002*

RN - Rastreio Nutricional

SN - Serviço de Nutrição

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

## Sumário

Resumo.....	i
Abstract.....	iii
Lista de siglas e acrónimos.....	v
Sumário .....	vi
Introdução.....	1
Objetivos .....	3
Metodologia .....	3
<i>Desenho</i> .....	3
<i>Materiais/recolha de dados</i> .....	3
<i>Análise estatística</i> .....	4
Resultados.....	5
Discussão .....	12
Conclusões .....	15
Agradecimentos .....	16
Referências .....	17
Anexos .....	20
<i>Índice de anexos</i> .....	21



## Introdução

A desnutrição em doentes hospitalizados representa um grave problema de saúde, frequentemente desvalorizado e encoberto por outras situações clínicas<sup>(1-5)</sup>. A prestação de cuidados nutricionais adequados, desde o rastreio nutricional (RN) ao fornecimento de alimentação e nutrição adaptadas às necessidades do doente, é fulcral para a sua recuperação e a melhoria da saúde e da qualidade de vida. Para além de reduzir a incidência de défices nutricionais e comorbilidades associadas, permite reduzir custos ao Sistema Nacional de Saúde<sup>(1, 6, 7)</sup>. A desnutrição, se identificada precocemente através de um RN pode, na maioria das situações, ser revertida com tratamentos baseados em abordagens nutricionais/alimentares, de baixo custo<sup>(6)</sup>. O RN é, portanto, o ponto de partida para a prestação de cuidados nutricionais de alta qualidade<sup>(8)</sup>.

Em 2007, dados de um estudo multicêntrico realizado em hospitais portugueses destacaram uma frequência de doentes em risco nutricional, avaliada através do *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)*, de 28,5 a 47,3%<sup>(9)</sup>. A nível internacional, os dados sugerem uma prevalência de adultos hospitalizados desnutridos entre os 20 e os 69%, números inaceitavelmente altos<sup>(10, 11)</sup>.

As sociedades científicas internacionais dedicadas à nutrição clínica recomendam a aplicação do RN a todos os doentes hospitalizados, seguida de uma avaliação nutricional detalhada dos que apresentam risco e a implementação de uma terapêutica nutricional adequada<sup>(5, 8, 12, 13)</sup>. Além disso, é aconselhada a realização de auditorias regulares dos resultados obtidos para obtenção de informações, fundamentais na reformulação de futuras decisões políticas<sup>(12)</sup>.

De acordo com um estudo transversal realizado em hospitais europeus e israelitas entre 2007 e 2008, já existiam em toda a Europa, padrões e diretrizes para a gestão da nutrição hospitalar, incluindo o rastreio e a monitorização nutricional. No entanto, os resultados dos inquéritos aplicados a 325 hospitais, correspondentes a 25 países, demonstraram que a avaliação sistemática do risco nutricional era realizada apenas por metade destes hospitais e que existiam diferenças inter e intra-regiões<sup>(10)</sup>. Reporta ainda que parecem existir benefícios em envolver as autoridades nacionais na padronização dos processos usados para o RN. A experiência do Reino Unido e dos Países Baixos vem confirmá-lo e sugere que o apoio do governo nacional e do sistema de saúde reforça recomendações para um bom cuidado nutricional<sup>(10)</sup>. Neste sentido, nos Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido e outros países da Europa, a implementação do RN na admissão hospitalar tem-se tornado obrigatória<sup>(14)</sup>.

Em Portugal, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012 -2016 (extensão a 2020), entrou em vigor o Despacho n.º 6634, de julho de 2018, que determina a implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e estabelece as ferramentas de RN a utilizar<sup>(7)</sup>.

A qualidade dos cuidados de saúde tem sido cada vez mais valorizada quer pelas melhorias que propicia ao doente, quer pela preocupação com a efetividade e eficiência do sistema de saúde<sup>(15)</sup>. Contudo, não basta desenvolver e implementar um modelo uniforme de identificação do risco nutricional em ambiente hospitalar. Será assim importante monitorizá-lo através de indicadores de estrutura, de processo e de resultados<sup>(4, 15, 16)</sup>. Estes indicadores permitirão a comparação do desempenho dos diferentes hospitais nacionais e a sua comparação com outros

países relativamente à aplicação do RN. Ainda, o impacto das intervenções políticas a nível da desnutrição hospitalar em Portugal poderá ser analisado e, a partir desses resultados, poderão ser introduzidas melhorias nos sistemas de saúde quer pela revisão de políticas, quer pela promoção de boas práticas de rastreio e cuidados nutricionais.

### **Objetivos**

O presente estudo teve como objetivo conhecer as barreiras e os facilitadores da implementação da avaliação do risco nutricional nas unidades hospitalares do SNS, nos termos do Despacho n.º 6634/2018.

### **Metodologia**

#### ***Desenho***

Estudo descritivo transversal promovido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) nas unidades hospitalares do SNS português entre janeiro de 2019 a junho de 2020.

#### ***Materiais/Recolha de dados***

Desenvolveu-se um questionário para recolher dados sobre indicadores de estrutura e de processo, através do *software LimeSurvey* da UPorto (Anexo A). O questionário foi enviado via e-mail a todas as unidades hospitalares do SNS (n=49), incluindo os Hospitais das Regiões Autónomas. O preenchimento foi obrigatório. No âmbito do Despacho n.º 6634/2018 foi requerido aos hospitais do SNS o registo de indicadores sobre o rastreio nutricional:

a) Indicador 1: proporção de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional até às primeiras 48 h após a admissão (%);

b) Indicador 2: proporção de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24 h após a sinalização (%);

c) Indicador 3: proporção de doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional (%);

d) Indicador 4: proporção de doentes adultos classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional (%)<sup>(1)</sup>.

Os registos efetuados pelos hospitais que utilizam o *software SClínico* são agregados numa base de dados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Esta base de dados (n=34) foi disponibilizada para a presente investigação, com a identificação dos hospitais codificada, salvaguardando a proteção e confidencialidade dos dados. A partir desta, foi calculada a média nacional de cada indicador, de janeiro a dezembro de 2019 e de janeiro a junho de 2020.

O sucesso do RN foi definido como a proporção de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional até às primeiras 48 horas após a admissão, igual ou superior a 50%.

### ***Análise estatística***

As variáveis categóricas foram apresentadas sob a forma de frequências absolutas e relativas. Foi verificada a normalidade das variáveis contínuas através da prova de *Shapiro-Wilk* e, de acordo com a sua distribuição, foram apresentadas sob a forma de médias com desvio padrão ou de medianas com amplitude interquartil. Avaliou-se a independência entre as variáveis do questionário e o sucesso do rastreio, para os anos de 2019 e 2020, através do *Teste Exato de Fisher*. Comparam-se as médias semestrais do indicador 1 através da prova *t de Student* para amostras emparelhadas.

Calcularam-se os *odds ratios* e os respetivos intervalos de confiança a 95%, para 23 dos hospitais (47%), os que tinham informação sobre os indicadores e responderam ao questionário. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado para existência de significância. Usou-se o *software* estatístico SPSS 26.0 (*Statistical Package for the Social Sciences, IBM SPSS Statistics for Windows*).

## Resultados

Os indicadores recolhidos pela DGS referem-se a 34 unidades hospitalares, correspondendo a 69% do total. Os dados de 2019 e 2020 são descritos na Tabela 1 e a sua evolução ao longo do período em estudo está representada na Figura 1.

Tabela 1. Indicadores de desempenho dos hospitais por ano: 2019 (jan-dez) e 2020 (jan-mai).

	2019			2020		
	N	Média (DP)	Mín.-máx.	N	Média (DP)	Mín.-máx.
Proporção (%) de doentes submetidos a rastreio para identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão.	34	16,5 (22,1)	0,0-84,2	34	29,3 (26,2)	0,0-88,5
Proporção (%) de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24h após a sinalização.	20	26,9 (24,6)	0,2-78,5	21	25,0 (25,6)	0,3-81,6
Proporção (%) de doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional.	15	35,3 (29,8)	0,3-94,7	12	38,7 (30,5)	1,4-78,5
Proporção (%) de doentes adultos classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional.	21	43,8 (35,1)	0,6-94,8	23	40,4 (35,9)	0,4-98,7

Ao assumir-se que percentagens  $< 1\%$  correspondem à não implementação do RN, a média da proporção de doentes submetidos a RN para identificação do risco nutricional até às primeiras 48h após a admissão, sobe para  $21,8 \pm 23,1\%$  em 2019 e para  $35,5 \pm 24,8$  no ano de 2020.

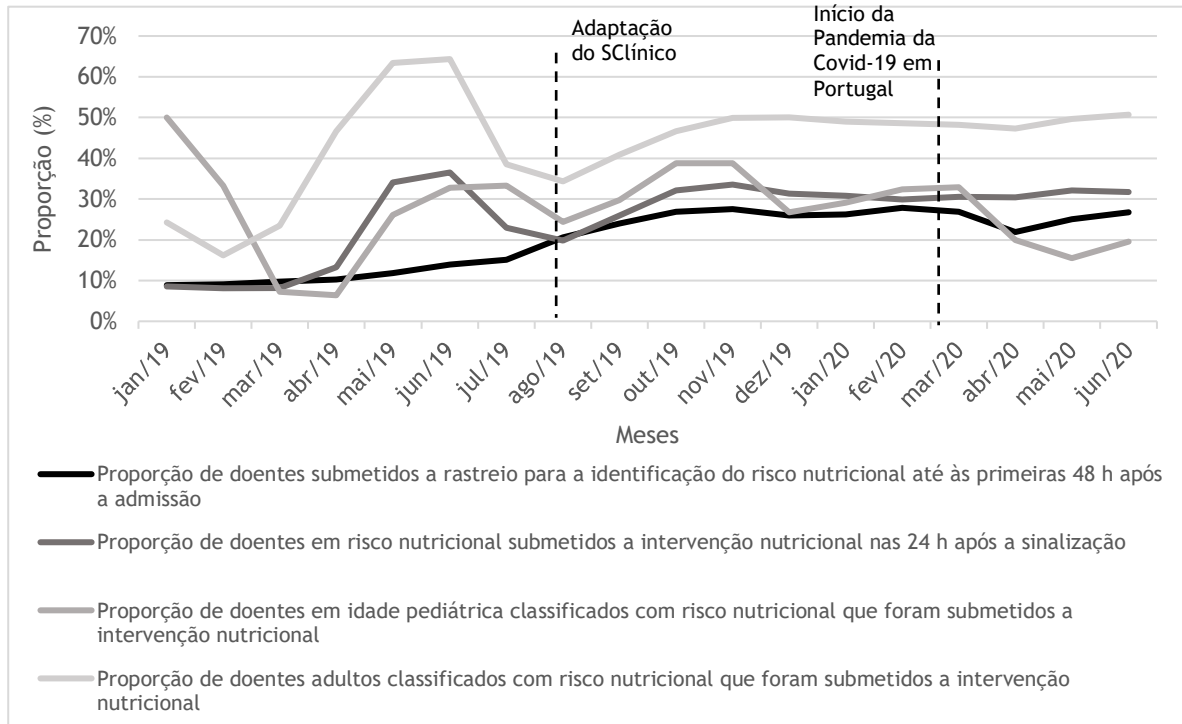


Figura 1. Evolução temporal dos indicadores de desempenho requeridos no Despacho n.º 6634/2018, disponíveis de janeiro de 2019 a junho de 2020 (nº hospitais = 34).

Quando comparadas as médias semestrais da proporção de doentes submetidos a rastreio nutricional, verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro semestre de 2019 e o período homólogo do ano seguinte ( $p=0,000$ ). Essas diferenças também foram identificadas nos dois semestres de 2019 ( $p=0,000$ ), ou seja, o período pós adaptação do *SClínico* regista uma maior proporção de doentes rastreados em comparação ao período prévio. O ligeiro aumento da proporção de doentes rastreados a partir de abril de 2019 deve-se à implementação do RN nos hospitais piloto, com consequente aumento da proporção de doentes submetidos a intervenção nutricional.

O questionário foi respondido por 41 unidades hospitalares (84%). Os seus dados revelaram que a mediana do número de admissões hospitalares diárias foi de  $54,75 \pm 44,80$  e variou entre um mínimo de 4 admissões/dia e máximo de 364, registando 7 casos omissos, por esta questão não ser de resposta obrigatória.

Calculou-se o rácio “número de camas de internamento: número de nutricionistas” cuja mediana é de  $70,20 \pm 58,50$ , que variou entre 24 e 200 camas por cada nutricionista. As características da implementação do RN e os *odds ratios* são apresentadas na Tabela 2. O RN já está implementado em 28 hospitais (68,3%), sendo que 25 destes utilizam as ferramentas prescritas no Despacho n.º 6634/2018. O rastreio é realizado, em mais de metade dos hospitais, pela equipa de enfermagem. Nas 15 instituições (36,5%) em que o RN não está generalizado a todas as unidades, este centra-se sobretudo nas unidades de medicina, cirurgia e pediatria.

Dos 14 hospitais (34,1%) que não utilizam o software *SClínico*, apenas 3 adaptaram o software utilizado, como imposto no Despacho n.º 6634/2018. O sistema de alertas para identificação do risco nutricional e a emissão de pedidos de colaboração automáticos ao Serviço de Nutrição (SN), no caso de o doente ser diagnosticado “com” ou “em risco de desnutrição”, também só foi reportado por 3 hospitais. Já a monitorização dos indicadores acima descritos é possível em 4 das instituições que utilizam *softwares* alternativos.

Quando questionadas sobre a introdução de modificações ao RN devido à pandemia da COVID-19, 19 (46,3%) inquiridos afirmam ter havido alterações. A maioria afirmou que o RN foi suspenso temporariamente. Em alternativa, 8 (19,5%) das instituições realizaram o rastreio remotamente e procuraram ter uma comunicação mais ativa com a equipa de enfermagem e/ou mantiveram a sinalização dos doentes com possível risco nutricional, nomeadamente os doentes críticos com COVID-19.

Tabela 2. Caracterização do RN nas unidades hospitalares do SNS.

Variável		N(%) <sup>a</sup>	2019 <sup>b</sup>			2020 <sup>b</sup>		
			Sucesso	Insucesso	OR (IC 95%)	Sucesso	Insucesso	OR (IC 95%)
Hospital já a implementar o rastreio.	Sim	28 (68,3)	3 (100,0)	16 (80,0)	n.a.	6 (85,7)	13 (81,3)	n.a.
	Não	13 (31,7)	0 (0,0)	4 (20,0)	-	1 (14,3)	3 (18,8)	-
A implementação do RN foi generalizada a todo o hospital.	Sim	13 (31,7)	2 (66,7)	7 (35,0)	n.a.	5 (71,4)	4 (25,0)	n.a.
	Não	28 (68,3)	1 (33,3)	13 (65,0)	-	2 (28,6)	12 (75,0)	-
Hospital já realizava o rastreio antes da entrada em vigor do Despacho n.º 6634/2018.	Sim	20 (48,8)	3 (100,0)	9 (45,0)	-	4 (57,1)	8 (50,0)	1,33 (0,22-7,98)
	Não	21 (51,2)	0 (0,0)	11 (55,0)	-	3 (42,9)	8 (50,0)	-
Hospital utiliza o software <i>SClínico</i> .	Sim	27 (65,9)	3 (100,0)	19 (95,0)	n.a.	6 (85,7)	16 (100,0)	n.a.
	Não	14 (34,1)	0 (0,0)	1 (5,0)	-	1 (14,3)	0 (0,0)	-
Ficam registados no processo clínico do doente. <sup>c</sup>	IR	34 (82,9)	3 (100,0)	18 (90,0)	n.a.	7(100,0)	14 (87,5)	n.a.
	AEN	32 (78,0)	2 (66,7)	15 (75,0)	n.a.	3 (42,9)*	14 (87,5)	n.a.
	MEN	30 (73,2)	2 (66,7)	15 (75,0)	n.a.	3 (42,9)*	14 (87,5)	n.a.
O diagnóstico de desnutrição fica registado nos problemas clínicos e no relatório de alta do doente.	Sim	19 (46,3)	1 (33,3)	10 (50,0)	-	4 (57,1)	7 (43,8)	-
	Não	22 (53,7)	2 (66,7-9)	10 (50,0)	-	3 (42,9)	9 (56,3)	-
Profissional(ais) responsável pela realização do rastreio nutricional. <sup>c</sup>	Enfermeiro(a)	23 (56,1)	3 (100,0)	13 (65,0)	-	6 (85,7)	10 (62,5)	3,60 (0,35-37,62)
	Médico(a)	9 (22,0)	1 (33,3)	6 (30,0)	1,17 (0,09-15,46)	1 (14,3)	6 (37,5)	0,28 (0,03-2,90)
	Nutricionista	18 (43,9)	1 (33,3)	10 (50,0)	0,50 (0,04-6,44)	1 (14,3)*	10 (62,5)	0,10 (0,01-1,05)
	Vários	2 (4,9)	1 (33,3)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	1 (6,3)	-
Ferramentas utilizadas para o RN são as descritas no Despacho.	Sim (ambas)	25 (61,0)	3 (100,0)	16 (80,0)	n.a.	6 (87,5)	13 (81,3)	n.a.
	Sim (NRS 2002)	9 (22,0)	0 (0,0)	4 (20,0)	-	1 (14,3)	3 (18,8)	-
	Sim (STRONGKids)	2 (4,9)	-	-	-	-	-	-
	Não	5 (12,2)	-	-	-	-	-	-
O hospital dispõe dos equipamentos de antropometria necessários.	Sim	15 (36,6)	0 (0,0)	9 (45,0)	-	3 (42,9)	6 (37,5)	1,25 (0,21-7,62)
	Não	26 (63,4)	3 (100,0)	11 (55,0)	-	4 (57,1)	10 (62,5)	-



Variável		N (%) <sup>a</sup>	2019 <sup>b</sup>			2020 <sup>b</sup>		
			Sucesso	Insucesso	OR (IC 95%)	Sucesso	Insucesso	OR (IC 95%)
O Serviço de Nutrição assegurou formação contínua e adequada capacitação dos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros) envolvidos no rastreio nutricional.	Sim	25 (61,0)	3 (100,0)	14 (70,0)	-	7 (100,0)	10 (62,5)	1,70 (1,14-2,53)
	Não	16 (39,0)	0 (0,0)	6 (30,0)	-	0 (0,0)	6 (37,5)	-
A identificação do risco nutricional é realizada nas primeiras 48h após a admissão hospitalar do doente.	Nunca	3 (7,3)	-	-	-	-	-	-
	Raramente	4 (9,8)	0 (0,0)	1 (5,0)	-	0 (0,0)	1 (6,3)	-
	Algumas vezes	9 (22,0)	0 (0,0)	5 (25,0)	-	0 (0,0)	5 (31,3)	-
	Frequentemente	20 (48,8)	2 (66,7)	13 (65,0)	-	5 (71,4)	10 (62,5)	-
	Sempre	5 (12,2)	1 (33,3)	1 (5,0)	-	2 (28,6)	0 (0,0)	-
A identificação do risco nutricional é repetida semanalmente aos doentes que, numa primeira avaliação, não se encontravam em risco nutricional.	Nunca	5 (12,2)	-	-	-	-	-	-
	Raramente	2 (4,9)	-	-	-	-	-	-
	Algumas vezes	13 (31,7)	0 (0,0)	9 (45,0)	-	1 (14,3)	8 (50,0)	-
	Frequentemente	14 (34,1)	2 (66,7)	8 (40,0)	-	4 (57,1)	6 (37,5)	-
	Sempre	7 (17,1)	1 (33,3)	3 (15,0)	-	2 (28,6)	2 (12,5)	-
A avaliação e intervenção por parte do Serviço de Nutrição é realizada nas primeiras 72h de internamento para os doentes em risco nutricional.	Sim	33 (80,5)	3 (100,0)	16 (80,0)	-	3 (42,9)*	16 (100,0)	6,33 (2,24-17,89)
	Não	8 (19,5)	0 (0,0)	4 (20,0)	-	4 (57,1)	0 (0,0)	-
Na instituição existe um grupo de trabalho dedicado à nutrição artificial.	Sim	21 (51,2)	0 (0,0)	13 (65,0)	-	3 (42,9)	10 (62,5)	0,45 (0,07-2,74)
	Não	20 (48,8)	3 (100,0)	7 (35,0)	-	4 (57,1)	6 (37,5)	-
Na instituição existe um grupo de trabalho dedicado ao rastreio nutricional.	Sim	12 (29,3)	2 (66,7)	5 (25,0)	6,00 (0,44-81,20)	3 (42,9)	4 (25,0)	2,25 (0,35-14,69)
	Não	29 (70,7)	1 (33,3)	15 (75,0)	-	4 (57,1)	12 (75,0)	-
São realizadas auditorias periódicas ao rastreio nutricional.	Sim	8 (19,5)	2 (66,7)	2 (10,0)	18,00 (1,08-299,00)	2 (28,6)	2 (12,5)	2,80 (0,31-25,52)
	Não	33 (80,5)	1 (33,3)	18 (90,0)	-	5 (71,4)	14 (87,5)	-
Rácio "Nº de camas de internamento: Nº de Nutricionistas"		-	-	-	1,00 (0,98- 1,03)	-	-	1,01 (0,99-1,02)
Nº de admissões hospitalares/dia		-	-	-	0,97 (0,91-1,04)	-	-	1,01 (0,99- 1,02)

<sup>a</sup> n hospitais= 41; <sup>b</sup> n hospitais= 23; <sup>c</sup> Sucessos e insucessos não somam 100% porque cada opção da escolha múltipla é uma variável independente; OR >1 indica que a probabilidade de sucesso do rastreio aumenta; \*Variável têm uma associação estatisticamente significativa com o sucesso do rastreio n.a - não aplicável; OR - Odds Ratios; IR- Identificação do Risco; AEN- Avaliação do Estado Nutricional; MEN- Monitorização do Estado Nutricional

Os dados ilustrados na Figura 1 (n=34) mostram que houve um decréscimo da proporção de doentes submetidos a rastreio nos meses de março e abril de 2020, que rapidamente foi recuperada no mês seguinte.

As associações estimadas remetem apenas para 23 hospitais (47%), para ambos os anos, que correspondem aos hospitais que responderam ao questionário e cujos indicadores estavam integrados na base de dados da DGS. Testaram-se modelos de regressão logística binária, contudo, o baixo tamanho amostral não permitiu a análise multivariável.

As respostas à terceira parte do questionário, relativas às barreiras e facilitadores da implementação do RN em ambiente hospitalar são apresentadas na Figura 2 (resumo da Tabela 3 no Anexo B) e Tabela 4.

As respostas subjetivas sobre os facilitadores e as barreiras à implementação do RN foram categorizadas, apresentando-se na Tabela 4 as cinco mais reportadas.

Tabela 4. Respostas subjetivas sobre facilitadores e barreiras à implementação do RN em ambiente hospitalar

<b>Facilitadores (a)</b>	<b>N (%)</b>
Rácio “nº de camas de internamento: nº de nutricionistas” adequado	14 (38,9)
Boa articulação da equipa multidisciplinar	13 (36,1)
Formação contínua a profissionais de saúde envolvidos no RN	11 (30,5)
Valorização dos cuidados nutricionais e apoio dos diretores e chefes do serviço	9 (25,0)
Sistema informático adaptado	8 (22,2)
<b>Barreiras (b)</b>	<b>N (%)</b>
Falta de recursos humanos	35 (89,7)
Falta de recursos materiais	16 (41,0)
Falta de informação/formação sobre o RN	14 (35,9)
Outros	11 (28,2)
Desvalorização dos cuidados nutricionais	10 (25,6)

(a) n=36; 5 inquiridos não mencionaram facilitadores da implementação do RN

(b) n=39; 2 inquiridos não mencionaram barreiras à implementação do RN

A Figura 2 mostra que 78,1% dos inquiridos concorda que as auditorias ao RN deverão ser realizadas periodicamente e 75,6% que estas poderão incentivar os profissionais de saúde e, assim, aumentar as taxas de implementação do RN. No entanto, resultados do inquérito mostram que as auditorias são realizadas apenas por 19,5% dos hospitais.

A formação contínua dos profissionais de saúde, não nutricionistas, na área da desnutrição é vista como indispensável para o sucesso do RN por 82,9% e foi realizada por 61,0%, sendo que apenas 51,2% creem que a formação sobre como aplicar corretamente o RN é limitada.

A definição de equipas de consultoria sobre desnutrição é importante para 78,0% e, 29,3% dos hospitais já têm grupos de trabalho dedicados ao RN.

O registo dos resultados do rastreio no processo clínico do doente é indispensável na opinião de 87,8% e é realizado por 82,9% dos hospitais.

O RN é encarado como trabalho multidisciplinar por 75,6% e todos estão de acordo que a comunicação multidisciplinar é um requisito necessário à implementação do RN.

Ainda, a obrigatoriedade, pelo referido Despacho, de se implementar uma política de RN é vista como um passo importante à realização do mesmo por 87,8% dos inquiridos, já a indefinição clara de responsabilidades adjacentes ao rastreio é tida como uma dificuldade por 65,8%.

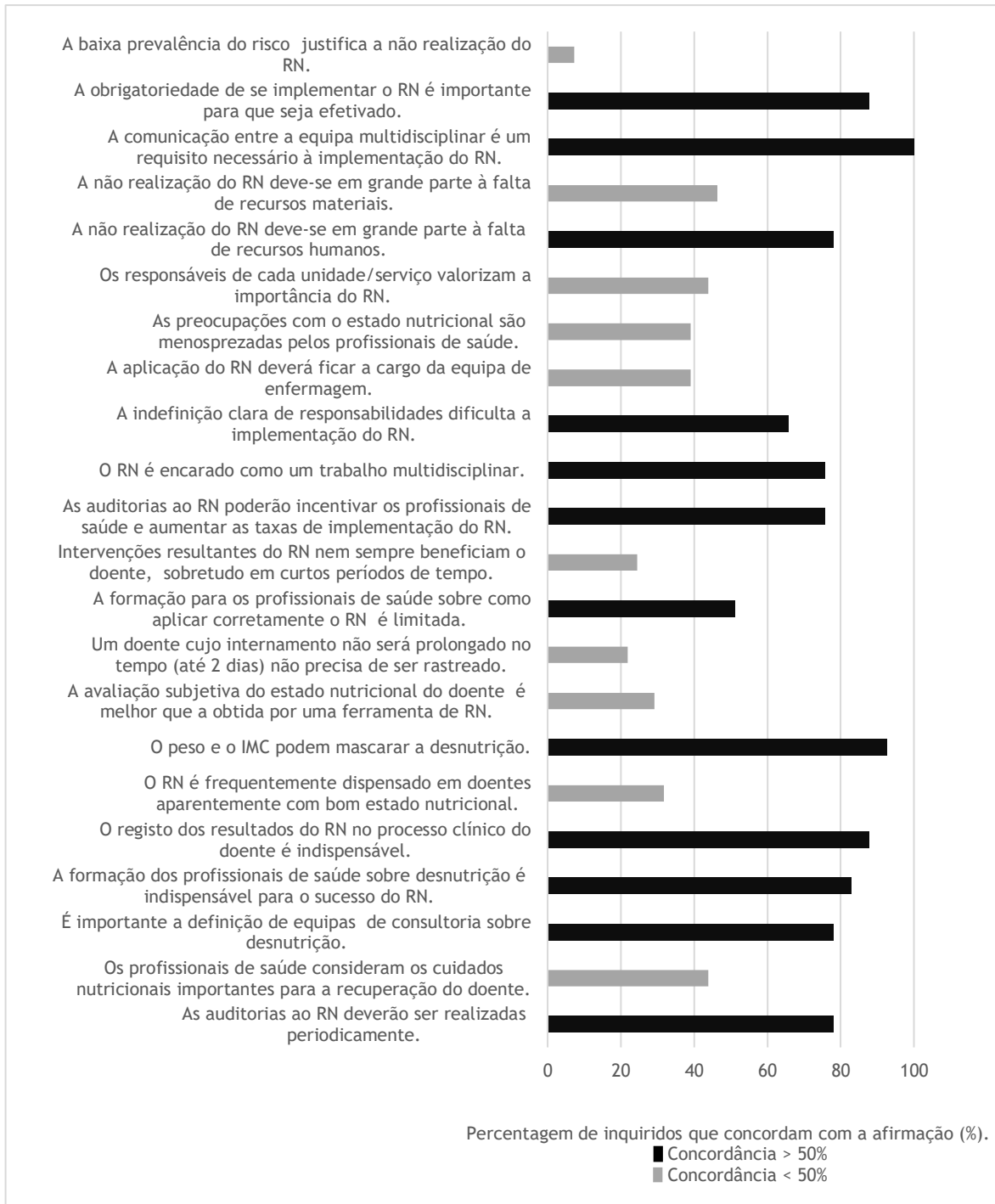


Figura 2. Nível de concordância dos inquiridos com aspetos relacionadas com o RN (nº hospitais= 41).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem fazer uma avaliação diagnóstica da implementação do RN nas unidades hospitalares do SNS através da análise de indicadores de estrutura, de processo e de resultados.

O sucesso do RN foi definido como a proporção de doentes rastreados  $\geq 50\%$  de forma a incluir o maior número de hospitais possíveis já que a base de dados da DGS apenas integrava 23 dos hospitais que responderam ao questionário (n=41). Como evidenciado, a obrigatoriedade do RN e consequente adaptação do *software* de registo clínico parecem ter marcado o início da sua implementação nos hospitais que ainda não o realizavam<sup>(8, 17)</sup>. Desde agosto de 2019 que se regista um aumento na proporção de doentes submetidos a RN. Porém, este aumento pode refletir apenas o aumento do registo dos indicadores, devido às adaptações do *SClínico* e não o aumento real da implementação do RN, uma vez que, dos 28 hospitais que realizam o RN, somente 8 não o realizavam antes de ser obrigatório. As associações estimadas mostram que, para o ano de 2019, apenas a realização de auditorias periódicas aumenta a probabilidade do sucesso do rastreio. Já para 2020, os resultados mostram que a formação contínua assegurada pelo SN e a intervenção do SN nas primeiras 72 horas de internamento para os doentes em risco nutricional aumentam a probabilidade do sucesso do rastreio. Há que ter em conta que as respostas positivas à variável “intervenção do SN nas primeiras 72 horas de internamento para os doentes em risco nutricional” podem estar intimamente associadas ao sucesso do rastreio. Portanto, esta variável deve ser vista como uma consequência do RN e não como determinante do início da implementação do mesmo. Relativamente às perguntas de resposta aberta, a falta de recursos humanos, sobretudo nutricionistas e a falta de equipamento antropométrico adequado foram as barreiras mais mencionadas e estão alinhadas com outros trabalhos<sup>(5, 18, 19)</sup>. A falta de formação aos profissionais de saúde sobre desnutrição hospitalar e o papel do RN na melhoria de resultados clínicos leva a

que a desvalorização dos cuidados nutricionais seja uma dificuldade na implementação do processo. Esta educação insuficiente foi declarada pelo *Council of Europe-Committee of Ministers* (ECCEN) como uma das principais barreiras aos cuidados nutricionais adequados e está de acordo com estudos europeus e dos EUA<sup>(8, 12, 18-24)</sup>. A categoria “Outras” remete para várias respostas, nomeadamente a indefinição clara da responsabilidade de implementação do rastreio<sup>(12, 16-19, 22, 23)</sup>, a falta de rotina de mensuração antropométrica na admissão do doente e a indisponibilidade dos nutricionistas para dar resposta a tantos pedidos de colaboração<sup>(10)</sup>. Os facilitadores mais mencionados refletem as barreiras descritas e incluem a existência de um sistema informático adaptado ao RN<sup>(17)</sup>. Quanto à boa articulação multidisciplinar, a motivação dos profissionais e o apoio da chefia foram aspetos valorizados pelos inquiridos<sup>(5, 17, 19, 20)</sup>. Um estudo recente que avalia a política de RN holandesa mostra que os nutricionistas, mesmo não realizando o RN, providenciam educação contínua a outros profissionais de saúde e funcionam como motivadores e facilitadores do sucesso do rastreio nutricional<sup>(17)</sup>.

Para colmatar as barreiras identificadas deverão haver esforços locais para a adaptação dos *softwares* de registo clínico para os cuidados nutricionais, adequação do rácio “número de camas de internamento : número de nutricionistas” e aquisição de equipamentos antropométricos<sup>(17)</sup>. A criação de grupos de trabalho dedicados ao RN, responsáveis pela educação contínua, monitorização e auditoria do processo, poderá incentivar os profissionais de saúde a realizá-lo e ainda promover uma cultura de cuidados nutricionais<sup>(8, 25)</sup>. Novas abordagens deverão ser pensadas pelas equipas multidisciplinares<sup>(19)</sup>. A necessidade de adaptações ao RN devido à COVID-19, nomeadamente o recurso a videochamadas, realça a importância da inovação nos cuidados nutricionais. A

nível nacional, a monitorização do RN, através de questionários e auditorias, permitirá a comparação entre hospitais e entre avaliações e, assim, uma adaptação das estratégias de combate à desnutrição hospitalar<sup>(26)</sup>.

Esta investigação é pioneira a caracterizar e avaliar criticamente o processo de implementação do RN em hospitais do SNS, destacando as barreiras e facilitadores inerentes. Tem ainda como força a elevada taxa de resposta ao questionário (84%). Em contrapartida, tem como limitação o baixo número de hospitais integrados na base de dados da DGS, que responderam ao questionário (n=23). Este baixo tamanho amostral poderá ter levado à ocorrência de erros tipo II e impossibilitou a análise multivariada. Ainda assim, foi possível identificar associações. Uma reavaliação dos indicadores a partir de uma maior amostra poderá fornecer resultados mais robustos. Será interessante avaliar a implementação do RN numa perspetiva do paciente e assim recolher indicadores de resultado e de impacto.

### **Conclusões**

Pode concluir-se que a obrigatoriedade da realização do RN promove a qualidade dos cuidados nutricionais hospitalares. Embora seja reconhecida a importância do RN no combate à desnutrição, muitos hospitais ainda não o realizam com sucesso devido a condicionantes práticas. A escassez de recursos humanos e materiais, a necessidade de formação contínua sobre desnutrição hospitalar e a adaptação do *software* de registo clínico para os cuidados nutricionais são fatores a ter em conta na revisão das estratégias de combate à desnutrição hospitalar. As fraquezas do RN nos hospitais do SNS devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, gestores hospitalares e decisores políticos de forma a adequar a política de RN às condições de cada unidade hospitalar.

### **Agradecimentos**

O mais sincero obrigada à Prof. Doutora Teresa Amaral, pela disponibilidade, dedicação e máximo profissionalismo. Obrigada pela exigência, motivação e pela confiança sempre transmitida.

À Prof. Doutora Maria João Gregório, um agradecimento pela oportunidade, apoio e disponibilidade.



## Referências

1. Saúde S-GdSdEAed. Despacho n.º 6634/2018. 2ª série (18713-14). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115652170>.
2. Siegel S, Fan L, Goldman A, Higgins J, Goates S, Partridge J. Impact of a Nutrition-Focused Quality Improvement Intervention on Hospital Length of Stay. *Journal of Nursing Care Quality*. 2019; 34(3):203-09.
3. Shaaban S, Nassar M, El-Gendy Y, El-Shaer B. Nutritional risk screening of hospitalized children aged < 3 years. *Eastern Mediterranean Health J= La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2019; 25(1):18-23.
4. Moick S, Simon J, Hiesmayr M. Nutrition care quality indicators in hospitals and nursing homes: A systematic literature review and critical appraisal of current evidence. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2020; 39(6):1667-80.
5. Green SM, James EP. Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review [Review]. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2013; 26(3):211-21.
6. PNPAS. Rastreio Nutricional- Documento de Apoio à Implementação da Avaliação do Risco Nutricional DGS. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx>.
7. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Vollmer L, Stanga Z, Gomes F, et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clinical Nutrition*. 2020
8. Eglseer D, Halfens RJ, Lohrmann C. Is the presence of a validated malnutrition screening tool associated with better nutritional care in hospitalized patients? [Article]. *Nutrition*. 2017; 37:104-11.
9. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. [Nutritional status recording in hospitalized patient notes]. *Acta Médica Portuguesa*. 2007; 20(6):503-10.
10. Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schutz T, Bauer P, et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: a survey of 21,007

patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2010; 29(5):552-9.

11. Ceniccola GD, Holanda TP, Pequeno RSF, Mendonça VS, Oliveira ABM, Carvalho LSF, et al. Relevance of AND-ASPEN criteria of malnutrition to predict hospital mortality in critically ill patients: A prospective study. *Journal of Critical Care*. 2018; 44:398-403.

12. Lindorff-Larsen K, Hojgaard Rasmussen H, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Scandinavian Nutrition G. Management and perception of hospital undernutrition-a positive change among Danish doctors and nurses. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2007; 26(3):371-8.

13. Poggiano MR, Ciarla S, Gnerre P, Roberts A, Magni L, Morbidoni L, et al. The management of the patient with malnutrition: from evidence to clinical practice [Review]. *Italian Journal of Medicine*. 2017; 11(2):134-50.

14. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011; 8(2):514-27.

15. van Nie-Visser NC, Schols JMGA, Meesterberends E, Lohrmann C, Meijers JMM, Halfens RJG. An International prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(9):e18-e29.

16. van Asselt DZ, van Bokhorst-de van der Schueren MA, van der Cammen TJ, Disselhorst LG, Janse A, Lonterman-Monasch S, et al. Assessment and treatment of malnutrition in Dutch geriatric practice: consensus through a modified Delphi study [Article]. *Age Ageing*. 2012; 41(3):399-404.

17. Leistra E, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Visser M, van der Hout A, Langius JA, Kruizenga HM. Systematic screening for undernutrition in hospitals: predictive factors for success. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2014; 33(3):495-501.

18. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Adherence to hospital nutritional status monitoring and reporting guidelines [Article]. *PLoS One*. 2018; 13(9):e0204000.

19. Chapman C, Barker M, Lawrence W. Improving nutritional care: innovation and good practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(4):881-94.

20. Porter J, Raja R, Cant R, Aroni R. Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2009; 22(3):203-9.
21. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review [Review]. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2019; 23(5):431-41.
22. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2008; 27(2):196-202.
23. Cereda E, Lucchin L, Pedrolli C, D'Amicis A, Gentile MG, Battistini NC, et al. Nutritional care routines in Italy: results from the PIMAI (Project: Iatrogenic MAlnutrition in Italy) study. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2010; 64(8):894-8.
24. Burden ST, Brierley ER. Evaluation of adherence to a nutrition-screening programme over a 5-year period. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2014; 68(7):847-52.
25. Cooper PL, Raja R, Golder J, Stewart AJ, Shaikh RF, Apostolides M, et al. Implementation of nutrition risk screening using the Malnutrition Universal Screening Tool across a large metropolitan health service [Article]. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2016; 29(6):697-703.
26. Laur C, McCullough J, Davidson B, Keller H. Becoming Food Aware in Hospital: A Narrative Review to Advance the Culture of Nutrition Care in Hospitals [Article]. *Healthcare (Basel)*. 2015; 3(2):393-407.

# Anexos

*Índice de Anexos*

**Anexo A - Questionário aplicado para a recolha de dados ..... 22**

**Anexo B-Tabela 3 ..... 32**

## **Anexo A - Questionário aplicado para a recolha de dados**

O conteúdo do questionário teve por base as orientações nacionais e europeias e a literatura científica sobre desnutrição hospitalar entre 2000 e 2020.

O inquérito foi dividido em quatro seções:

- 1) caracterização do hospital, com perguntas de resposta fechada e aberta;
- 2) descrição da implementação do rastreio nutricional, com perguntas de resposta maioritariamente dicotómica (sim/não) ou múltipla;
- 3) identificação de perceções e atitudes relativas ao rastreio, onde foi pedido que assinalassem o grau de concordância com frases sobre aspetos relacionados com o RN através da Escala de Likert, correspondendo 1 a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”;
- 4) identificação das possíveis barreiras e facilitadores da implementação do processo, com duas perguntas de resposta aberta.

As perguntas foram maioritariamente de resposta obrigatória, à exceção de algumas de carácter mais subjetivo e às que seguiam um fluxo de preenchimento, ou seja, que só seriam questionadas mediante a resposta à pergunta anterior.

## Identificação do estabelecimento hospitalar e inquirido

Serão solicitados alguns dados sobre o inquirido que apenas serão acessíveis à Direção-Geral da Saúde e apenas utilizados para contacto, em caso de dúvidas.

\*Hospital que representa:

\*Nome:

\*Email:

\*Profissão:

\*Função que desempenha no estabelecimento hospitalar:

## Caracterização do estabelecimento hospitalar

Serão solicitadas algumas informações que caracterizam o estabelecimento hospitalar e o Serviço de Nutrição.

Número médio de admissões hospitalares por dia, durante o período de março a dezembro de 2019:

 Preencha o campo apenas com números.


\*Número de camas de internamento do hospital:

 Preencha o campo apenas com números.

\*Número de nutricionistas do hospital:

 Preencha o campo apenas com números.

\*Número de dietistas do hospital:

 Preencha o campo apenas com números.



## Caracterização do rastreio nutricional

O seguinte grupo pretende descrever o processo de implementação do rastreio nutricional na instituição que está a representar, desde a entrada em vigor do Despacho n.º 6634/2018.

\*O Hospital já está a implementar o rastreio nutricional?



Sim



Não

\* A implementação foi generalizada a todo o hospital?



Sim



Não

Em que serviços/unidades foi implementado o rastreio nutricional?

\*O Hospital já realizava o rastreio nutricional antes da entrada em vigor do Despacho n.º 6634/2018?



Sim



Não

\*Quando teve início a implementação da identificação sistemática do risco nutricional?

 Responda com mês/ano

\*O software de registo clínico utilizado na sua unidade hospitalar é o SClinico?

Sim  Não

\* Qual o software utilizado?

\* O software de registo clínico utilizado sofreu adaptações como imposto no Despacho n.º 6634/2018?

Sim  Não

\*O software de registo clínico possui um sistema de alertas para a identificação do risco nutricional implementado?

Sim  Não

\*O software de registo clínico emite pedidos de colaboração automáticos ao Serviço de Nutrição, no caso do ser identificado um doente em risco nutricional?

Sim  Não

\*O software de registo clínico permite monitorizar os indicadores definidos no ponto 7 do Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho?

Sim  Não

\* A identificação do risco, avaliação do estado nutricional e sua monitorização ficam registadas no processo clínico do doente?

📌 Seleccione todas as opções que se apliquem

- Identificação do risco
- Avaliação do estado nutricional
- Monitorização

📌 Seleciono os tópicos que ficam registados.

\* Quando é diagnosticado um doente com desnutrição, o respetivo diagnóstico fica registado nos problemas clínicos e no relatório de alta do doente?



Sim



Não

\* Qual(ais) o(s) profissional(ais) responsável(veis) pela realização do rastreio nutricional?

📌 Seleccione todas as opções que se apliquem

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Nutricionista
- Vários

\* O Serviço de Nutrição assegurou a formação contínua e a adequada capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiros/médicos) envolvidos no rastreio nutricional?



Sim



Não

\* As ferramentas de rastreio nutricional utilizadas são as descritas no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (NRS 2002 e STRONGKids)?

📌 Escolha uma das seguintes opções

- Sim, para ambas
- Sim, apenas para o NRS 2002
- Sim, apenas para o StrongKids
- Não

\*O hospital dispõe dos equipamentos de antropometria necessários para a adequada aplicação do rastreio nutricional?

✓  
Sim

⊘  
Não

\* A identificação do risco nutricional é realizada nas primeiras 48h após a admissão hospitalar do doente?

● Escolha uma das seguintes opções

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

\* A identificação do risco nutricional é repetida semanalmente aos doentes que, numa primeira avaliação, não se encontravam em risco nutricional?

● Escolha uma das seguintes opções

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

\* A avaliação e intervenção por parte do Serviço de Nutrição é realizada nas primeiras 72h de internamento para os doentes em risco nutricional?

✓  
Sim

⊘  
Não

\*Na instituição hospitalar que representa, existe um grupo de trabalho dedicado à nutrição artificial?

✓  
Sim

⊘  
Não

\*Na instituição hospitalar que representa, existe um grupo de trabalho dedicado ao rastreio nutricional?



Sim



Não

\* São realizadas auditorias periódicas à implementação do rastreio nutricional?



Sim



Não

\* Foram introduzidas modificações no processo de implementação do rastreio nutricional devido à pandemia da COVID-19?



Sim



Não

Identifique, por favor, as alterações que foram introduzidas:

\*É habitual que o doente receba aconselhamento alimentar no momento da alta?



Sim



Não

## Barreiras e facilitadores da implementação do rastreio nutricional

O próximo grupo de perguntas pretende identificar as barreiras e os facilitadores da implementação do rastreio nutricional.

\*Responda, de acordo com a sua opinião pessoal, utilizando a escala de 1 a 5. O número 1 corresponde a "Discordo totalmente", o 3 a "Não concordo, nem discordo" e o 5 corresponde a "Concordo totalmente".

	1	2	3	4	5
As auditorias ao rastreio nutricional deverão ser realizadas periodicamente de forma a monitorizar os resultados e o desempenho dos profissionais de saúde envolvidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais de saúde, que não os nutricionistas, consideram os cuidados nutricionais como prioritários/importantes para a recuperação do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em ambiente hospitalar, é importante a definição de equipas de consultoria sobre desnutrição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A formação contínua dos profissionais de saúde (não nutricionistas) na área da desnutrição é indispensável para o sucesso do rastreio nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O registo dos resultados do rastreio nutricional no processo clínico do doente é indispensável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A aplicação do rastreio nutricional é frequentemente dispensada em doentes aparentemente com bom estado nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O peso e o IMC podem mascarar a desnutrição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É comum a ideia de que a avaliação subjetiva do estado nutricional de um doente realizada por um enfermeiro ou médico é melhor que a obtida por uma ferramenta de rastreio nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concorda com a ideia de que um doente cujo internamento não será prolongado no tempo (até 2 dias), não precisa de ser rastreado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação/formação para os profissionais de saúde sobre como aplicar corretamente o rastreio nutricional é limitada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenções resultantes do rastreio nutricional nem sempre beneficiam o doente, sobretudo em curtos períodos de tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As auditorias ao rastreio nutricional poderão incentivar os profissionais de saúde e, assim, aumentar as taxas de implementação do rastreio nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O rastreio nutricional é encarado como um trabalho multidisciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A indefinição clara de responsabilidades adjacentes ao rastreio nutricional dificulta a implementação do rastreio nutricional na admissão hospitalar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A aplicação do rastreio nutricional deverá ficar a cargo da equipa de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As preocupações com o estado nutricional dos doentes são menosprezadas pelos profissionais de saúde, que não os nutricionistas (enfermeiros, médicos, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiro-chefe e diretor de serviço de cada unidade/serviço valorizam a importância do rastreio nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A não realização do rastreio de risco nutricional no(s) serviço(s) do hospital deve-se em grande parte à falta de recursos humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A não realização do rastreio de risco nutricional no(s) serviço(s) do hospital deve-se em grande parte à falta de recursos materiais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A comunicação entre a equipa multidisciplinar é um requisito necessário à implementação do rastreio nutricional nas unidades hospitalares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A obrigatoriedade, pelo Despacho n.º 6634/2018, de se implementar uma política de rastreio nutricional é importante para que este seja colocado em prática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A baixa prevalência do risco nutricional em algumas unidades/serviços de internamento justifica a não realização do rastreio de risco nutricional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mencione três fatores que considera dificultarem a implementação do rastreio nutricional.

Mencione três fatores que acredite serem responsáveis pelo sucesso da implementação do rastreio nutricional.

## Anexo B-Tabela 3

Tabela 3. Nível de concordância dos inquiridos com aspetos relacionadas com o RN

	Percentagem (%)					Média (DP)
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	
As auditorias ao RN deverão ser realizadas periodicamente de forma a monitorizar os resultados e o desempenho dos profissionais de saúde envolvidos.	4,9	7,3	9,8	36,6	41,5	4,0 (1,1)
Os profissionais de saúde, que não os nutricionistas, consideram os cuidados nutricionais como prioritários/importantes para a recuperação do doente.	4,9	22,0	29,3	31,7	12,2	3,2 (1,1)
Em ambiente hospitalar, é importante a definição de equipas de consultoria sobre desnutrição.	2,4	4,9	14,6	19,5	58,5	4,3 (1,1)
A formação contínua dos profissionais de saúde (não nutricionistas) na área da desnutrição é indispensável para o sucesso do rastreio nutricional.	4,9	7,3	4,9	19,5	63,4	4,3 (1,2)
O registo dos resultados do RN no processo clínico do doente é indispensável.	2,4	0,0	9,8	9,8	78,0	4,6 (0,9)
A aplicação do RN é frequentemente dispensada em doentes aparentemente com bom estado nutricional.	39,0	12,2	17,1	24,4	7,3	2,5 (1,4)
O peso e o IMC podem mascarar a desnutrição.	2,4	4,9	0,0	19,5	73,2	4,6 (0,9)
É comum a ideia de que a avaliação subjetiva do estado nutricional de um doente realizada por um enfermeiro ou médico é melhor que a obtida por uma ferramenta de rastreio nutricional.	26,8	24,2	19,5	26,8	2,4	2,5 (1,2)
Concorda com a ideia de que um doente cujo internamento não será prolongado no tempo (até 2 dias), não precisa de ser rastreado.	26,8	36,6	14,6	14,6	7,3	2,4 (1,2)
A informação/formação para os profissionais de saúde sobre como aplicar corretamente o RN é limitada.	4,9	14,6	29,3	36,6	14,6	3,4 (1,1)
Intervenções resultantes do RN nem sempre beneficiam o doente, sobretudo em curtos período de tempo.	31,7	31,7	12,2	19,5	4,9	2,3 (1,3)
As auditorias ao RN poderão incentivar os profissionais de saúde e, assim, aumentar as taxas de implementação do rastreio nutricional.	0,0	12,2	12,2	46,3	29,3	3,9 (1,0)
O RN é encarado como um trabalho multidisciplinar.	0	9,8	14,6	39,0	36,6	4,0 (1,0)



	Porcentagem (%)					Média (DP)
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	
A indefinição clara de responsabilidades adjacentes ao RN dificulta a implementação do RN na admissão hospitalar.	7,3	7,3	19,5	34,1	31,7	3,8 (1,2)
A aplicação do RN deverá ficar a cargo da equipa de enfermagem.	19,5	12,2	29,3	19,5	19,5	3,1 (1,4)
As preocupações com o estado nutricional dos doentes são menosprezadas pelos profissionais de saúde, que não os nutricionistas (enfermeiros, médicos, etc).	9,8	24,4	26,8	36,6	2,4	3,0 (1,1)
Os enfermeiro-chefe e diretor de serviço de cada unidade/serviço valorizam a importância do rastreio nutricional.	9,8	12,2	34,1	36,6	7,3	3,2 (1,1)
A não realização do RN no(s) serviço(s) do hospital deve-se em grande parte à falta de recursos humanos.	4,9	2,4	14,6	31,7	46,3	4,1 (1,1)
A não realização do RN no(s) serviço(s) do hospital deve-se em grande parte à falta de recursos materiais.	12,2	26,8	14,6	26,8	19,5	3,2 (1,4)
A comunicação entre a equipa multidisciplinar é um requisito necessário à implementação do RN nas unidades hospitalares.	0,0	0,0	0,0	22,0	78,0	4,8 (0,4)
A obrigatoriedade, pelo Despacho n.º 6634/2018, de se implementar uma política de RN é importante para que este seja colocado em prática.	2,4	2,4	7,3	36,6	51,2	4,3 (0,9)
A baixa prevalência do risco nutricional em algumas unidades/serviços de internamento justifica a não realização do rastreio de risco nutricional.	53,7	34,1	4,9	7,3	0,0	1,7 (0,9)



