

**RENATA LABRONICI BERTIN**

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO NUTRICIONAL: UM  
ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR COM  
ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NA HUMANIZAÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2005**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO NUTRICIONAL: UM  
ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR COM  
ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NA HUMANIZAÇÃO**

**Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Nutrição  
da Universidade Federal de Santa Catarina,  
para obtenção do grau de Mestre em Nutrição**

**RENATA LABRONICI BERTIN**

**Florianópolis – Santa Catarina – Brasil  
Dezembro de 2005**

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ATENÇÃO NUTRICIONAL: UM  
ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR COM  
ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NA HUMANIZAÇÃO**

**RENATA LABRONICI BERTIN**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de MESTRE EM NUTRIÇÃO aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição.

Profª Vera Lúcia Garcia Tramonte, Drª

---

Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**

Presidente:

Profª Anete Araújo de Sousa, Drª. Depto de Nutrição / UFSC

---

Profª Rosa Wanda Diez Garcia, Drª. Faculdade de Medicina da USP/Ribeirão Preto.

---

Profª Raquel Küerten de Salles, Drª. Depto de Nutrição / UFSC.

---

Profª Rossana Pacheco da Costa Proença, Drª. Depto de Nutrição / UFSC.

---

Profª Regina Lúcia Martins Fagundes, Drª. Depto de Nutrição / UFSC.

---

**Florianópolis, 02 de dezembro de 2005.**

A Deus.

A meus pais, meus irmãos

e ao meu noivo.

## AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora Professora Anete Araújo de Sousa, que mesmo a distância ajudou-me a trilhar os caminhos da pesquisa, com sua sabedoria, paciência, compreensão, dedicação e amizade.*

*Às professoras componentes da banca examinadora, Rosa Wanda Diez Garcia, Raquel Küerten de Salles, Rossana Pacheco da Costa Proença, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Nutrição, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.*

*Aos colegas do mestrado, em especial a Luciane Ângela Nottar Nesello e Débora Guimarães, pelos momentos em que dividimos trabalhos, preocupações, angústias e alegrias.*

*Às nutricionistas Beatriz Desirée Lima Beltrão, Maria Luiza Aires de Alencar, Andréa Cristina Longo Marcolino, e demais funcionários do Hospital Universitário, pela participação e contribuição neste estudo.*

*A minha mãe, Liliana Maria, que durante toda esta jornada, foi minha guia, estendendo-me a mão, apoiando-me, passando seus ensinamentos e fazendo com que eu acreditasse mais em mim.*

*Ao meu pai Luís Augusto e minha madrastra Glória Maria, pelo amor, carinho e apoio transmitidos nesta caminhada.*

*Aos meus irmãos, Eduardo Augusto e Fernanda, pelos momentos de felicidade, pela força, paciência, estímulo e, pelo amor compartilhado nesse período.*

*À minha avó Célia, pela constante presença. Obrigada pela alegria e diversão enquanto estávamos juntas.*

*Ao meu amado noivo Anderson, que me ajudou na conquista deste passo, compartilhando incondicionalmente de todos os meus momentos, me amando, compreendendo minhas ausências e respeitando minhas escolhas.*

*À amiga e professora Maria de Fátima Mantovani, que carinhosamente me ajudou nas elucidações de meus questionamentos.*

*A todas as pessoas e amigos, que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.*

***“Amar a humanidade é fácil.  
Difícil é amar o próximo”.***  
***(Henri Ford)***

***“É muito mais fácil identificar o erro do  
que encontrar a verdade O erro está  
na superfície e, por isso, é mais fácil erradicá-lo.  
A verdade repousa no fundo e não é qualquer  
um que consegue chegar até lá”.***  
***(Goethe)***

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em um estudo de caso que teve como objetivo identificar as concepções e práticas relacionadas à atenção nutricional em uma Unidade de Alimentação e Nutrição, inserida em uma instituição hospitalar em processo de implantação do programa de humanização da cidade de Florianópolis, SC. Os sujeitos selecionados para a pesquisa foram cinco das nutricionistas que trabalham no hospital. A partir do levantamento do referencial teórico para fundamentar a pesquisa, elaboraram-se as seguintes categorias: características do hospital, estrutura da Unidade de Alimentação e Nutrição, regime de trabalho e formação do nutricionista, mapeamento das atividades do nutricionista de clínica, mapeamento das atividades do nutricionista de produção e gerenciamento, características da dieta hospitalar, concepção do nutricionista sobre a Unidade de Alimentação e Nutrição, e o processo de humanização. A coleta de dados se concretizou mediante a análise documental, entrevistas semi-estruturadas e a observação direta com a participação de cinco nutricionistas do local analisado. Os resultados permitiram evidenciar os seguintes aspectos: na UAN analisada, o horário de distribuição de refeições está estruturado fora do horário habitual do paciente, priorizando-se a rotina do setor e do hospital; a UAN não conta com refeitórios para pacientes, o que pode propiciar o isolamento e o não compartilhamento da refeição de forma coletiva; a Unidade disponibiliza o atendimento ambulatorial para os seus funcionários, o que evidencia a preocupação com o atendimento alimentar e nutricional, não só do paciente, mas também deste grupo; nas atividades das nutricionistas das unidades de internação (nutrição clínica) há prioridade de algumas ações para o atendimento aos pacientes, principalmente aquelas relacionadas com o encaminhamento das rotinas ligadas à produção de refeições e as atividades da nutricionista de produção de refeições são caracterizadas pela gestão de imprevistos, condicionadas pela estrutura física da UAN; quanto à formação das nutricionistas, percebe-se que estas vêm buscando o aprimoramento profissional diante das abordagens que a ciência da nutrição proporciona, especialmente no âmbito da realização dos cursos de pós-graduação; em relação às características das dietas oferecidas, a UAN não conta com manual, mas sim com um padrão de dietas hospitalares e, as nutricionistas por individualizarem o atendimento, adaptam a dieta às necessidades e preferências alimentares do paciente. Além disso, pode-se concluir que a UAN tem priorizado tanto os aspectos físico-funcionais do setor, com o projeto da reestruturação física, como o atendimento personalizado ao paciente, de forma que as suas expectativas sejam atendidas. Portanto, a implantação do cuidado alimentar e nutricional humanizado, baseada na Política Nacional de Humanização (PNH), vem sendo trilhada de forma gradativa e de acordo com a disponibilidade do setor. A partir das categorias desenvolvidas para esta pesquisa, foram elaboradas recomendações com o intuito de desenvolver ações humanizadas em atenção nutricional, para a Unidade de Alimentação e Nutrição.

**Palavras chave:** atenção nutricional, unidade de alimentação e nutrição hospitalar, alimentação hospitalar, humanização, nutricionista.

## ABSTRACT

It's a qualitative research, based on a case study, which objectified to identify related conceptions and practices to nutritional care in a Food and Nutrition Service at a hospital during the course of implementing a program of humanization in the city of Florianopolis, Santa Catarina State/ Brazil. With the research grounded by the theoretical background, the following categories were elaborated: hospital features, structure of the Food and Nutrition Service, dieticians work schedule and educational background, clinical dietician/ nutritionist's activity mapping, management dietician's activity mapping, hospital dietary features, dietician's conception on the Food and Nutrition Service and the process of humanization. Data collection was effected by documental analysis, semi-structured interviews and observation with the participation of five dieticians from the analyzed facilities. Thus, results evidenced the following aspects: in the analyzed Food and Nutrition Service mealtime does not conform with patients' mealtime routine, privileging the sector and hospital routine; the Food and Nutrition Service does not have patients' canteens which may bring about isolation and patients are unable to share mealtime; the unit provides its staff with service rendering which evidences concern with their food and nutritional needs, not only the patients'; in relation to the clinical dieticians activities, their ultimate priority is to forward the patients' diet, while the management dietician/ nutritionist's activities are related to deal with the unexpected due to the structure of the Food and Nutrition Service; as for the dieticians educational background, it was evidenced that they are searching for professional qualification by attending post-graduation courses in view of the broad perspectives Nutrition Science has provided; in relation to the dietary features, the results showed that the Food and Nutrition Service does not offer a hospital dietary manual, but dietary standards which make dieticians/ nutritionists adapt it to patients' individual taste and needs. Besides, it can be concluded that the Food and Nutrition Service has prioritized not only the improvement of its facilities but also the individualized care to patients in order to meet their expectations. Therefore, the implementation of humanized food and nutritional care, based on the National Policy of Humanization, has been gradually taking place, according to the sector availability. Keeping in mind the categories developed by this research, some recommendations were elaborated in order to carry out humanized actions in nutritional care for the Food and Nutrition Service.

**Key Words:** nutritional care, hospital food and nutrition service, hospital food, humanization, dietician.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 4. 1: Fluxo de Atendimento da Nutricionista na Área Clínica – HU/UFSC, 2005 .....	52
---	----

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 2.1: Diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional ao paciente.....	26
Quadro 3.1: Categorias analisadas em diferentes programas e instrumentos, para o diagnóstico e proposições sobre os padrões de prática, na área de atenção nutricional hospitalar. ....	34
Quadro 3. 2: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Características do Hospital - HU/UFSC, 2005.</i> .....	35
Quadro 3.3: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Estrutura do Serviço/Unidade de Alimentação e Nutrição - HU/UFSC, 2005.</i> .....	35
Quadro 3.4: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Regime de Trabalho e formação do Nutricionista - HU/UFSC, 2005.</i> .....	36
Quadro 3.5: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Mapeamento das atividades do nutricionista de clínica - HU/UFSC, 2005.</i> .....	37
Quadro 3.6: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Mapeamento das atividades do nutricionista de produção e gerenciamento - HU/UFSC, 2005.</i> .....	38
Quadro 3.7: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Características da dieta hospitalar - HU/UFSC, 2005.</i> .....	38
Quadro 3.8: Sub-Categoria e indicadores da categoria: <i>Concepção do nutricionista sobre SND/UAN e o processo de humanização - HU/UFSC, 2005.</i> .....	39
Quadro 4. 1: Tipo e horário de refeições servidas pela UAN aos funcionários e pacientes - <i>HU/UFSC, 2005.</i> .....	45
Quadro 4.2: Frequência e dias de entrega dos gêneros recebidos pelo setor de recebimento da UAN - <i>HU/UFSC, 2005.</i> .....	56
Quadro 4.3: Categorias e subcategorias de análise referentes aos temas sobre o processo de humanização e a atenção hospitalar, na percepção das nutricionistas – <i>HU/UFSC, 2005</i> .....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AET:** Análise Ergonômica do Trabalho
- AP-AP:** Assistência Pública dos Hospitais de Paris
- CEPSH:** Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
- CFN:** Conselho Federal de Nutricionistas
- DAA:** Diretoria de Apoio Assistencial
- DVAA:** Divisão de Apoio Assistencial
- HU:** Hospital Universitário
- IMC:** Índice de Massa Corporal
- MEC:** Ministério da Educação
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PNH:** Política Nacional de Humanização
- PNHAH:** Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- SND:** Serviço de Nutrição e Dietética
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UAN:** Unidade de Alimentação e Nutrição

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	3
1.1 Objetivos .....	9
1.1.1 Objetivo Geral .....	9
1.1.2 Objetivos Específicos .....	9
1.4 Limitações do Trabalho .....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 Saúde: Por Um Conceito Humanizado.....	11
2.2 Características Gerais da Organização Hospitalar .....	12
2.3 O Processo de Humanização nas Organizações Hospitalares .....	15
2.3.1 Contextualizando a Humanização .....	15
2.3.2 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar .....	17
2.4 A Alimentação Hospitalar.....	19
2.4.1 Alimento e Alimentação: do biológico ao simbólico.....	19
2.4.2 A Alimentação Hospitalar: uma aproximação da dimensão humana.....	22
2.5 O Setor de Alimentação e Nutrição Hospitalar .....	24
2.5.1 Características das Unidades de Alimentação e Nutrição.....	24
2.5.2 Nutricionistas no Setor Hospitalar: características e situação de trabalho .....	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO .....	32
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	32
3.2 Construção do Modelo de Análise .....	33
3.2.1 Definição e Seleção das Categorias.....	33
3.3.2 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa .....	39
3.2.3 Técnicas, Instrumentos e Aspectos Éticos da Coleta de Dados .....	40
3.2.4 Tratamento e Análise dos Dados .....	42
4 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO .....	44
4.1 Caracterização da Instituição Hospitalar.....	44
4.2 Caracterização da Unidade de Alimentação e Nutrição.....	44
4.2.1 Características Organizacionais.....	44
4.2.2 Características Funcionais.....	45
4.3 Características das Nutricionistas e sua Formação.....	46

<b>4.4 Mapeamento das Atividades dos Nutricionistas na Unidade Hospitalar Estudada.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4.1 O Verso e o Reverso da Prática do Nutricionista na área Clínica.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4.2 O Verso e o Reverso da Prática do Nutricionista na área de Produção e Gerenciamento de Refeições.....</b>	<b>54</b>
<b>4.5 Características da Dieta Hospitalar .....</b>	<b>60</b>
<b>4.6 Concepção das Nutricionistas sobre o SND/UAN e o Processo de Humanização .....</b>	<b>61</b>
<b>4.6.1 O SND/UAN dentro da Filosofia de Atendimento no Hospital.....</b>	<b>61</b>
<b>4.6.2 Processo de Humanização: Concepções sobre a Atenção Hospitalar .....</b>	<b>62</b>
<b>A. Pensando em Humanização .....</b>	<b>62</b>
<b>B. Trabalho Humanizado .....</b>	<b>64</b>
<b>C. Humanizando a Alimentação Hospitalar .....</b>	<b>66</b>
<b>5 RECOMENDAÇÕES À UAN ANALISADA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES HUMANIZADAS EM ATENÇÃO NUTRICIONAL.....</b>	<b>73</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>106</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A trajetória existencial é permeada por uma multiplicidade de situações que afetam o nosso existir; dentre elas pode-se destacar as do processo saúde-doença que são vivenciadas de maneira singular.

O processo saúde-doença é uma condição da existência do ser humano, relacionado à visão do mundo e ao modo de ser e de viver, que sofre influências direta e indiretamente dos fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos éticos e culturais (Polak, 1996).

A busca pela compreensão da condição de saúde nos leva a várias definições que, segundo Helman (2003), variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. Podemos ressaltar que a condição de saúde está fortemente relacionada com o sistema físico, biológico, social e tecnológico no qual o ser humano está inserido. Desta forma, devemos colocar-nos, numa posição sistêmica, ver o indivíduo em relação ao seu ecossistema, ou seja, devemos ver o indivíduo na sua trajetória vital, numa dimensão temporal, em seu todo (CHAVES, 1980, p.46).

Capra (1982, p. 315), ao abordar o conceito de saúde dentro de uma concepção sistêmica, que encara a saúde em termos de processo contínuo, descreve-a como: “atividades e mudanças em resposta do organismo aos desafios ambientais”. Neste aspecto, a condição do indivíduo depende sempre do meio ambiente natural e social em que se insere.

Chaves (1980, p. 57-79) enfoca que a saúde, na concepção sistêmica, é humanista, pois busca para cada indivíduo a possibilidade de realização de seu telos, ou seja, de suas metas, seus objetivos e filosofia de vida. Destaca ainda que as instituições hospitalares, como parte do sistema de saúde, são as responsáveis por promover, proteger e/ou recuperar a saúde do indivíduo.

As instituições hospitalares têm ocupado a pauta das discussões para o setor de saúde. As demandas caracterizadas pelas constantes descobertas científicas, os avanços tecnológicos, o perfil populacional, a busca por melhor qualidade de vida e atendimento mais qualificado e humanizado, implicam reflexões sobre o sistema de saúde e, mais especificamente, sobre o papel dos hospitais na rede assistencial de saúde (MS, 2004a).

Neste cenário, a assistência à saúde tem-se tornado mais sofisticada e complexa com vistas a garantir o acesso universal à saúde com alta qualidade de

serviço e profissional mais capacitado, o que ocasiona aumento na demanda financeira (OPAS, 2004, p. 45-46).

Por outro lado, a inadequação na utilização dos recursos financeiros, supervalorizando procedimentos de alta complexidade, em detrimento a procedimentos cognitivos, e sem levar em consideração os aspectos relativos à relevância e à qualidade, bem como à insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação dos recursos financeiros, têm repercutido na qualidade do serviço prestado pelas instituições hospitalares (MS, 2004, p.17-18).

Dessa forma, diante da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados, bem como a melhoria das condições de trabalho nos hospitais, o Ministério da Saúde criou, em junho de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O objetivo mais amplo do programa é valorizar a dimensão humana, reconhecendo-a no ato de assistência à saúde, considerando as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas, aspectos emocionais e físicos, mediante a incorporação de práticas assistenciais seguras, éticas e humanizadas (PNHAH 2004; MS, 2004a).

Recentemente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) passou a ser uma política nacional pelo Decreto nº 4.726, de nove de junho de 2003, sendo denominada então de HumanizaSUS (MS, 2004b). Cabe ressaltar que como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, contemplando não só o atendimento humanizado aos usuários do SUS, mas também a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (MS, 2004b).

Com esta discussão, práticas assistenciais humanizadas nas unidades responsáveis pela alimentação e nutrição nos hospitais, podem ser repensadas para, serem efetivamente incorporadas na rotina hospitalar.

Esse aspecto é particularmente importante, considerando-se os dados disponíveis sobre a problemática da alimentação hospitalar, no que diz respeito aos indicadores do estado nutricional do paciente internado e os serviços oferecidos, conforme estudos destacados abaixo.

A preocupação pelo estado nutricional do indivíduo internado vem crescendo mundialmente, uma vez que a desnutrição intra-hospitalar continua sendo a causa mais freqüente do aumento da morbimortalidade e um dos principais problemas de saúde em todo o mundo, pois se sabe que a desnutrição afeta de 30 a 50% dos

pacientes hospitalizados de todas as idades, tanto por causas cirúrgicas, como médica, e aumenta, à medida que se prolonga a estada do paciente no hospital. A desnutrição, associada à doença do paciente, prolonga sua recuperação, tornando-a mais complexa e exigindo maiores cuidados da equipe multidisciplinar. Além disso, os pacientes podem desenvolver a desnutrição não só após sua admissão hospitalar, como até 70% dos pacientes desnutridos sofrem uma piora gradual de seu estado nutricional durante a hospitalização (CABRAL et al.; 1998, p.126; WAITZBERG et al., 2000, p. 385; BECK et al., 2001, p.455; LORENZO et al., 2005, p.82).

No Brasil, um estudo realizado pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) - em 12 Estados brasileiros, totalizando 4 mil pacientes, revelou que a prevalência média da desnutrição hospitalar é de 48,1% nos hospitais públicos, sendo 12,6% dos doentes desnutridos graves e 35,5% desnutridos moderados. A prevalência da desnutrição aumenta significativamente em alguns Estados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, com prevalências de desnutrição de 68 a 78%, respectivamente. Neste estudo, observa-se a falta de diagnóstico e de intervenção nutricional, sendo que 81,2% dos pacientes não tinham em prontuário a anamnese nutricional, e que apenas 6,1% dos pacientes avaliados receberam algum tipo de terapia enteral (IBRANUTRI,1997; WAITZBERG et al. 2001).

Outro estudo realizado em Porto Alegre, cinco anos após o IBRANUTRI, mostrou que 51,4% dos pacientes estavam desnutridos. Destes, 31,4% eram desnutridos graves; e do total de pacientes desnutridos, apenas 2,7% estavam recebendo algum tipo de terapia enteral. Os dados demonstram que a desnutrição ainda é prevalente nos hospitais brasileiros e que as ações da equipe de saúde não estão suficientemente direcionadas para mudar este quadro (MELLO et al., 2003, p.65).

Na Espanha, um estudo realizado por Perez et al. (2002), em 1999 com 3645 pacientes, apontam que 50,04% estavam desnutridos e concluíram que as razões para a desnutrição hospitalar na Espanha não se relacionam tanto com a impossibilidade de detectá-la, mais sim por um desconhecimento do problema incluindo: falta de conhecimento dos médicos e enfermeiras, falta de interesse pelos dados nutricionais, inexistência de especialistas em nutrição e ausência de dietista.

Entre os fatores causais atribuídos à desnutrição hospitalar, a alimentação e os aspectos descritos como iatrogênicos assumem papel importante. Com relação à alimentação, observa-se que os pacientes não ingerem boa parte da dieta que lhes é oferecida, devido possivelmente à falta de apetite, alteração do paladar, mudança de hábitos e horários alimentares (PEREZ, 2002, p.145). Já os aspectos iatrogênicos tais, como peso/altura não medidos, rotação de pessoal, não observação da ingestão alimentar, ausência de suporte nutricional, uso prolongado de soro fisiológico ou glicose no pós-operatório e não percepção do aumento das necessidades calóricas, são identificados como causas ou mesmo conseqüências da piora da desnutrição hospitalar (WAITZBERG, et al., 2000, p.395).

Destarte, podemos observar que, tanto a abordagem do problema como a estratégia terapêutica objetivam o aspecto nutricional. Assim, fica claro que diagnóstico precoce e atendimento nutricional adequado, desde a admissão até a orientação de alta é pré-requisito de melhora do estado nutricional, bem como a redução no tempo de internação (RANA apud, BURDEN et al., 1998, p. 269).

Segundo Beck et al. (2001, p. 456-457), alguns fatores parecem ser os principais obstáculos para a manutenção da qualidade do atendimento nutricional prestado pela Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) nos hospitais, tais como: formação insuficiente dos profissionais, falta de uma definição clara das responsabilidades em planejar e gerenciar os cuidados nutricionais, pouca influência com os pacientes, falta de cooperação entre as equipes e a falta de envolvimento da gerência dos hospitais.

Na França, em estudo desenvolvido com 10% dos hospitais ligados a Assistência Pública dos Hospitais de Paris (AP-HP), além dos resultados semelhantes, constatou que há falhas importantes relacionadas à qualidade dos serviços prestados. Dentre os apontados destaca-se a variedade e a quantidade da alimentação, a apresentação das preparações e os horários de distribuição das refeições (Guy-Grand, 2000; Guy-Grand, 1997).

A partir desses fatores, um número crescente de iniciativas bem sucedidas para melhorar a situação em relação às práticas nutricionais tem sido documentadas por toda a Europa (BECK et al.; 2001, p.458; GOTTRAUX et. al., 2004).

No entanto, no Brasil, poucos são os dados observados na literatura sobre as ações do nutricionista relacionadas à atenção nutricional no setor hospitalar. Este profissional tem-se apresentado para a sociedade como profissional da saúde que,

além do cumprimento de suas atribuições no exercício da profissão, precisa, em sua atuação diária, promover a melhoria do estado nutricional e conseqüentemente, de saúde das pessoas através da alimentação (NUNES, 2000, p. 477-478; VEIROS, 2002, p. 19).

A alimentação, nesse contexto pode tornar-se grande aliada do nutricionista: quando é prescrita ao indivíduo doente, juntamente com os serviços médicos e de enfermagem, exerce função terapêutica importante e conseqüentemente de recuperação da saúde.

No entanto, mesmo o alimento sendo o grande aliado do nutricionista, ao se analisarem as atividades exercidas por este profissional em sua prática hospitalar, observa-se pouca intimidade com este objeto de trabalho, pois a característica básica do profissional é fixar-se na atividade gerencial e clínica, deixando o alimento para um segundo momento, em que muitas vezes já é esquecido (BERNADES et al., 1996, p. 362).

A atuação do nutricionista no setor hospitalar está situada em duas grandes áreas: a alimentação coletiva, que consiste no gerenciamento do processo de produção de refeições, e a nutrição clínica, que abrange atividades relacionadas aos cuidados nutricionais, com vistas à prevenção e à terapia nutricional (Sousa, 2001; CFN, 1998).

A unidade de alimentação e nutrição (UAN), inserida no ambiente hospitalar, é considerada um subsistema, que desenvolve atividades relacionadas à alimentação e à nutrição, além de desempenhar um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde da população a que se destina (TEIXEIRA et al., 2000, p.15-16).

Segundo Sousa (2001, p. 6; 2002, p. 17), no Brasil, o trabalho desenvolvido pelo nutricionista nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares necessita de avaliação clara no que se refere aos cuidados nutricionais, pois a complexidade do processo de trabalho dificulta a aproximação do nutricionista na gestão do processo de atendimento nutricional aos pacientes.

Reforçando tal aspecto, as atividades realizadas nas UAN hospitalares são muito variadas. Nos estudos de Boog et al. (1989, p.70 - 72) e Carmo et al. (1994, p.80), observou-se que a distribuição das atividades não é homogênea, havendo maior concentração de atividades no gerenciamento do que na clínica, em função da quantidade dos serviços burocráticos, ao número insuficiente de profissionais, à falta

de recursos financeiros e materiais, bem como às dificuldades decorrentes da própria formação acadêmica.

Sousa (2001), em estudo comparativo entre duas instituições hospitalares no Brasil e na França, observando o trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais dentro dos hospitais, aponta fragmentações de suas ações decorrentes de inúmeros fatores, principalmente os não previsíveis ligados ao processo de produção de refeições, e também à dificuldade destes profissionais em atuar de forma preventiva.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo fundamentou-se na necessidade de caracterizar a alimentação e compreender a prática do nutricionista em um hospital inserido no contexto de humanização.

O estudo inseriu-se em pesquisa de caráter multicêntrico, realizado inicialmente na cidade de Campinas, SP, posteriormente em Florianópolis, SC, e Ribeirão Preto, SP, por Garcia et al., (2003).

A proposta buscou levantar elementos que pudessem contribuir com o delineamento das características das ações de uma UAN hospitalar, bem como a identificação de concepções e práticas da atenção nutricional em ambiente hospitalar de referência para a PNH. A pesquisa se justifica, visto que contribuirá para a identificação e construção de um corpo de ações em atenção nutricional, que possa melhor caracterizar a UAN, de forma a ajustá-la às características e objetivos de atendimento humanizado da instituição.

Neste sentido, a pergunta de partida, que norteou o estudo, pode ser assim delineada:

**COMO UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, INSERIDA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, DESENVOLVE AÇÕES PARA A PRÁTICA DA ATENÇÃO NUTRICIONAL, FUNDAMENTADA NA SUA DIMENSÃO HUMANA?**

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Identificar as concepções e práticas relacionadas à atenção nutricional em uma Unidade de Alimentação e Nutrição inserida em uma instituição hospitalar que busca desenvolver uma gestão centrada na humanização.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o hospital de referência, com relação aos indicadores de atendimento.
- Caracterizar a estrutura organizacional e funcional da UAN.
- Caracterizar a formação e a organização do trabalho dos nutricionistas da UAN.
- Analisar a atividade de nutricionistas dos setores responsáveis pela nutrição clínica e produção de refeições.
- Identificar as características gerais das dietas oferecidas.
- Analisar as concepções de nutricionistas sobre o processo de humanização no hospital.
- Formular recomendações que subsidiem a UAN analisada no desenvolvimento de ações relacionadas à atenção nutricional fundamentada na dimensão humana.

## **1.4 Limitações do Trabalho**

A principal limitação do presente estudo diz respeito ao tipo de pesquisa desenvolvido, o estudo de caso, pois esta é uma investigação que se restringe ao local selecionado para a pesquisa. O método exige certa prudência na interpretação dos resultados, especialmente na generalização das conclusões, uma vez que a realidade observada se aplica somente a uma unidade hospitalar, embora esta possa servir de base e comparação para outros estudos com características semelhantes.

Outro aspecto a ser destacado é a caracterização do trabalho dos nutricionistas. Neste contexto, nas condições de trabalho, como uma das categorias

estudadas, serão analisados somente alguns indicadores que contribuam para a caracterização geral e não detalhada das atividades realizadas pelo nutricionista.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Saúde: Por Um Conceito Humanizado

O conceito de saúde, aparentemente simples, refere-se de fato a um fenômeno complexo que conjuga fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, não podendo, desta maneira ser definido com precisão (UCHÔA & VIDAL, 1994, p. 497).

O entendimento do conceito saúde para Capra (1982, p.117) depende da concepção que se possua do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. No entanto, como ela muda de uma cultura para outra, os conceitos de saúde também mudam.

Atualmente, a maioria das estatísticas sobre saúde usa o conceito biomédico que define saúde como ausência de doença. Nesta concepção, o corpo humano é considerado uma máquina e a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos (CAPRA, 1982, p. 116-127).

As realizações alcançadas por este modelo foram notáveis e permitiram muitos avanços na prevenção e no tratamento de doenças, com o desenvolvimento de medicamentos e vacinas. No entanto esses avanços foram acompanhados pelo desenvolvimento de tecnologias de alta complexidade e sofisticação, gerando grande dependência tecnológica, custos crescentes, bem como contraste entre humanização e desumanização do cuidado (CAPRA, 1982, p.116-127; HELMAN, 2003, p.93).

Diante do exposto, a busca por um conceito de saúde, que reflita de forma positiva e humanitária na assistência, fez com que adotássemos o conceito dentro de uma concepção sistêmica, que compreende a saúde como processo contínuo que se reflete na interação do organismo com o meio ambiente em que está inserto. Nesse contexto, saúde é: *“experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio-ambiente natural e social”* (CAPRA, 1982, p.316). Para Pessini et al. (2003, p.210), esta visão combina melhor com a humanização na assistência à saúde, uma vez que a saúde não é apenas a ausência de doença, de dor, de mal-estar. Pelo contrário, é a presença de bem-estar físico, mental, social e

espiritual. Para os autores, a dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são fatores a serem ponderados na relação paciente/profissional de saúde.

Nesta abordagem, a doença é consequência do desequilíbrio e da desarmonia e pode ser vista como decorrente de uma falta de integração. Assim, para alcançar um estado adequado de bem-estar, o ser humano “*deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente*” (OMS, 1986). Ser saudável significa, portanto, estar em sincronia consigo mesmo – física e mentalmente – e também com o mundo circundante (CAPRA, 1982, p. 317).

A adoção dessa nova concepção orienta a assistência à saúde para uma abordagem diferenciada, que tem como objetivo melhorar a equidade, a efetividade, eficiência, sustentabilidade e participação social dos indivíduos, considerando os efeitos das mudanças tecnológicas, sociais e culturais, através de ações e programas sociais e econômicos propostos pelas políticas de governo (OPAS, 2004, p.51).

No Brasil, a discussão sobre política de assistência à saúde tem sido discutida tanto por profissionais da área como pelo próprio governo, visto que a crise do sistema de saúde brasileiro se intensifica em função da necessidade de se adequar aos novos desafios. A avaliação sobre esta crise está fundamentada na argumentação de que os princípios e diretrizes que norteiam o sistema de saúde, não estão operacionalizados plena e suficientemente, a ponto de corresponder ao quadro das novas demandas. Além disso, a acelerada transformação tecnológica, a crescente demanda de produtos e serviços e a escassez de recursos humanos, têm dificultado o acesso aos serviços de saúde (MS, 2004a, p. 6).

Compreendo que reverter este quadro e reorientar este modelo de assistência à saúde é desafio que envolverá a formulação de novos modelos conceituais, mudanças na prática e no paradigma sanitário, além de mudanças em nosso sistema de valores e em nossa organização social e cultural.

## **2.2 Características Gerais da Organização Hospitalar**

Acompanhando a evolução histórica dos hospitais, observamos que essa instituição passou por várias transformações até chegar a um local sofisticado de cura, tratamento e promoção da saúde (GALVÃO & FEDERIGHY, 2002, p.210).

O hospital, inicialmente foi estabelecido como instituição filantrópica, caracterizada como instituição religiosa e espiritual. Este modelo estava baseado na proposta de hospitais europeus, cuja tarefa se voltava mais para a atividade religiosa do que médica (CASTELAR, 1995, p.42).

No Brasil, este modelo de gestão, voltado para a atividade religiosa, foi adotado com o surgimento do primeiro hospital, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1565 por padres jesuítas. Com o passar dos anos, o hospital gradativamente se desvincula das organizações religiosas, para caracterizar-se como u instituição social, sob responsabilidade integral do Estado (GALVÃO & FEDERIGHY, 2002, p.211; CASTELAR, 1995, p.42.).

Atualmente, os hospitais são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte de uma organização médica e social, cuja missão é proporcionar às populações assistência médico-sanitária completa, visando a cura e à prevenção (GALVÃO & FEDERIGHY, 2002, p.212). Eles são considerados como instituições públicas ou privadas que fazem parte do sistema de saúde, e vêm cristalizando-se num Sistema Único de Saúde, caracterizado pela descentralização de suas ações e pela universalização do acesso aos cuidados de saúde (CASTELAR, 1995, p.47). Contudo concretizar esses princípios requer uma adequação de serviços, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas da população, além de uma política mais global de planejamento da assistência ou da estrutura médico-hospitalar (GRABOIS & SANDOVAL,1995, p.71).

Um aspecto que ainda deve ser destacado nesta fase de contextualização do hospital se refere à qualidade dos serviços prestados neste setor, porquanto se sabe que para atender às demandas sociais, geradas pela sociedade moderna e atingir níveis elevados de eficiência, não basta apenas a existência de recursos materiais e financeiros, é necessário ter clareza das condições e determinações do setor e estrutura organizacional extremamente racional que possa adequar os serviços prestados às necessidades dos diferentes atores pertencentes a esta organização (JUNQUEIRA & INAJOSA, 1992, p.21; GONÇALVES, 1998, p.82).

No que se refere à qualidade, podemos dizer que no mundo industrializado de hoje, com múltiplas áreas de produção de bens e serviços, a qualidade torna-se vital na sobrevivência econômica de empresas produtoras de bens e prestadoras de serviços. Desse modo, pode-se dizer que a qualidade no setor hospitalar compreende um conjunto de características relativas a determinados produtos

(exames, refeições, radiografias etc.) ou serviços (serviço social, de psicologia, financeiro etc.), ou mesmo relativas a um indivíduo ou grupo de indivíduos (médicos, enfermeiros, nutricionistas etc.). A avaliação clássica da qualidade nos hospitais baseia-se na teoria dos sistemas e é referente à estrutura, processo e resultados (NICZ & KARMAN, 1995, p.225).

A teoria dos sistemas para Mota et al. (1997, p.22) existe principalmente em função da necessidade de utilização de controles relacionados ao tratamento do paciente e controle de gastos. Os autores (1997, p.23-25) propõem para a avaliação dos sistemas de garantia de qualidade nos hospitais um conjunto de cinco elementos de referência, a partir de parâmetros objetivos, assim discriminados: política de alta gerência, qualidade dos procedimentos, qualidade dos serviços em si, produtividade e aspectos humanos.

Nessa perspectiva, Ramirez et al. (1996, p.399-403) entendem que, para elaborar instrumentos metodológicos que permitam avaliar e garantir a qualidade dos serviços, mediante a exploração das expectativas levantadas pelos pacientes, dirigentes das instituições e profissionais da saúde, deve-se considerar a liberdade de expressão, além de elementos como satisfação individual, social e profissional.

É importante ressaltar que a qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares no Brasil não vem respondendo adequadamente às necessidades de saúde da população. Contribui para tal a escassez de planejamento central de nível federal, estadual ou municipal, incapacidade gerencial, ausência de plano de carreiras, além de insuficiente dotação orçamentária (CASTELAR, 1995, p.47-48, MS, 2004). Nesse contexto, segundo os autores, o hospital brasileiro continua centralizando a prestação de cuidados de saúde, enfrentando, assim, o grave problema da demanda social, a recessão econômica e a progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos.

Essa situação tem gerado dentro das instituições hospitalares reflexos em todos os atores sociais envolvidos, motivo pelo qual o governo tem buscado a implantação de programas que busquem alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde, no atendimento hospitalar, a exemplo da PNH.

## 2.3 O Processo de Humanização nas Organizações Hospitalares

### 2.3.1 Contextualizando a Humanização

O sofrimento humano e as doenças fazem parte do homem e das sociedades, assim como o restabelecimento da saúde. O processo relacionado à recuperação da saúde, na ação/intervenção humanizada pode suscitar, na pessoa fragilizada o desejo do enfrentamento pessoal diante da situação vivenciada (SELLI, 2003, p.252-253).

O ser humano em sua multidimensionalidade integra espaços, condições e expressões singulares, que contribuem para a construção de sua própria identidade. Assim, faz-se necessário cuidar do ser humano em sua totalidade, respeitando os fatores éticos, aspectos culturais, econômicos, sociais e educacionais (BETINELLI et al., 2003, p.231). Nesse contexto, a humanização surge na forma de movimento que valoriza a essência do ser humano, respeitando sua individualidade.

A busca pela compreensão da palavra *humanização*, nos remete ao seu conceito mais global,

“... humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber” (PNHAH, 2004, p.33).

Humanizar em saúde é resgatar a importância dos aspectos emocionais indissociáveis dos aspectos físicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde (PNHAH, 2004).

Assim, pode-se dizer que a humanização busca constituir uma prática a ser exercida em benefício mútuo de usuários e profissionais inseridos neste contexto, contribuindo, dessa forma, para a melhoria das condições de trabalho e a qualidade do atendimento (SELLI, 2003, p.249; FAIMAN et al., 2003, p. 257).

A humanização no campo da saúde nos remete às instituições hospitalares, que atualmente passam por inúmeros avanços científicos, sofisticação tecnológica, levando a medicina à dependência em relação à alta tecnologia, contribuindo, desse

modo, para o distanciamento entre profissional e paciente, desencadeando muitas vezes a desumanização do cuidado (VILELA & MENDES, 2000, p.41).

O cuidado humanizado, segundo Labronici (1998, 2002), está direcionado não apenas às ações instrumentais ou técnicas, mas às ações expressivas, ou seja, aquelas voltadas para a subjetividade, para o mundo privado do paciente.

O processo de humanização nas instituições hospitalares pressupõe primeiramente a compreensão do significado da vida do ser humano em suas diversas dimensões. No entanto, para qualificar humanamente esse processo, supõe-se que os profissionais de saúde, os administradores e todos aqueles que desempenham papéis na instituição, estejam qualificados para exercer a humanização nas relações que se estabelecem com o paciente (SELLI, 2003 p.250).

Ao abordar a humanização hospitalar, Mezomo (2002, p.315) comenta que o hospital humanizado é aquele que, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantido-lhe um atendimento de alta qualidade e personalizado, possibilitando que as expectativas e necessidades do paciente sejam atendidas e precedidas pela consulta aos seus interesses.

Embora a humanização do serviço em saúde seja um trabalho personalizado e, portanto, com uma complexidade própria, devemos trabalhar com um conjunto de iniciativas fundamentadas não só aos pacientes, mas também aos profissionais envolvidos no processo, considerando o desenvolvimento técnico e emocional, e proporcionando condições de trabalho adequadas, visto que a idéia de humanização hospitalar supõe o redimensionamento da compreensão de seu significado, em que todos os membros da coletividade se sentem beneficiários (MS, 2004a; SELLI, 2003, p. 249).

Por outro lado, em muitos hospitais é a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais que põem em confronto, muitas vezes, profissionais e usuários, tornando a qualidade do atendimento desumanizada (NOGUEIRA – MARTINS, 2004).

Dentro desses preceitos, a humanização no ambiente hospitalar visa fortalecer o comportamento ético relacionado ao cuidado técnico-científico, cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular (PNHAH, 2004).

### **2.3.2 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**

As mudanças que vêm ocorrendo na assistência de saúde mostram uma realidade hospitalar com práticas distantes das que deveriam ser desenvolvidas em instituição que atende aspectos vitais e da saúde de uma população (DUMKE, 2003, p.7).

Buscar subsídios fundamentados na humanização para modificar este cenário, tem sido o objetivo de várias instituições hospitalares e também do próprio governo.

O Ministério da Saúde em junho de 2001 criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, visando mudar substancialmente o padrão de assistência nos hospitais públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições (PNHAH, 2004).

A unidade de saúde, como instituição prestadora de serviços à comunidade, tem como objetivo oferecer atendimento de qualidade à população. Para tanto faz-se necessário pensar em um conjunto de ações que atendam a três dimensões: a humanização do atendimento ao usuário; a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde; o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas (PNHAH, 2004, p.32).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar surgiu com o intuito de investigar meios que contribuam para o fortalecimento de uma nova cultura de atendimento à saúde, mediante uma política de resgate do respeito e valorização da vida humana (PNHAH, 2004).

Este programa, segundo Selli (2003, p.249), põe em evidência a sensibilidade governamental em perceber a importância de uma dimensão essencial à vida do ser humano, qual seja, a relação humanitária que está permeada pelas práticas profissionais e pelas relações interprofissionais.

O conjunto de iniciativas proposto pelo programa foi baseado em dois grandes eixos interdependentes: humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida) e humanização do atendimento ao usuário (cuidar do usuário), que serão alcançadas a partir dos objetivos propostos pelo PNHAH (2004):

- Difundir nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;

- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

Com o objetivo de melhor estruturar as ações desenvolvidas pelo PNHAH, realizou-se um projeto piloto, implementado em dez hospitais brasileiros, situados em diferentes realidades socioculturais, que possuem diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. Em uma etapa posterior, em junho de 2001, iniciou-se a primeira fase do trabalho de difusão junto a 96 hospitais da Rede Pública de Saúde, dos quais três se encontram no Estado de Santa Catarina: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis), Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis), Hospital Regional Lenoir V. Ferreira (Chapecó) (PNHAH, 2004).

A elaboração, implantação e avaliação do Programa, feitas com a participação de todos os atores envolvidos no sistema (usuário, profissional de saúde e instituição hospitalar), representam o início da efetiva implantação de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais tais como: respeito, coerência e responsabilidade social (PNHAH, 2004, p. 39).

Atualmente, o Programa foi substituído por uma política de assistência com perspectiva transversal. Acredita-se, dessa forma, que a humanização como política transversal supõe trocas e construção de saberes, no diálogo entre os profissionais,

no trabalho em equipe e nas considerações das necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores (MS, 2004).

A PNH (2004, p.11-15) visa não só ao atendimento humanizado dos pacientes do SUS, mas como política, visa traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os diferentes profissionais da área, serviços, unidades e instâncias que constituem o SUS. Para tanto, os princípios básicos que norteiam esta política são os seguintes.

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores de compromisso.
- Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS, o que implica mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos e trabalho.
- Valorizar, no atendimento, o vínculo com os usuários, à garantia de seus direitos e de seus familiares.
- Estimular a população a ser protagonista do sistema de saúde, por meio de sua ação de controle social.
- Garantir condição para que os profissionais atuem de modo digno e participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento de trabalho em equipes multiprofissionais.

Dessa maneira, para a implantação efetiva da PNH às demais ações e políticas de saúde, é necessário um construir coletivo, envolvendo todos os atores participantes do sistema, para que, dessa forma, possa haver a troca e a construção de saberes. A alimentação hospitalar como um dos componentes dos cuidados de saúde, pode contribuir de forma determinante para o atendimento humanizado nas instituições hospitalares.

## **2.4 A Alimentação Hospitalar**

### **2.4.1 Alimento e Alimentação: do biológico ao simbólico**

Em todas as sociedades, o alimento tem papel fundamental, não sendo percebido apenas como fonte de nutrição que promove energia, vitalidade e saúde. O alimento, para as pessoas inseridas nestas sociedades traz uma gama de significados simbólicos, que expressam e criam as relações entre os seres humanos

e o ambiente natural em que vivem. Assim, o alimento é parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo (HELMAN, 2003, p.49).

Chaves (1978) define o alimento como sendo o “*material que o organismo recebe para satisfazer suas necessidades de manutenção, crescimento, trabalho e restauração dos tecidos*”.

Entretanto o alimento é muito mais do que um material para satisfazer necessidades biológicas ou nutricionais. O alimento propriamente dito está sujeito a padronizações culturais, que determinam seu tamanho, formato, consistência, cheiro, cor e gosto. Assim, tanto a ocasião formal da refeição quanto os tipos de alimentos nela servidos podem, portanto, ser encarados como uma linguagem complicada que pode ser decodificada para revelar as relações e os valores dos indivíduos que compartilham o alimento (HELMAN, 2003, p.55).

Devido ao papel central dos alimentos na vida cotidiana, especialmente nas relações sociais e crenças, a alimentação tem sido alvo de estudo desde a antiguidade, não apenas por ser necessidade básica, mas por apresentar finalidades específicas, exercendo funções importantes na vida dos indivíduos, atuando no crescimento, desenvolvimento, prevenção, manutenção e recuperação da saúde (HELMAN, 2003, p. 49).

Estudos do comportamento humano em relação à alimentação comprovam que o hábito alimentar é parte inseparável da forma de vida, porquanto, ao alimentar-se, o indivíduo procura satisfazer suas necessidades conforme considera importante (ORNELLAS, 2000, p.284). Garcia (1999, p.13) salienta que as práticas alimentares (o que, quanto, quando, como se come, a escolha dos alimentos), associadas a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida (alimentos e preparações, combinação e alimentos, escolhas alimentares, valores atribuídos a alimentos), caracterizam o comportamento alimentar dos seres humanos.

Ao estudarmos o alimento e sua relação com o bem-estar do corpo humano, observamos que o ato de se alimentar não satisfaz apenas a necessidade biológica de nutrir, mas preenche também funções simbólicas, sociais e culturais, que contribuem para a representação dos diversos comportamentos alimentares, expressos pelos indivíduos (DANIEL & CASTRO apud RAMALHO & SAUNDERS, 2000, p.12). Wilkinson, apud Bosi (1994, p.39), acrescenta que o significado do alimento ultrapassa a dimensão nutricional; “ele abrange a sabedoria empírica

acumulada, mas contém em grande parte magia e ritual”. Para esse autor, o alimento se reveste de valor simbólico, de tal forma que “mudar o regime de um povo implica tocar em sua identidade social e em suas relações com o sagrado”.

Neste contexto em que a concepção de alimento e o ato de se alimentar estão relacionadas à cultura, Poulain et al. (1990, p. 13-21) destacam que um alimento para ser capaz de manter a vida deve possuir outras qualidades associadas às nutricionais, e também deve ser reconhecido e/ou aceito como alimento pela pessoa que o consome e pelo grupo social a que pertence. Os autores, referindo-se às qualidades dos alimentos destacam mais três categorias:

- *Qualidade higiênica*: o alimento deve estar isento de elementos tóxicos; seu consumo não deve provocar perturbações digestivas secundárias, para não serem rejeitados por condicionamento negativo.
- *Qualidades psicossensoriais*: são as características dos produtos alimentares, que provocam sensações psicofisiológicas nos indivíduos, da ingestão até a eliminação. Essas sensações são definidas como exteroceptivas (visuais, olfativas, gustativas, táteis, térmicas e auditivas), propioceptivas (cinestésica, presença estomacal), e sensações gerais secundárias (efeito do álcool, sensação tranqüilizante no estômago cheio, excitação produzida pelo café, efeito estimulante da carne...).
- *Qualidade simbólica*: que considera o significado que determinado alimento representa para o indivíduo. Esse simbolismo alimentar possui diferentes níveis: o alimento ligado aos pratos regionais, o alimento e as diferentes classes sociais, estilos de vida, alimento como base da comunicação (rituais sociais) e como símbolo religioso.

Assim, o alimento e a alimentação traduzem significados distintos para cada indivíduo, porque, dentro de uma sociedade, a alimentação se inscreve em ciclos temporais, que permitem ao longo da trajetória existencial do ser humano, a construção de uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar.

Considerar a totalidade desses aspectos na alimentação hospitalar pode ser um dos caminhos para fazer reverter o quadro de rejeição da refeição por parte dos pacientes e melhorar as estatísticas de desnutrição intra-hospitalar.

#### **2.4.2 A Alimentação Hospitalar: uma aproximação da dimensão humana**

A concepção de alimentação relacionada à saúde foi muito descrita na antiguidade, sendo assumida pelos gregos e romanos – precursores da medicina ocidental – em virtude da grande devoção aos aspectos ideológicos e dietéticos da alimentação. Esta concepção tem como base uma série de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina, constituindo um dos primeiros recursos terapêuticos adotados em seus primórdios (MANZZINI, 1998, p.254-265).

No entanto a alimentação hospitalar ainda é concebida de maneira empírica, pois as práticas desenvolvidas nos setores responsáveis pelo fornecimento das refeições hospitalares, concentram seus esforços nos problemas técnicos de qualidade de produção e distribuição de refeições, e no cumprimento da legislação (POULAIN & SAINT-SEVIN, 1990, p.9).

É importante salientar que a hospitalização para o indivíduo é um momento atípico em sua trajetória existencial, marcado pela separação de seu mundo privado. Durante esta fase o paciente vivencia um misto de sensações, como o medo do desconhecido, a dor, o sofrimento, a angústia, a ansiedade, uma relação de sujeição esmagadora, em que ele perde a capacidade de ser e que refletem no seu estado de saúde (LABRONICI, 2002, p.67). Neste momento, a refeição assume papel primordial na sua recuperação, visto que é a única ligação com a vida cotidiana, tornando-se a única fonte de prazer (POULAIN & SAINT-SEVIN, 1990, p.9).

A refeição hospitalar modifica profundamente o comportamento alimentar (o que, como, quanto e onde comer) do paciente. Para visualizarmos estas modificações basta observarmos o que se passa no hospital. Ao paciente não cabe escolha quanto à sua alimentação. O hospital tem seu cardápio e julga atender o gosto e as necessidades de todos os pacientes. A alimentação é servida num horário que o hospital considera adequado, em função de seu fluxo de produção, e padroniza a quantidade de acordo com parâmetros definidos pelo próprio hospital (GARCIA, 1992; COURBEAU, 1997; MEZOMO, 2002, p. 318; SOUSA, 2005).

Assim, pensar e reorganizar o conceito de alimentação hospitalar nos remete a ver o indivíduo enfermo como verdadeiro cliente a ser satisfeito, o que implica, portanto o estudo de suas preferências alimentares. E é através do conhecimento dos anseios alimentares do indivíduo enfermo que podemos humanizar as práticas alimentares (POULAIN & SAINT-SEVIN, 1990, p. 10-11; POULAIN et al., 2002, p. 49; SOUSA & SALLES, 2005; SOUSA, 2005 p. 19).

Poulain et al (1990) & Puissant et al. (2000) destacam que a alimentação hospitalar não deve oferecer somente as respostas nutricionais adaptadas ao tratamento do cliente; deve assegurar, além da função nutricional e higiênica, outras funções, como a função hedônica e a função convivial, descritas abaixo.

- *Função nutricional:* corresponde às características da alimentação com relação ao aporte de nutrientes necessário ao indivíduo enfermo, conforme suas reais necessidades.
- *Função higiênica:* relaciona-se aos alimentos estarem isentos de elementos tóxicos de origem química ou biológica e, dessa forma, seu consumo não deve provocar problemas digestivos nem possibilitar a proliferação e infecções.
- *Função hedônica:* relacionam-se ao prazer. Os alimentos por suas qualidades organolépticas, e por suas dimensões simbólica e convivial, participam da criação de um sentimento de bem-estar, de prazer, de harmonia do homem com seu corpo, e com a sociedade. Essa função assegura ao indivíduo hospitalizado sua presença no mundo.
- *Função convivial:* está relacionada com o fato de que o alimento, faz parte dos sistemas de comunicação. O alimento insere o ser humano em espaço social, função e status, possibilitando a percepção do indivíduo de pertencer a um grupo, levando o indivíduo a construir sua identidade social.

Com base nessas considerações, Marchiori (2003) completa, afirmando que os serviços hospitalares estão sendo direcionados no sentido de considerar não apenas a patologia, mas também as preferências, hábitos e aversões do indivíduo hospitalizado, humanizando cada vez mais o atendimento.

Reconhecer e aceitar essas abordagens e significados que circundam a alimentação pode permitir aos profissionais da saúde a aproximação e conhecimento cada vez melhor do indivíduo hospitalizado na sua totalidade, valorizando sua essência e respeitando sua individualidade.

## **2.5 O Setor de Alimentação e Nutrição Hospitalar**

### **2.5.1 Características das Unidades de Alimentação e Nutrição**

A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar é considerada uma unidade de trabalho que desenvolve atividades relacionadas à alimentação e à nutrição, desempenhando um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar, e/ou recuperar a saúde da população a que se destina, seja através do atendimento externo (ambulatório), seja através da hospitalização (TEIXEIRA et al., 2000, p.15).

As UAN encontram-se, na maioria das vezes, estruturalmente organizadas em duas subunidades: uma responsável pelo atendimento clínico-nutricional e outra responsável pelo planejamento, produção e distribuição das refeições (SOUSA, 2001, p.78).

As características dos usuários atendidos por estas unidades são bem diversificadas: indivíduos sadios e enfermos, de todas as faixas etárias e condições socioeconômicas, e que pelas suas patologias são categorizados nas diferentes especialidades médicas atendidas no hospital (BALCHIUNAS, 2002, p.322).

É evidente que o objetivo principal da unidade de alimentação e nutrição hospitalar é atenção/cuidado nutricional, que se caracteriza pelo processo de ir ao encontro das diferentes necessidades do indivíduo, mediante a “avaliação do estado nutricional, identificação das necessidades ou problemas nutricionais, planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, e implementação de atividades nutricionais” (BRYLINSKI, 2002, p. 416).

No ambiente hospitalar, a busca pelo restabelecimento do equilíbrio do indivíduo internado fundamenta-se na melhora de seu estado nutricional. Atualmente, este indicador é uma das maiores preocupações das unidades de alimentação e nutrição, porquanto se sabe que uma alteração no estado nutricional tem impacto negativo na resposta de um paciente ao tratamento.

Nesse aspecto, a desnutrição é um dos problemas mais emergentes a ser combatido. Segundo Beck et al. (2001, p.455), a desnutrição, associada à doença do paciente, é fator significativo que aumenta a morbidade e mortalidade, prolonga sua recuperação tornando-a mais complexa, além de exigir maiores cuidados da equipe multidisciplinar.

Entre os fatores causais atribuídos à desnutrição hospitalar, a alimentação, naturalmente assume papel importante, visto que se observa que os pacientes não ingerem boa parte da dieta que lhes é oferecida, devido à falta de apetite, alteração do paladar, mudança de hábitos e horários alimentares (PEREZ, 2002, p. 145; IBRANUTRI,1997, p.31).

Levive et al. *apud* Perez et al. (2002) afirmam que o simples fato de dar ao paciente a opção de escolher o cardápio, adequando-o a seu gosto e possibilidades, permite maior ingestão de nutrientes, contribuindo, assim, para a melhora de seu estado nutricional.

Proença et al. (2005); Sousa & Proença (2004); Sousa (2001), ao discutirem o significado que os alimentos e a alimentação representam para os seres humanos, avaliam a possibilidade de implementarem a atenção ou cuidado nutricional aos usuários de forma integrada. Para isso defendem o planejamento de ações, denominadas de estratégias de interação e organização, para resgatarem o cuidado alimentar e, conseqüentemente, o nutricional, no espaço da produção de refeições. Destacam que as estratégias de organização e interação podem vir a contribuir para o atendimento das diferentes dimensões da qualidade e funções da alimentação na produção de refeições.

Além de estratégias no espaço da produção de refeições para que as UAN possam proporcionar ao indivíduo enfermo a atenção nutricional de qualidade, faz-se necessária a elaboração de um conjunto de ações sistematizadas que permitam realizar uma intervenção de acordo com a complexidade do paciente. A este respeito, Labonté et al. (1996, p. 25) apresentam uma classificação dos diferentes níveis de intervenção, conforme se demonstra no quadro 2.

**Quadro 2.1:** Diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional ao paciente

Níveis de Intervenção			
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
Perfil do Paciente			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum problema nutricional identificado</li> <li>Aporte alimentar adequado</li> <li>Nenhuma patologia conhecida necessitando de uma intervenção dietética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado nutricional não comprometido</li> <li>Aporte alimentar adequado</li> <li>Patologia necessitando de ligeiras modificações alimentares</li> <li>Boa compreensão e aderência ao plano nutricional</li> <li>Breve revisão de um plano orientado anteriormente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado nutricional comprometido</li> <li>Aporte nutricional variável ou alimentação enteral estável</li> <li>Patologia necessitando de modificações alimentares moderadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desnutrição</li> <li>Aporte alimentar insuficiente ou necessidades energéticas aumentadas</li> <li>Patologia metabólica importante</li> </ul>
Definição			
A intervenção se situa no nível de prevenção	A intervenção mantém um estado nutricional não comprometido, mantém igualmente a condição e prevê os problemas.	A intervenção diminui a progressão da condição, melhora o estado nutricional, estabiliza a condição. Presença de problemas nutricionais identificados e/ou de baixo risco. Antecipação da possibilidade de problemas nutricionais desde a hospitalização.	A intervenção influencia a sobrevivência do paciente. A nutrição é ponto central dentro de um ambiente onde a condição clínica muda rapidamente.

Fonte: Labonté et al. (1996.p.25)

Com base nessas considerações, as atividades direcionadas para atenção/cuidado nutricional, envolvendo a produção de refeições e a assistência clínico-nutricional do paciente, de acordo com as características individuais e o tipo de enfermidade, são consideradas complexas. Desse modo, as atividades precisam ser bem delimitadas e converter-se em práticas efetivas nas instituições, de forma a contribuir para a qualificação dos serviços prestados pelos profissionais da equipe de saúde, dentre estes o nutricionista.

### **2.5.2 Nutricionistas no Setor Hospitalar: características e situação de trabalho**

O nutricionista no Brasil surgiu como dietista, dentro de uma equipe técnica individualista, e com a responsabilidade de prestar assistência ao paciente, através da alimentação. Santos apud Costa (1999, p. 8) comenta que o “*dietista pode ser compreendido como função que [...] passou a constituir mais um agente de saúde, trazendo já em sua origem histórica as determinações de uma prática complementar ao ato médico e a este subordinada técnica e financeiramente*”. Com o passar dos tempos, o Brasil, adotou a denominação “nutricionista” designando o termo dietista, a um técnico de nível médio ou auxiliar de nutrição.

Atualmente, o nutricionista na área da saúde, especificamente no setor hospitalar, tem seu trabalho reconhecido, pois realiza atividades em duas grandes áreas de atuação: a área de alimentação coletiva e a área de nutrição clínica, estabelecida pelo Conselho Federal de Nutricionistas na resolução de número 200 de 1998.

As atividades do nutricionista, ligadas à alimentação coletiva, caracterizam-se pelo gerenciamento das atividades relacionadas ao fluxo operacional da produção de refeições, responsabilizando-se por ações que iniciam com o planejamento de cardápios, desdobrando-se com a compra, preparação, distribuição, controle e a garantia de qualidade de todos os procedimentos envolvidos (CFN, 1998).

Já as atividades do nutricionista, ligado à nutrição clínica, consistem na assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos (CFN, 1998).

É oportuno salientar que as atividades desenvolvidas pelo nutricionista compreendem um conhecimento particularizado na área da saúde, assumindo portanto, papel relevante na preservação, promoção e recuperação da saúde dos usuários.

Diante da consolidação e do avanço da profissão de nutricionista nos últimos 20 anos, estudos têm sido realizados, visando retratar aspectos relacionados às áreas de atuação e à situação de trabalho deste profissional. Sabe-se que o nutricionista, independentemente de sua área de atuação, trabalha direcionado ao cuidado com a saúde das pessoas. Destarte, há a necessidade de conhecer como este profissional se encontra atuando em nossa realidade.

O estudo realizado por Boog et al. (1989, p.61-74) sobre o trabalho de nutricionistas de hospitais demonstrou que há acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento da prestação de serviços, dificultando sua aproximação com os indivíduos enfermos, e no aprofundamento das suas necessidades terapêuticas e alimentares. Os autores apontam que apenas 50% fazem anamnese alimentar, em contrapartida, nesse mesmo grupo 70% dos profissionais relataram fazer atividades relacionadas tanto ao acompanhamento nutricional do paciente, isto é, dietoterapia, quanto às atividades relacionadas à gestão da produção de refeições e atividades de administração de pessoal e escala de serviço.

Nesse estudo, os autores demonstraram que é muito reduzido o número de atividades exercidas rotineiramente pelos profissionais pesquisados; provavelmente o número insuficiente de nutricionistas não permita diversificação de funções, e o exercício profissional se reduz a um mero tocar de rotina, o que repercute na qualidade do atendimento nutricional. Outro aspecto que tem contribuído para isto é que os profissionais se ressentem da falta de recursos materiais para o trabalho.

As condições em que se processa o trabalho dos nutricionistas no Estado do Rio de Janeiro foi estudado por Prado & Abreu (1991, p. 86-87); eles relataram que as principais dificuldades encontradas pelos profissionais foram: a falta de cursos regulares oferecidos pelo estabelecimento para atualização e aperfeiçoamento técnico, insuficiência de material básico de trabalho e de pessoal na equipe e jornada de trabalho elevada. Segundo os autores, o que se nota é que tais dificuldades contribuem para o afastamento da profissão por parte de considerável parcela da categoria.

Ao avaliar a prática do nutricionista de clínica com relação às suas atribuições técnicas de rotina, Carmo et al. (1994), revelaram que a prescrição dietética não é assumida na sua totalidade pelo nutricionista, que refere necessidade de atualização e aprofundamento de conhecimentos específicos. As atividades de avaliação

nutricional, acompanhamento da evolução clínico-nutricional e a elaboração de registros em prontuários não são realizadas em todos os pacientes, devido ao número insuficiente de nutricionistas para a quantidade de leitos existentes e aos inúmeros serviços burocráticos.

De acordo com a avaliação da atuação profissional dos nutricionistas graduados pela UFG (Universidade Federal de Goiás), realizada por Costa (1996, p.168-169), a principal dificuldade referida pela maioria dos pesquisados foi a falta de experiência prática, além da falta de reconhecimento da população sobre a profissão, dificuldade na realização de projetos e pesquisas e a pouca mobilização da categoria profissional.

O estudo realizado por Bosi (1996), que aborda o processo de construção de identidade e profissionalização dos nutricionistas nos campos específicos de conhecimento e prática, revelou que a maior dificuldade encontrada na área clínica está relacionada com o baixo prestígio e pouco reconhecimento social, visto que este espaço não confere a exclusividade da atuação, por ser disputado com outras categorias. Na área de alimentação institucional, as atividades desenvolvidas estavam centradas na administração e gerenciamento do serviço, acarretando sobrecarga de trabalho, e nas empresas de refeições coletivas, em que ocorrem fragmentação de tarefas, hierarquias e subordinação ao “fiscal” de contrato. Para a autora, essas dificuldades enfrentadas pelos nutricionistas contribuem para a desqualificação do profissional, que acaba não exercendo suas atribuições referentes ao cargo de nutricionista.

No estudo realizado por Ansaloni (1999, p. 249-256) em Minas Gerais, procurando avaliar a situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas, observou-se que, apesar de 90% de os nutricionistas entrevistados estarem ligados aos setores ou departamentos técnico-operacionais (dietoterapia, campanhas de saúde, balanceamento de cardápios, atividades educacionais), que as atividades realizadas tinham maior conteúdo administrativo: administração de materiais, de pessoal, apuração e controle e custos, controle de estoques. O autor apontou uma tendência ao abandono progressivo dos aspectos técnicos e educacionais inerentes à profissão, em favor do conhecimento administrativo e gerencial.

As análises realizadas por Beck et al. (2001, p.456-457), relacionadas às práticas do cuidado nutricional em pacientes na Europa, reconheceram alguns

fatores que parecem ser os principais obstáculos para a manutenção da qualidade do atendimento prestado pelo serviço de nutrição nos hospitais, tais como: formação insuficiente dos profissionais, falta de definição clara das responsabilidades em planejar e gerenciar os cuidados nutricionais, pouca influência com os pacientes, falta de cooperação entre as equipes e a falta de envolvimento da gerência dos hospitais.

Em estudo mais recente da análise comparativa entre duas instituições hospitalares no Brasil e na França, observando o trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais dentro dos hospitais, Sousa (2001) observou que as principais dificuldades encontradas na França foram: problemas relacionados ao reconhecimento da profissão junto à equipe de saúde e da alimentação como um dos principais cuidados de saúde dentro do hospital; limitações impostas pelo orçamento destinado à alimentação; insuficiente formação da mão-de-obra ligada à produção de refeições; dificuldades com manutenção de equipamentos; dificuldades ligadas às relações e aos conflitos próprios do trabalho em equipe. No Brasil as principais dificuldades relatadas pelos nutricionistas se referem a este elenco: número excessivo de leitos, problemas nas relações de trabalho com a equipe, limitações de orçamento destinado à alimentação, alto volume e carga de trabalho, dificuldades para desenvolver rotinas administrativas, poucos nutricionistas para a realização de um trabalho mais efetivo. A autora demonstra com essas duas análises realizadas, que a situação de trabalho no contexto brasileiro é mais desafiadora para as nutricionistas realizarem suas atividades.

Segundo estudo realizado por Sarmiento (2004), em Brasília, buscando caracterizar a atuação dos nutricionistas na promoção da saúde da clientela atendida pelas Unidades de Alimentação e Nutrição e na identificação do perfil destes profissionais, observou-se que 65,1% das nutricionistas declararam ser o gerenciamento e a supervisão as principais atividades desenvolvidas nas Unidades de Alimentação e Nutrição; 46,5% alegaram possuir autonomia total nas decisões da UAN em que trabalham; entretanto não direcionando de forma homogênea as atividades, visto que apenas 16,3% realizam atividades de planejamento e cálculo de cardápio, e 39,5% dos nutricionistas realizam atividades relacionadas à educação nutricional para a promoção de saúde.

Considerando o que foi exposto, pode-se avaliar que os problemas colocados para a atuação do nutricionista na instituição hospitalar são diversificados e com diferentes graus de complexidade.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos e diferentes abordagens, de forma a compreender as condições reais de trabalho do nutricionista e as ações realizadas, tanto na atenção clínico-nutricional do paciente, quanto na atenção ligada à produção de refeições, considerando o desenvolvimento de práticas humanizadoras em alimentação e nutrição.

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Caracterização da Pesquisa**

O modelo teórico proposto no trabalho tem caráter exploratório, com abordagem qualitativa, baseada em estudo de caso.

A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca do conhecimento da realidade, permitindo que esta seja percebida de forma abrangente. A pesquisa exploratória busca o controle dos efeitos desvirtuadores da percepção do pesquisador, levando-o à descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas (PIOSEVAN & TEMPORINI, 1995, p.321).

A pesquisa qualitativa busca compreender os fenômenos no cenário em que ocorrem e do qual fazem parte, considerando as perspectivas dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995b, p.21; MINAYO, 2002, p. 21).

Godoy (1995a, p.58) assevera que a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, pelo contato direto do pesquisador com o ambiente. O ambiente e as pessoas nele inseridas devem ser olhados holisticamente, não sendo reduzidos a variáveis, mas observados como um todo.

A pesquisa qualitativa, no decorrer da investigação, pode ser conduzida por diferentes caminhos. O caminho adotado nesta pesquisa foi o estudo de caso, que se caracteriza como tipo abordagem, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (TRIVIÑOS, 1987, p.133).

O estudo de caso, segundo Godoy (1995b, p.25), tem sido considerado como a estratégia preferida, quando os pesquisadores procuram responder às perguntas “como” e “por que” determinados fenômenos acontecem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os acontecimentos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais. Segundo o autor, as técnicas fundamentais de pesquisa de dados utilizadas no estudo de caso são as entrevistas e a observação.

Destarte, a partir deste arcabouço, a pesquisa qualitativa juntamente com o estudo de caso, pretende atender aos objetivos propostos e responder aos argumentos levantados na descrição dos problemas.

## **3.2 Construção do Modelo de Análise**

O modelo de análise, segundo Quivy & Campenhoudt (1992, p.151) é o prolongamento natural da problemática, em que buscamos articular o marco teórico e as pistas que irão nortear as observações e análises posteriores. Dessa forma, o modelo de análise é composto por conceitos que devem estar articulados entre si para que se possa construir um quadro de análise coerente.

Por conseguinte, foram elaborados conceitos ou categorias que compreendem a identificação dos aspectos considerados relevantes da realidade estudada e, após esta etapa de construção-seleção de conceitos, ocorre a definição de seus indicadores, buscando-se encontrar recursos que auxiliem na sua descrição (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1992, p.151).

### **3.2.1 Definição e Seleção das Categorias**

A partir do levantamento do referencial teórico para caracterizar a pesquisa, elaborou-se a seleção de categorias consideradas relevantes para realização do diagnóstico e proposições de ações de atenção nutricional na instituição hospitalar. As categorias, segundo Gomes (2002, p.70), são empregadas para estabelecer classificações. Neste sentido, ao utilizá-las, estaremos agrupando elementos, idéias ou expressões. Destaca-se que as categorias selecionadas tiveram embasamento no estudo desenvolvido por Garcia et al. (2003).

Como forma de validar o conjunto de categorias selecionadas e o instrumento de análise a ser utilizado na pesquisa, Garcia et al. (2003) basearam-se em estudos semelhantes, realizados por Flanel & Fairchild (1995); Witte et al. (1997); Vogelzang & Yousey (2001) e Beck et al. (2001; 2002).

No quadro 3.1 está sistematizado o conjunto de categorias abordado nos diferentes estudos realizados por estes autores.

**Quadro 3.1: Categorias analisadas em diferentes programas e instrumentos, para o diagnóstico e proposições sobre os padrões de prática, na área de atenção nutricional hospitalar.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>Nutrition programmes in hospitals (Beck et al., 2001; 2002)</b>	<b>Standards of practice criteria for clinical nutrition managers (Witte et al., 1997)</b>	<b>Standards of professional practice - consultant dietitians health care facilities (Vogelzang &amp; Yousey, 2001)</b>	<b>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Flanel &amp; Fairchild 1995)</b>
Estrutura hospitalar e do SND	X			
Diagnóstico e avaliação do paciente hospitalizado	X	X	X	X
Relação com a equipe multiprofissional	X	X	X	X
Prescrição de dietas	X	X	X	X
Educação nutricional/Aconselhamento nutricional	X	X	X	X
Equipe de suporte nutricional	X	X	X	X
Rotinas nas enfermarias		X	X	
Educação continuada/atualização	X	X		
Satisfação do usuário		X	X	X
Protocolos	X	X	X	X
Dietas hospitalares	X	X	X	X
Gerenciamento orçamentário	X	X	X	
Diversidade e controle de qualidade		X		X
Controles de produção	X	X	X	X
Manual de boas práticas		X	X	
Avaliação e treinamento de funcionários			X	X
Planejamento e metas de serviço		X	X	X

Fonte: Garcia, et al.(2003)

No presente estudo, as categorias selecionadas para identificação das concepções e práticas da atenção nutricional na UAN selecionada correspondem ao seguinte: características do hospital, estrutura do serviço de nutrição, condições de

trabalho e formação do nutricionista, mapeamento das atividades do nutricionista de clínica e de produção, bem como gerenciamento de unidade hospitalar e características da alimentação hospitalar. Cada uma das categorias compreende em subcategorias, subdivididas em indicadores. Nos quadros 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 e 3.7 são apresentadas as categorias, subcategorias e indicadores, respectivamente.

**Quadro 3. 2: Subcategoria e indicadores da categoria: *Características do Hospital - HU/UFSC, 2005.***

CATEGORIA: Características do Hospital	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Natureza jurídica b) Tipos de atendimento/ n° de leitos c) Número de leitos	a) Público, privado, filantrópico, ensino b) Particular / SUS / Convênio c) Taxa de ocupação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total</li> <li>• Total Particular / SUS / Convênio</li> </ul>

**Quadro 3.3: Subcategoria e indicadores da categoria: *Estrutura do Serviço/Unidade de Alimentação e Nutrição - HU/UFSC, 2005.***

Categoria: Estrutura do Serviço/Unidade de Alimentação e Nutrição	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Número de funcionários b) Refeições servidas (tipo/usuário) c) Ambulatório de nutrição d) Estrutura organizacional (organograma)	a) Total / Total por categoria b) Tipo e horário das refeições servidas aos pacientes e funcionários. Número total das refeições grandes e complementares. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critério utilizado para contabilizar o n° refeições</li> <li>• Existência de refeitório para paciente</li> </ul> c) Existência ou não <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de especialidades</li> <li>• Atendimento mensal</li> </ul> d) Autogestão/Concessionária/Outra <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localização no organograma</li> </ul>

**Quadro 3.4: Subcategoria e indicadores da categoria: *Regime de Trabalho e formação do Nutricionista - HU/UFSC, 2005.***

Categoria: Regime de Trabalho e Formação do Nutricionista	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Regime de trabalho	a) Carga de trabalho <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de inserção (concursado, terceirizado)</li> <li>• Sistema de plantão</li> </ul>
b) Formação profissional e atualização	b) Função do nutricionista <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ano de conclusão da graduação</li> <li>• Formação após graduação (especialista, mestre, doutor)</li> <li>• Cursos de atualização (180h) e extensão (&lt;180h)</li> </ul>
c) Experiência profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• c) Áreas de atuação</li> </ul>

**Quadro 3.5: Subcategoria e indicadores da categoria: *Mapeamento das atividades do nutricionista de clínica - HU/UFSC, 2005.***

Categoria: Mapeamento das Atividades do Nutricionista de Clínica	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Avaliação nutricional (AN) do paciente hospitalizado	a) Tipos de indicadores (exames bioquímicos, antropometria e anamnese) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de equipamentos utilizados</li> <li>• Momento da realização da AN (entrada, internação, alta)</li> </ul>
b) Relação com equipe multidisciplinar	b) Tipos de situações que faz contato com enfermagem e médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitação interconsultas</li> <li>• Participação de visita clínica com outros profissionais</li> <li>• Participação de atividade que envolva profissionais de fora da SND/UAN</li> </ul>
c) Prescrição de dietas	c) Prescrição em prontuário/ quais situações
d) Equipes de suporte nutricional	d) Componentes e funções
e) Rotinas nas enfermarias	e) Local para nutricionista <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento distribuição refeições</li> <li>• Rotina de visita</li> <li>• Registro no prontuário e impresso próprio utilizado</li> </ul>
f) Satisfação do usuário	f) Tipo de avaliação realizada sobre satisfação do usuário <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais pontos abordados</li> <li>• Profissional que realiza a avaliação</li> </ul>
g) Protocolos utilizados	g) Tipos de protocolos utilizados para atividades em clínica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para que ações se dirigem</li> </ul>
h) Orientação de alta	h) Quais pacientes Tipos de impressos utilizados para este fim

**Quadro 3.6: Subcategoria e indicadores da categoria: *Mapeamento das atividades do nutricionista de produção e gerenciamento - HU/UFSC, 2005.***

Categoria: Mapeamento das Atividades do Nutricionista de Produção e Gerenciamento	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Diversidade e controle de qualidade de cardápio	a) Realização de cardápio e periodicidade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetição de cardápio</li> <li>• Existência, frequência de utilização do receituário padrão e tipos de receitas</li> <li>• Realização de degustação, por quem, e tipo de instrumento</li> </ul>
b) Controle de produção e gerenciamento orçamentário	b) Existência de autonomia orçamentária <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de custo/refeição ou custo/dia</li> <li>• Realização das compras pelo SND/UAN ou outro serviço</li> <li>• Mediações realizadas pelo SND/UAN para compras</li> <li>• Estatísticas realizadas pelo SND/UAN e tipos de dados</li> </ul>
c) Cozinha experimental e dietética	c) Existência de cozinha experimental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de cozinha dietética</li> <li>• Existência de outras áreas ou cozinhas</li> </ul>
d) Manual de boas práticas	d) Existência, utilização e finalidade
e) Avaliação e treinamento de funcionários	e) Periodicidade e tipo de programa de treinamento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio institucional</li> </ul>
f) Planejamento e metas de serviço	f) Utilização das informações produzidas pelo SND/UAN para planejamento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de registro escrito e elaboração de relatório de planejamento</li> <li>• Participação de instância administrativa para metas e tipos de instâncias</li> </ul>

**Quadro 3.7: Subcategoria e indicadores da categoria: *Características da dieta hospitalar - HU/UFSC, 2005.***

Categoria: Características da Dieta Hospitalar	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) Manual de dietas	a) Existência e disponibilidade do manual próprio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte energético por dieta</li> <li>• Tipos de dietas padronizadas</li> </ul>
b) Controle de dietas prescritas	b) Controle estatístico das dietas e dietas mais prescritas
c) Suplementos nutricionais	c) Solicitação de suplementos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de suplemento industrializado</li> <li>• Produção de suplemento pelo SND/UAN</li> </ul>
d) Mecanismos de manifestação do paciente	d) Tipo de mecanismo para solicitação de modificação de dieta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situação mais freqüente para individualizar dieta</li> </ul>
e) Apresentação dos utensílios	e) Marmitex/ Bandeja térmica/Outros

**Quadro 3.8: Subcategoria e indicadores da categoria: Concepção do nutricionista sobre SND/UAN e o processo de humanização - HU/UFSC, 2005.**

Categoria: Concepção do Nutricionista sob SND/UAN e o Processo de Humanização	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES
a) O SND/UAN dentro da filosofia de atendimento no hospital	a) Objetivos e prioridades <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontos mais cobrados</li> </ul>
b) Dificuldades do SND/UAN	b) Administração <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações interprofissionais</li> <li>• Equipes multiprofissionais</li> <li>• Clientela atendida</li> </ul>
c) Humanização	c) Concepções sobre o processo de humanização <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção hospitalar humanizada</li> <li>• Condição de trabalho humanizada</li> <li>• Serviço humanizado</li> </ul>

### 3.3.2 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

A seleção da amostra na pesquisa qualitativa se caracteriza por “abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Portanto não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Desta forma, a

seleção da amostra (hospital) e da população (atores entrevistados e observados) está relacionada com as características mais significativas associadas ao problema a ser investigado (MINAYO, 2002, p. 43).

O critério da amostra baseou-se na pergunta de partida e nos objetivos propostos pela pesquisa.

- Um hospital de referência do Estado de Santa Catarina, que seja referência na Política Nacional de Humanização.
- Uma nutricionista responsável pela gerência geral da unidade de alimentação e nutrição, considerando-se os dados relacionados ao reconhecimento das características do setor e os dados pertinentes ao tema analisado.
- Uma nutricionista responsável pela gerência da produção de refeições e uma nutricionista responsável pelo atendimento clínico-nutricional.
- Uma nutricionista do atendimento clínico-nutricional de uma unidade de internação, sendo a unidade selecionada em função das características do atendimento da clínica: complexidade e diversidade de patologias, tempo de internação e características do cliente.
- Uma nutricionista da produção de refeições.

### **3.2.3 Técnicas, Instrumentos e Aspectos Éticos da Coleta de Dados**

O estudo está inserido em pesquisa de caráter multicêntrico, realizado inicialmente na cidade de Campinas, SP, posteriormente em Florianópolis, SC, e Ribeirão Preto, SP (GARCIA, et al., 2003).

Considerando as características da pesquisa qualitativa, as técnicas selecionadas para a coleta de dados deste estudo foram a análise documental, entrevistas semi-estruturadas e a observação direta (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1997; GODOY, 1995a, p. 26; MANN, 1973, p.99; MINAYO, 2002, p. 57; ZANELLI, 2002, p. 83-84).

O instrumento de coleta de dados para a realização das entrevistas que contemplam as categorias de análise foi um questionário (Apêndice A) com 65 questões abertas e fechadas (GARCIA, et al., 2003). O questionário foi fundamentado em diferentes documentos que envolvem diagnóstico e proposições sobre os padrões de práticas na área de atenção nutricional hospitalar. São eles: *Standards of professional practice - consultant dietitians health care facilities*

(VOGELZANG & YOUSEY, 2001) e Standards of practice criteria for clinical nutrition managers (WITTE et al., 1997), ambos da ADA; Nutritional programmes in hospitals (BECK et al., 2001; 2002) do Council of Europe – União Europeia; e os critérios da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* de 1991 (FLANEL & FAIRCHILD, 1995). Além disso, baseou-se nas seguintes resoluções do Conselho Federal de Nutrição – CFN: (304/2003) que trata dos critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica; (236/2000) aborda os critérios sobre solicitação de exames laboratoriais na área de nutrição clínica (223/1999); dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de nutrição clínica; (222/1999); dispõe sobre a participação do nutricionista em equipes multiprofissionais de terapias nutricionais, para a prática de terapias nutricionais enterais; (201/1998) propõe critérios de estabelecimento de parâmetros numéricos para a atuação dos nutricionistas; e (200/1998) aborda o cumprimento das normas de definição de atribuições principais e específicas dos nutricionistas, conforme a área de atuação; ademais do manual de acreditação hospitalar.

Para a avaliação da categoria “concepções sobre o processo de humanização” foram dirigidas três perguntas abertas (Apêndice B) às nutricionistas selecionadas.

As entrevistas foram realizadas através de encontros com profissionais em seus contextos de trabalho. Os dados foram registrados em gravador e/ou caderno de campo, cujas anotações foram realizadas durante os encontros.

A observação das atividades desenvolvidas pelas nutricionistas possibilita verificar se o que foi verbalizado no discurso, se concretiza no cotidiano da prática dessas profissionais. Neste estudo, foi realizada a observação direta em três jornadas de trabalho não consecutivas, procurando identificar os eventos ocorridos, as ações desenvolvidas, as interações pessoais, a natureza das informações e os tipos de materiais utilizados, tendo como referência a pesquisa realizada por Sousa (2001), cuja abordagem metodológica foi baseada na análise ergonômica do trabalho (AET). Para o desenvolvimento desta etapa, foi utilizado um caderno de campo, tendo como guia de observação os indicadores referentes à categoria “Mapeamento das atividades do nutricionista de unidades hospitalares” e “Características da dieta hospitalar”, conforme estruturado no modelo de análise.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. Para tanto as nutricionistas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em que ficou clara a garantia do anonimato e da participação espontânea, assegurando-se ao entrevistado o direito de sair da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum. Nesta pesquisa, os entrevistados foram identificados mediante algarismos romanos I, II, III.

### **3.2.4 Tratamento e Análise dos Dados**

A partir do tratamento e análise dos dados, objetivou-se verificar se existe concordância entre os resultados observados e os objetivos e a questão de partida acerca dos levantamentos que nortearam a pesquisa (QUIVY & CAMPEHOUDT, 1992, p.211-217). Assim, os autores colocam que o tratamento e análise dos dados devem ser realizados em 3 estágios:

- Descrição e a agregação dos dados.
- Análise das relações entre as categorias.
- Comparação dos resultados observados com os resultados esperados.

Para o tratamento dos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, especificamente para as questões abertas, foi realizada a Análise de Conteúdo (AC). Segundo Bardin (1997, p. 42), é “um conjunto de técnicas de análise de comunicação. visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

Bardin (1997), assinala três etapas básicas para a análise do conteúdo:

- Pré-análise, que é simplesmente a organização do material.
- Exploração do material, codificação dos dados a partir das unidades de registro, que correspondem ao segmento do conteúdo a ser considerado como unidade de base.
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, realização das inferências e a interpretação dos dados, realizando-se o processo reflexivo.

Por fim, a partir dos dados obtidos e analisados, foi realizado um levantamento das concepções e práticas da atenção nutricional, buscando identificar

aspectos relevantes que contribuam para a qualificação do atendimento, ressaltando a humanização do ponto de vista da alimentação.

## **4 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO**

### **4.1 Caracterização da Instituição Hospitalar**

O Hospital Universitário (HU/UFSC), fundado em 1980, é órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina e, atualmente, está diretamente vinculado ao reitor. Financeiramente, o Hospital é subsidiado por recursos repassados pelo Ministério da Educação (MEC), e do Ministério da Saúde, pelo seu convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Situado no *campus* da Universidade Federal de Santa Catarina, bairro Trindade, município de Florianópolis, caracteriza-se por ser hospital Público de grande porte (mais de 150 leitos), que presta serviços exclusivos para o SUS, com finalidade de promover a assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. O Hospital Universitário (HU/UFSC) foi projetado para atender 350 internações nas diversas especialidades; entretanto, devido a problemas relacionados ao número de servidores, funciona atualmente com 261 leitos.

Atualmente o Hospital Universitário tem como filosofia norteadora das atividades a humanização do atendimento, de acordo com os princípios da PNH-Humaniza SUS.

### **4.2 Caracterização da Unidade de Alimentação e Nutrição**

#### **4.2.1 Características Organizacionais**

A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Hospital Universitário (HU/UFSC) se caracteriza por ser uma autogestão, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados. Hierarquicamente está subordinada a Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) que, por sua vez, está ligada à Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), sendo ambas subordinadas à Diretoria Geral. A UAN se divide em 3 seções: Seção de Lactário, Seção de Dietoterapia e Seção de Produção Normal. Seu organograma é apresentado no anexo A.

Atualmente, a UAN possui 104 funcionários, sendo 74 funcionários públicos federais efetivos, admitidos através de concurso, e 30 funcionários terceirizados.

O serviço prestado pela Unidade de Alimentação e Nutrição abrange atividades relacionadas à terapia nutricional ou assistência dietoterápica, tanto nas

unidades de internação, quanto no atendimento ambulatorial; e atividade relacionada à produção de refeições desenvolvidas na cozinha geral e cozinha dietética, bem como à produção de mamadeiras e suplementos no lactário.

#### 4.2.2 Características Funcionais

A unidade produz e distribui, em média, 11.952 refeições/mês para funcionários e 26.447 refeições/mês para pacientes. A produção média por dia é de 1450 refeições, totalizando 548 grandes refeições (almoço e jantar), e 546 pequenas refeições (café da manhã e lanche).

As refeições servidas aos comensais pela UAN, bem como os horários de distribuição, apresentam-se no quadro a seguir:

**Quadro 4. 1: Tipo e horário de refeições servidas pela UAN aos funcionários e pacientes - HU/UFSC, 2005.**

Tipo de Refeições Servidas	Horário de Distribuição para Pacientes	Horário de Distribuição para Funcionários
Desjejum	7:00 –7:30	7:00 –7:30
Almoço	11:00 –11:30	11:30 –13:00
Colação	9:00– 9:30	---
Lanche	14:00 –14:30	15:00
Jantar	17:00 –18:00	18:30 –19:30
Ceia	20:30 –21:00	22:30 –23:00

OBS: As refeições para os pacientes diabéticos são distribuídas 30 minutos após o horário convencional de distribuição, exceto a ceia.

No quadro acima podemos observar que os horários das refeições servidas aos pacientes se distanciam do horário habitual da região. Dados semelhantes foram encontrados por Guy-Grand (1998) em pesquisa realizada nos hospitais públicos da França. Segundo o autor, a maior parte dos hospitais serve as refeições entre 11h30min e meio-dia no almoço e entre 18h e 19h para o jantar, podendo provocar jejuns de 12 a 14 horas em indivíduos com necessidades nutricionais aumentadas e freqüentemente inapetentes. Poulain et al. (2002) acrescenta que a temporalidade alimentar nos hospitais pode ser melhorada com a implantação de serviços de atendimento ao paciente no período noturno.

Com relação à alimentação servida aos funcionários do hospital, mesmo não tendo sido objeto de análise do estudo, destaca-se que após a implantação do

benefício do vale-refeição, o hospital reserva o direito da alimentação apenas aos funcionários e residentes que fazem plantões de 12 horas (diurno ou noturno), sendo oferecida durante esta jornada uma única refeição. Em relação aos refeitórios, cabe destacar que a UAN não os disponibiliza para os pacientes, apenas para os funcionários, residentes e acompanhantes.

O critério utilizado pela UAN para contabilizar o número de refeições diárias servidas aos pacientes é feito mediante a utilização do mapa de dietas e, para os funcionários, o controle é realizado na entrada do refeitório através do registro em uma planilha por um responsável pela atividade.

É importante ressaltar que outros serviços foram criados pela Unidade de Alimentação e Nutrição, envolvendo o atendimento ambulatorial. Este possui 4 especialidades: gestante de alto risco, obesidade mórbida, diabetes infantil e ambulatório geral para funcionários. A média de atendimentos no mês é de 86 consultas.

### **4.3 Características das Nutricionistas e sua Formação**

A equipe de nutricionistas da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Hospital Universitário é composta por 13 profissionais, sendo 4 chefes (geral e das seções de dietoterapia, produção de refeições e lactário), 9 nutricionistas da clínica e 1 nutricionista da produção e gerenciamento. O regime de trabalho das nutricionistas é de 36 horas semanais, variando apenas para as chefias, que totalizam 40 horas semanais. As nutricionistas também fazem escala de plantão, em que, nos finais de semana, uma nutricionista fica de sobreaviso, e em feriados longos, uma ou duas nutricionistas vão ao hospital. No caso de problemas administrativos, a nutricionista da chefia geral sempre é contatada.

*√Tempo de formadas, nível de formação e acesso à formação continuada.* Com relação ao *tempo de formação*, três nutricionistas têm menos de dez anos de formadas, seis estão na faixa de dez a vinte e um anos de formação, e quatro são formadas há mais de vinte e um anos. Dos cursos de pós-graduação, seis profissionais realizaram especialização na área de nutrição clínica, uma em administração, uma em gerência da qualidade de produção de refeições, uma em gerontologia, uma em saúde pública, uma em saúde pública e terapia nutricional, e duas não possuem especialização. Destas, uma nutricionista realizou mestrado em

engenharia da produção, duas são mestrandas e uma doutoranda. Nos últimos 5 anos, duas nutricionistas fizeram curso de atualização (180h), e oito profissionais fizeram cursos de extensão (menos de 180h).

Observa-se que das 13 nutricionistas 85% realizaram curso de especialização. Estes dados são semelhantes aqueles da pesquisa realizada por Alves et al. (2003) entre os egressos da Universidade Federal de Santa Catarina, em que 61,8% dos nutricionistas realizaram curso de pós-graduação, sendo a maior parte em especialização.

Essa realidade parece confirmar as reflexões de Bosi (1996), em que a formação acadêmica, mesmo sendo considerada ampla e diversificada, não pode atender a todo o arcabouço técnico-científico necessário à atuação profissional, em face do constante crescimento e desenvolvimento da ciência da Nutrição.

No entanto, para Sousa & Proença (2004, p. 434), a formação do nutricionista não pode perder de vista a necessidade de integração dos conhecimentos básicos sobre alimentos, alimentação, nutrição e seres humanos (aspectos biológicos, socioeconômicos, antropológicos, individuais), com os conhecimentos aplicados nestas áreas. Assim, a formação de nutricionistas e a continuação do estudo para uma prática de saúde e nutrição generalista fazem-se necessárias para definir objetivos, direcionar e complementar o saber profissional.

Com relação às características das nutricionistas selecionadas, como referências da UAN para análise das práticas da atenção nutricional, foram observadas as citadas a seguir.

A nutricionista de referência, da chefia geral, concluiu sua graduação em 1982, atuando em sua trajetória profissional no HU como nutricionista da área clínica desde sua formação, passando à chefia da UAN a pouco menos de dois anos. Realizou o curso de especialização em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral; e também alguns cursos de extensão, sendo o último realizado no ano de 2003.

A nutricionista chefe da seção de dietoterapia concluiu sua graduação de nutricionista no ano de 1983. Na sua história profissional, atuou em produção de refeições em cozinha industrial e posteriormente em nutrição clínica. Em 1985, obteve o título de especialista em Saúde Pública e em 2000 o título de especialista em Terapia Nutricional. Mantém-se atualizada, participando de eventos e cursos da área.

A nutricionista chefe da seção de produção graduou-se em nutrição no ano de 1987. Em sua trajetória profissional atuava tanto como nutricionista da clínica, como da produção de refeições em hospitais. Realizou o curso de especialização em Gerência da Qualidade na Produção de Refeições. Atualmente mantém-se atualizada, participando de cursos de extensão.

#### **4.4 Mapeamento das Atividades dos Nutricionistas na Unidade Hospitalar Estudada**

O mapeamento das atividades foi realizado a partir do relato das nutricionistas responsáveis pela chefia geral, dietoterapia e produção de refeições. As características das atividades foram confrontadas com a observação do trabalho de uma nutricionista da clínica médica e uma nutricionista da produção e gerenciamento.

##### **4.4.1 O Verso e o Reverso da Prática do Nutricionista na área Clínica**

As atividades cotidianas realizadas pela nutricionista da clínica caracterizam-se por um conjunto de ações voltadas principalmente para o controle da assistência nutricional e fornecimento das refeições aos pacientes. Essas atividades iniciam primeiramente com a impressão do mapa de dietas do dia anterior, para que a nutricionista faça a conferência dos pacientes com o censo diário (relação do paciente por clínica, quarto e leito), disponível no posto de enfermagem, objetivando identificar novas altas, internações, trocas de leito e/ou trocas de clínicas. A partir dessas informações, a nutricionista avalia os prontuários dos pacientes internados, coletando a prescrição médica e as informações sobre a evolução do quadro clínico.

Após esta primeira etapa, a nutricionista inicia a visita aos pacientes, desenvolvendo atividades relacionadas ao cuidado/atenção nutricional (avaliação nutricional e histórico de nutrição) e, principalmente atividades relacionadas à adequação da ingestão alimentar.

A avaliação nutricional é realizada durante a internação do paciente e de acordo com a disponibilidade da nutricionista. Os indicadores utilizados para a avaliação são: os *exames bioquímicos* - albumina, transferrina, hemoglobina, creatinina, sódio, potássio, hematócrito solicitados geralmente por médicos e residentes; os *dados antropométricos* – peso e estatura, mensurados através de fita métrica e balança vertical com estadiômetro, para determinação do IMC (Índice de

Massa Corporal) ou ainda os dados antropométricos são obtidos através de fórmulas (quando o paciente está confinado ao leito). Não é realizada a avaliação por pregas cutâneas pela falta de recursos materiais e disponibilidade de tempo. Estas ações podem ser observadas no exemplo abaixo:

*A nutricionista pegou o prontuário dos pacientes novos, para anotar em seu mapa de dieta a prescrição dietética feita pelo médico, avaliar a patologia, analisar exames laboratoriais e ver se constavam peso e estatura, que são medições realizadas pelos profissionais da enfermagem no momento da internação.*

*Após constatar que dos 5 pacientes internados apenas em 1 prontuário não havia peso e estatura, em função de o paciente não estar andando e estar fazendo uso de sonda nasogástrica, a nutricionista realizou a estimativa de peso e estatura através de fórmula e determinou o IMC pela faixa etária, deixando registrado no prontuário.*

Outro procedimento utilizado no cuidado/atenção nutricional, pelas nutricionistas do Hospital Universitário (HU/UFSC), é a avaliação através da aplicação do Histórico de Nutrição (Anexo B), uma ficha específica da UAN, que é anexada ao prontuário do paciente e contempla dados gerais, história alimentar, análise dietética, avaliação nutricional e conduta dietoterápica.

Segundo o relato da nutricionista responsável pela chefia do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), esta avaliação deve ser realizada com todos os pacientes, mas isso só se torna possível na presença de estagiários do curso de nutrição da UFSC. Na impossibilidade de realizar as avaliações em todos os pacientes, elas são realizadas de acordo com estado de saúde do paciente.

Pela observação realizada durante três jornadas de trabalho, não houve o preenchimento completo do Histórico de Nutrição pela nutricionista nem pelos estagiários. Pode-se observar que apenas alguns dados deste Histórico de Nutrição como peso, altura e cálculo do IMC foram realizados na avaliação. Com isso informações essenciais para um adequado diagnóstico e efetiva intervenção nutricional acabam não sendo contempladas, comprometendo o acompanhamento integral em nutrição para avaliar a evolução do estado nutricional do paciente.

Beck et al. (2002, p. 352), ao avaliarem os serviços de nutrição em países europeus, também constataram que a utilização de instrumentos para realizar a avaliação nutricional e identificar pacientes em risco nutricional, muitas vezes não são utilizadas nem no momento da internação, nem durante a hospitalização.

Segundo os autores, as razões mais freqüentes são a falta de tempo, falta de materiais e a formação insuficiente dos nutricionistas.

Estudos na literatura abordam que a avaliação nutricional tardia ou até mesmo ausente na internação hospitalar colabora para a progressão da desnutrição, favorecendo as complicações clínicas e prolongando as internações (IBRANUTRI, 1997, BURDEN et al., 2001).

A nutricionista, além de prestar atendimento aos pacientes com diferentes patologias dentro de várias especialidades médicas, também lida com o acompanhamento alimentar, que se caracteriza pela adequação da alimentação oferecida ao paciente. Esta adequação é feita após a realização da anamnese alimentar, que compreende um conjunto de ações conhecidas e necessárias para a elaboração da prescrição dietética. Para a elaboração desta prescrição alguns aspectos precisam ser considerados tais como: requerimentos calóricos, distribuição dos macronutrientes, necessidade de restrição de nutrientes, preferências e hábitos alimentares, visto que, cada paciente é único e necessita de prescrição dietética individualizada. O acompanhamento alimentar de diferentes pacientes apresenta as seguintes características.

*Ao iniciar a visita no período da manhã, a nutricionista lê o prontuário médico e anota a prescrição dietética feita pelo médico em seu mapa de dietas, para repassar à copeira responsável.*

*Ao realizar a anamnese alimentar de um paciente, a nutricionista se apresenta, pergunta sobre a alimentação do paciente, sobre os desconfortos ao se alimentar, a não adaptação à dieta e as possíveis modificações: O paciente responde: **“A comida está boa, só gostaria que não mandassem mais abacaxi de sobremesa, me dá afta...”** Pergunta a paciente se tem mais algum alimento de que não goste e de que alimento gosta mais. Explica a importância de o paciente se alimentar bem, para uma recuperação mais efetiva.*

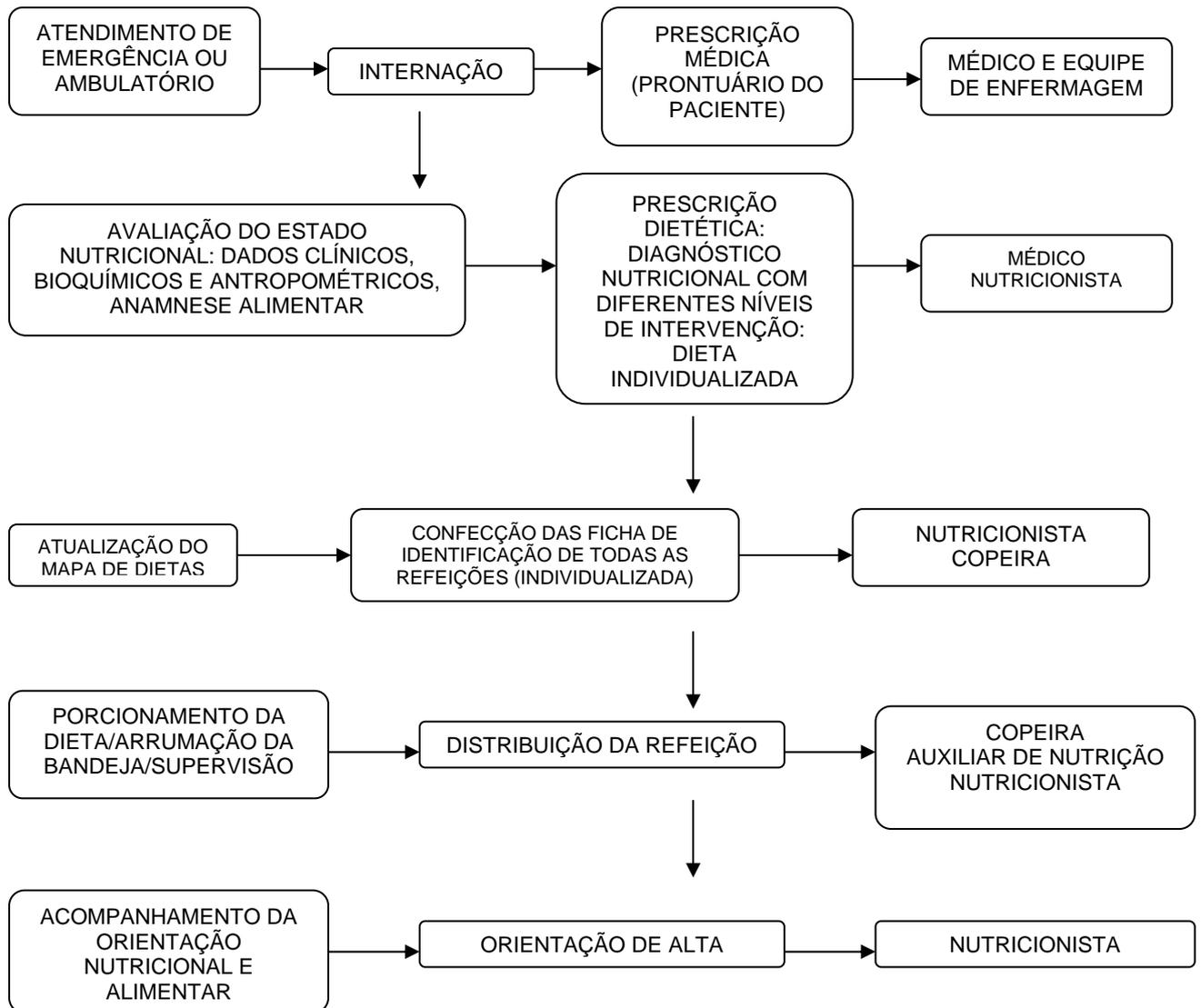
*De forma semelhante à situação anterior, a nutricionista realiza a anamnese alimentar para outro paciente; pergunta sobre a não ingestão do café da manhã. O paciente responde: **“... não tomei, pois não gosto de chá e não vou tomar, pois quero café com leite...”** Explica que não pode dar café com leite, devido à diarreia, e leite só irá piorar seu quadro clínico e não o ajudará a melhorar; por isso estamos mandando chá.*

*Ao avaliar a ingestão de outro paciente, pergunta como estava o almoço, se teve algum problema para se alimentar, sentiu náusea ou teve vômito, e se gostaria de mudar algo. Paciente responde: “... **não tenho do que reclamar, gosto de tudo o que vem...**”.*

*Com outro paciente, ao avaliar a aceitação da suplementação, observou que o paciente não havia tomado o suplemento da colação e perguntou ao paciente se ele não gostava do sabor que estavam mandando, pois se ele não gostasse mandaria trocar o sabor. O paciente disse: “... **prefiro outro sabor que não seja tão enjoativo...**” A nutricionista anota o pedido de sabor em seu mapa de dieta, e faz recomendações ao paciente sobre a importância de tomar o suplemento, pois o ajudará a recuperar o peso perdido.*

Pode-se observar que o acompanhamento alimentar dos pacientes ocorre em dois momentos: o primeiro momento durante o café da manhã, e o segundo momento durante o almoço. Ao finalizar as visitas, as anotações contempladas pela nutricionista sobre a modificação alimentar dos pacientes são transcritas no mapa de dietas através de um sistema informatizado da própria UAN. Após esta etapa, os mapas de dietas são impressos juntamente com as etiquetas de identificação de cada paciente (Anexo C), que serão entregues às copeiras responsáveis pelo porcionamento e distribuição da refeição.

O esquema abaixo representa, de forma simplificada, o fluxo de atendimento da nutricionista, relacionado ao cuidado/atenção nutricional:



**Figura 4. 1: Fluxo de Atendimento da Nutricionista na Área Clínica – HU/UFSC, 2005**

Segundo Bosi (1996, p.104), a polêmica sobre o direito à prescrição dietética está fundamentada nos vários anos de prática do nutricionista. Mesmo após esta atividade ter sido regulamentada por lei, nota-se uma dupla hesitação quanto à legitimidade de reivindicações e à luta por este direito na prática clínica, e quanto à própria identidade profissional. Para a autora, prescrever não é tudo, é apenas uma parcela do trabalho. Entretanto, do ponto de vista da profissionalização, diferencia-se de outros momentos do trabalho; como, por exemplo, o cálculo da dieta; há uma diferença qualitativa entre o prescrever e o executar. Por isso, em termos profissionais, a prescrição dietética confere especificidade à prática do nutricionista.

Além disso, deve-se destacar, na análise sobre o fluxo de atendimento, que a nutricionista planeja suas ações de acordo com as situações novas que surgem a

cada momento, em função da organização e complexidade do processo de seu trabalho, e da variabilidade dos pacientes e suas patologias. Neste sentido, as ações descritas no esquema acima podem sofrer alterações em função da dinâmica de atendimento da clínica, dando-se prioridade às ações necessárias ao andamento das rotinas da produção de refeições.

As comunicações realizadas pela nutricionista em sua jornada de trabalho, sejam de forma verbal ou escrita, correspondem a uma das principais atividades para a troca e obtenção de informações sobre a movimentação dos pacientes nas clínicas médicas e para a prestação de serviços ligada ao cuidado/atenção nutricional. Ao acompanhar a jornada de trabalho da nutricionista na clínica médica, pôde-se observar que, além da troca de informações com sua equipe (copeiras, auxiliar de nutrição e estagiários), estabeleceu contato com a equipe de enfermagem para obter informações sobre a admissão, realização de exames, cirurgia e sobre a aceitação da alimentação por parte dos pacientes.

As trocas de informações são mantidas também com a assistente social, para esclarecimentos sobre a liberação da refeição ao acompanhante, com a equipe de médicos e residentes sobre esclarecimentos de algumas patologias, exames clínicos e prescrição dietética, e com pacientes e acompanhantes sobre a aceitação da dieta, cuidados nutricionais, orientações de alta para as dietas especiais e com os profissionais da equipe de suporte nutricional: pediatra, médico intensivista, enfermeiros, bioquímicos. Para Carmo et al. (1994, p.76), esta integração com os demais membros da equipe de saúde pode permitir que o nutricionista conquiste seu espaço dentro da instituição onde trabalha.

Cabe destacar que a qualidade dos serviços prestados ao paciente está diretamente relacionada ao grau de interação da equipe. Beck et al. (2002, p. 457) acrescentam que o trabalho integrado de todos os envolvidos no processo do cuidado (diretores do hospital, médicos, nutricionistas, enfermeiros e operadores do setor de produção de refeições) é importante para que se possa alcançar uma meta em comum: a otimização do cuidado nutricional do paciente.

Neste contexto, pode-se observar que o trabalho e a troca de saberes da nutricionista juntamente com uma equipe multidisciplinar é constante em seu cotidiano, o que caracteriza, de certa forma, a construção de um novo modelo assistencial de saúde: a integralidade da atenção, que se destaca por ser uma das diretrizes contempladas pelo Sistema Único de Saúde (ASSIS et al 2002, p. 260). A

partir disto, admite-se que a atenção integral, conforme preconizada se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar, pois a mudança nas formas de intervir é decorrente de uma “atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e a população na realidade em que se inserem” (CARVALHO, 1993 *apud* ASSIS, et al.,2002, p. 260).

Outras ações que ocupam parte das atividades da nutricionista são as visitas clínicas aos pacientes junto com outros profissionais da saúde, que ocorrem uma vez por semana. Além disso, a nutricionista é solicitada, com menor frequência, para a realização de interconsultas em pré e pós-operatório e nas dúvidas com relação à dieta. Participa também de atividades que envolvem profissionais de fora da Unidade de Alimentação e Nutrição, com o objetivo de ministrar curso, palestras, seminários e aulas.

Por fim, ao encerrar sua jornada de trabalho, a nutricionista realizou atividades relacionadas ao controle e garantia da qualidade dos serviços prestados ao paciente. Essas atividades são realizadas por toda a equipe de nutrição clínica e compreendem a transcrição de informações no prontuário do paciente (aceitação alimentação, alteração da prescrição dietética, evolução), juntamente com o carimbo “visita de nutrição” e o preenchimento de uma planilha - Estatística de Atendimento Nutricional, que contempla os casos seguintes: visitas individuais, pedidos especiais de alimentos, prescrição enteral, histórico de nutrição, orientação de alta, evolução, atendimento de aluno e reuniões realizadas no dia (Anexo D). Apesar do desenvolvimento de ações que objetivem a qualidade dos serviços prestados, a UAN não disponibiliza nenhum instrumento para avaliar a satisfação dos pacientes.

#### **4.4.2 O Verso e o Reverso da Prática do Nutricionista na área de Produção e Gerenciamento de Refeições**

As jornadas de trabalho da nutricionista da seção de produção caracterizam-se por um conjunto de ações técnicas e administrativas necessárias para controlar a produção das refeições servidas aos usuários do refeitório e aos pacientes. Estas ações foram observadas no início do trabalho da nutricionista; ao adentrar na área de produção de refeições da unidade, acompanhou o fluxo produtivo do almoço, deslocando-se pelas seções de pré-preparo e preparo (vegetais e porcionamento de saladas, sobremesa, cozinha geral, carnes), utilizando seu conhecimento profissional para o encaminhamento de alterações das necessidades próprias do

processo de produção de refeições, objetivando a qualidade da refeição oferecida e de seu trabalho.

As ações relacionadas ao planejamento e gestão dos recursos financeiros para a elaboração do cardápio são desenvolvidas diariamente pela nutricionista; no entanto as ações relacionadas ao controle de custos (refeição e/ou dia), são desenvolvidas pelo setor financeiro do hospital.

Observa-se que um dos controles realizados com relação ao planejamento e produção das refeições é a contabilização do número total de refeições servidas por dia aos funcionários e aos pacientes em dieta normal e dieta especial. Este controle é importante para a utilização destas informações para os planejamentos periódicos. Estes planejamentos, embora sabendo-se que não são realizados pelo serviço, são utilizados para alterações nas quantidades previstas de gêneros alimentícios na produção das refeições. Da mesma forma, tais planejamentos podem ser observados, na participação das nutricionistas em reuniões com a Direção e DAA, com o objetivo de estabelecer metas para a unidade.

Quanto às habilidades técnicas, a elaboração do cardápio assume papel fundamental na jornada de trabalho da nutricionista; a nutricionista da produção elabora dois tipos de cardápios: o da cozinha geral, que é composto por 8 semanas, e o da cozinha dietética composto por 2 semanas. O tipo de alimento (gênero alimentício) que consta na preparação do cardápio é programado tendo como determinantes a política de compras do hospital.

A previsão quantitativa de gêneros é realizada pelo Hospital Universitário através da Divisão de Materiais (setor de compras), juntamente com a nutricionista da UAN. A política de compras é regida por decreto lei que obriga as instituições de serviço público a realizarem licitação pública. Abrindo-se as licitações, os fornecedores cadastrados apresentam suas propostas à Divisão de Materiais, a qual organiza o processo e encaminha à Comissão Permanente de Licitação. Esta, por sua vez, encaminha as propostas à Unidade de Alimentação e Nutrição, para que sejam avaliadas. As propostas são avaliadas pela nutricionista, que ficará responsável pela escolha de uma delas. A princípio, a escolha de um produto é feita, dando-se prioridade ao produto de menor preço, que atenda as especificações solicitadas pelos nutricionistas e que constam do processo.

A freqüência e o dia da entrega dos gêneros podem ser visualizados no quadro abaixo:

**Quadro 4.2: Frequência e dias de entrega dos gêneros recebidos pelo setor de recebimento da UAN - HU/UFSC, 2005**

GÊNERO	FREQUÊNCIA	DIAS DE ENTREGA
Produtos de prateleira	Mensal	Início do mês
Ovos	Quinzenal ou início do mês	
Vegetais	2 vezes por semana	3º e 6º
Carnes	2 vezes por semana	2º e 5º
Leite e pães	Diária	Todos os dias

Para solicitar a quantidade de gêneros alimentícios da semana aos fornecedores, a nutricionista realiza a conferência dos pedidos semanalmente, calculando a necessidade de cada gênero para todas as refeições, as quais são obtidas a partir de *per capita* padronizado pela unidade. Após esta etapa, a nutricionista confere o cardápio com a pasta de requisição de gêneros, para ver se todos os produtos estão contemplados. Em seguida, confere as quantidades solicitadas e entrega a pasta de pedidos ao auxiliar administrativo.

Cabe ressaltar que as modificações no cardápio podem ocorrer em função da falta ou quantidade insuficiente de algum gênero alimentício, principalmente frutas e verduras. Na observação realizada, constatou-se que essas modificações ocorrem com frequência na UAN. *Um exemplo foi o do repolho, em que o despenseiro, ao separar os alimentos necessários para a preparação do almoço, observou que não havia repolho no estoque para entregar à cozinheira. Assim, comunicou à nutricionista e solicitou a alteração desse item no cardápio; a nutricionista analisou os cardápios e as possíveis trocas que poderia fazer, e trocou o repolho pela couve-flor. Outra situação que se pôde observar foi com relação à couve, que seria usada no jantar e que, por estar imprópria para consumo (cor amarelada), sua perda foi significativa; com isso não seria suficiente para suprir a quantidade necessária. Outro exemplo foi o da banana, que estava verde para ser servida como sobremesa de acordo com o cardápio do dia; como havia sobras limpas da salada de frutas do almoço, a nutricionista solicitou a substituição para servir no lugar da banana.*

Ainda com referência ao planejamento do cardápio, a ficha técnica ou ficha de preparação tem fundamental importância neste processo, pois ela serve como instrumento de apoio operacional, pelo qual se faz levantamento de custos per capita, fatores de correção, valor nutricional e ordenação do preparo. A unidade

estudada possui fichas técnicas; no entanto não são utilizadas, pois se encontram incompletas, desatualizadas e não cobrem todas as preparações do cardápio. Em estudo realizado por Sarmiento (2004, p.75), a autora constatou que 70% dos nutricionistas não utilizam a ficha de preparação, o que vem confirmar as reflexões de Akutsu et al. (2005 p. 278), quanto à resistência por parte dos nutricionistas na implantação das fichas técnicas como controle diário no processo produtivo. Esse controle faz parte do conhecimento específico do nutricionista, podendo, portanto ser considerado mais uma atividade técnica que confere a qualidade e a garantia do serviço prestado.

Com relação à degustação das preparações do cardápio, realiza-se durante o processo produtivo pelas cozinheiras responsáveis da cozinha geral e dietética ou auxiliar; a nutricionista só é solicitada para realizar a degustação, quando os funcionários apresentam dúvidas. *Um exemplo foi o da melancia que, segundo a auxiliar, estava estragada. No entanto a nutricionista realizou a análise sensorial do produto e constatou que a melancia estava apenas madura, devendo ser utilizada o quanto antes.*

Objetivando atender às exigências de qualidade relativas aos aspectos higiênicos sanitários, medidas de controle devem ser criteriosamente asseguradas em todo o fluxo de processamento das refeições, desde a especificação da matéria-prima, higienização, destino das sobras das preparações e controle de saúde do pessoal da produção, definindo-se normas coletivamente e rotinas para cada setor. Assim, para o cumprimento dessas exigências, a nutricionista da Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital Universitário utiliza o manual de boas práticas, que, foi recentemente revisado e reformulado pelos estagiários do Curso de Nutrição/UFSC, de acordo com a realidade do local.

Segundo a informação prestada pela nutricionista, a finalidade do manual de boas práticas para sua unidade é o de ***“normatizar as rotinas e atribuições dos funcionários, compilar informações e seguir o fluxo de produção para melhorar o funcionamento do serviço.”*** A nutricionista aproveita os momentos em que está realizando a supervisão e o acompanhamento do fluxo produtivo para intervir imediata e diretamente nos problemas visualizados e orientar sobre as boas práticas os funcionários.

Além disso, outras atividades relatadas pela nutricionista, que têm como objetivo melhorar o serviço prestado, são as constantes reciclagens de conhecimentos dos

funcionários, que ocorrem mensalmente através de reuniões em que a nutricionista enfatiza as mudanças que devem ocorrer para melhorar o serviço, e os treinamentos que ocorrem pelo menos uma vez ao ano. Durante o período de coleta de dados, estava sendo realizado o treinamento anual do Serviço de Nutrição e Dietética do HU, em que o objetivo do treinamento era o de proporcionar crescimento profissional aos servidores do SND/HU, em um processo de educação permanente para a promoção da qualidade das refeições servidas e do atendimento à comunidade. Estes treinamentos ocorrem com o apoio financeiro do próprio Hospital Universitário (HU). Em conjunto com estas atividades, a avaliação dos funcionários ocorre anualmente pelo próprio hospital.

Outra característica significativa que foi observada no cotidiano da nutricionista foi a fragmentação das ações pelas constantes interrupções em seu trabalho, pelos eventos de natureza diversificada e pelas solicitações constantes para o gerenciamento do fluxo de produção dentro da unidade. A fragmentação das ações pode ser observada nos exemplos abaixo.

*Após ter observado o fluxo produtivo da unidade, a nutricionista foi chamada pela cozinheira da cozinha dietética, pois ela queria deixar as preparações do almoço no balcão térmico; no entanto o dispositivo que esquentava a água não estava funcionando. Desta forma, a nutricionista juntamente com um funcionário da unidade colocaram água fervendo com o auxílio de panelas no balcão térmico, para que o dispositivo começasse a funcionar e mantivesse a água quente.*

*Em outro momento a nutricionista estava no setor de pré-preparo dos vegetais e observou que uma funcionária estava mancando. Assim, perguntou o que havia acontecido. A funcionária respondeu: **“Estou mancando, pois não consigo apoiar meu pé, ele está inchado e doendo”** A nutricionista perguntou se ela havia machucado o pé trabalhando. A funcionária disse que começou a sentir a dor em sua escala do final de semana, mas que não se lembrava de ter machucado o pé. A nutricionista imediatamente pediu que a fosse ao médico do próprio hospital para ver o que estava acontecendo. Ao retornar a funcionária estava com o pé engessado e com uma dispensa de 7 dias. Por ser funcionária terceirizada, a nutricionista contatou a empresa responsável pela funcionária, que imediatamente enviou outras duas funcionárias para trabalhar em seu lugar.*

*No tempo em que resolvia o problema da funcionária com o pé machucado, a nutricionista teve de chamar a assistência do hospital, pois os caldeirões a vapor não estavam funcionando.*

*Outra situação ocorreu no período da manhã, em que a nutricionista teve de interromper suas atividades para recepcionar uma turma do curso de enfermagem da cidade de Chapecó, que estavam lá para conhecer o processo produtivo das dietas para os pacientes.*

*Em outro momento, a nutricionista foi procurar as garrafas térmicas que estavam faltando na unidade. Não as encontrando, testou algumas garrafas que estavam no almoxarifado para ver se poderiam ser utilizadas.*

*Segundo relato da nutricionista, estas interrupções se intensificam em função das condições precárias referentes à estrutura física encontradas na UAN/HU/UFSC, principalmente com relação aos equipamentos e materiais. Relatou também que, em função desta situação e do hospital estar em processo de humanização, foi elaborado e aprovado um projeto de reforma da cozinha.*

Como se observa, o trabalho da nutricionista caracteriza-se por uma série de tarefas imprevistas, tornando-se clara a fragmentação das ações. Em vários momentos, a nutricionista se ocupa de algumas atividades técnicas inerentes à sua habilidade profissional.

Segundo as reflexões de Bosi (1996, p. 122), a maior parte do trabalho na área de produção, quando não se inclui na parcela do trabalho subalterno e desqualificado, caracteriza-se como trabalho administrativo e gerencial. Logo, é preciso ficar atento para que a prática desses profissionais não se distancie dos interesses do gerenciamento e da administração daqueles objetivos do cuidado/atenção nutricional.

Para Sousa & Proença (2004, p.427), a gestão das atividades relacionadas à produção das refeições é uma ferramenta essencial para a garantia de qualidade do atendimento ao cliente. No entanto estas atividades apresentam elementos que distanciam o profissional dos principais objetivos de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar, isto é, a de prevenção e recuperação do estado nutricional do paciente. Tal distanciamento deve-se, possivelmente, ao modelo de gestão empregado, às exigências de atribuições complexas e à multiplicidade de ações a serem desenvolvidas pelas nutricionistas.

#### 4.5 Características da Dieta Hospitalar

A Unidade de Alimentação e Nutrição para a elaboração de dietas utiliza um documento padronizado (instrumento auxiliar), que contempla os tipos de dietas, a composição do cardápio, o aporte energético e a composição química. Este documento não é impresso no formato de um manual de dietas e fica arquivado em pastas na sala da nutricionista.

A dieta normal é a dieta base para as posteriores modificações na composição das refeições, tendo um aporte energético de 2500 kcal. A partir da dieta normal, estão previstas as composições dos itens do cardápio da dieta branda (2500 kcal), dieta pastosa (2500 Kcal), dieta líquida (1600Kcal), dieta líquida restrita (300 Kcal). No padrão são previstas, ainda, as composições da dieta hipercelulósica, hiperprotéica, hipercalórica, hipolipídica, hipoprotéica, normocalêmica, dieta hipossódica, dieta para diabetes mellitus, dieta para úlcera e dieta pobre em resíduos.

As dietas sofrem, ainda, adaptações a partir das necessidades individuais de cada paciente. Assim, no padrão de cada dieta, estão previstas modificações em relação à quantidade e/ou composição química, tais como: diabetes hipossódica, branda hipolipídica, branda hipercelulósica e hipoprotéica, normal hipercelulósica, dentre outras.

A UAN realiza o controle estatístico das dietas prescritas, em relatório que contempla o total de refeições e dietas servidas aos pacientes no mês. A partir deste relatório, pode-se contabilizar quais dietas são prescritas com maior frequência. No período da coleta de dados, as dietas mais prescritas foram: normal, hipossódica, branda e diabetes hipossódica.

Com relação aos suplementos nutricionais, a unidade utiliza os suplementos industrializados, que são fornecidos com o objetivo de aumentar o aporte calórico dos pacientes. Embora o entendimento de suplemento nutricional comumente seja reconhecido sob a forma industrializada, o SND disponibiliza também outras formas de suplemento elaborados na produção de refeições, como coquetel laxativo e adição de módulos individuais protéicos e de fibras aos sucos naturais de frutas e vegetais.

Os pacientes atendidos pela Unidade de Alimentação e Nutrição do HU podem solicitar a modificação de suas dietas, no momento em que as nutricionistas

realizam suas visitas diárias. Estas adequações são realizadas sempre que possível, respeitando a patologia do paciente e os recursos disponíveis na unidade. Na maioria das vezes, as nutricionistas procuram adequar esta dieta de acordo com as preferências alimentares do paciente, objetivando maior aceitação da refeição fornecida. Alguns exemplos dessas adequações podem ser observados no anexo C.

A refeição fornecida aos pacientes é porcionada em bandeja de inox não térmica (legumeira), com exceção aos pacientes internados na unidade infecto contagiosa, que recebem a refeição em utensílios descartáveis.

## **4.6 Concepção das Nutricionistas sobre o SND/UAN e o Processo de Humanização**

### **4.6.1 O SND/UAN dentro da Filosofia de Atendimento no Hospital**

As nutricionistas responsáveis pela chefia geral, produção de refeições e dietoterapia mencionaram que o principal objetivo da UAN é proporcionar ao paciente uma alimentação nutricional adequada e com condições higiênico sanitárias satisfatórias, visando à boa nutrição e/ou recuperação nutricional, tendo como prioridade adequar a alimentação oferecida aos hábitos e costumes do paciente.

Para alcançar esses objetivos, as nutricionistas relataram não haver cobrança direta da direção do hospital sobre os serviços prestados pela UAN, apenas há uma preocupação com a qualidade das refeições produzidas, para que se possa aumentar a aceitação, favorecendo a recuperação do paciente e diminuindo seu tempo de internação no hospital.

Segundo as entrevistadas, uma das dificuldades encontradas na unidade é administrar os funcionários, pois existem diferenças de contrato: alguns são efetivos, outros terceirizados; uns trabalham mais, outros ganham menos. Estas diferenças de contrato são fatores que dificultam também as relações interprofissionais dentro da UAN.

No que se refere às relações das nutricionistas com a equipe multiprofissional, apesar de manterem uma relação harmoniosa, algumas dificuldades foram apontadas como principais obstáculos para a manutenção da qualidade do atendimento prestada pelo serviço de nutrição: a resistência dos médicos em aceitarem as modificações das dietas propostas pelas nutricionistas e a

resistência da equipe de enfermagem em entender que os alimentos trazidos pelos familiares podem prejudicar a terapêutica nutricional. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Sousa (2001) e Beck et al. (2002).

As nutricionistas relataram que as dificuldades encontradas com relação à clientela atendida ainda se fundamentam na aceitação da dieta hospitalar.

#### **4.6.2 Processo de Humanização: Concepções sobre a Atenção Hospitalar**

Ao agrupar os dados referentes ao tema “processo de humanização”, a partir das perguntas norteadoras nas entrevistas individuais, emergiram várias unidades de significado, que originaram as categorias e subcategorias apresentadas no quadro 4.3

**Quadro 4.3: Categorias e subcategorias de análise referentes aos temas sobre o processo de humanização e a atenção hospitalar, na percepção das nutricionistas – HU/UFSC, 2005**

<b>Pensando em Humanização</b>	<b>Trabalho Humanizado</b>	<b>Humanizando a Alimentação Hospitalar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade do atendimento</li> <li>• Cuidado individualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições físico-ambientais</li> <li>• Condições organizacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física e funcional</li> <li>• Qualidade sensorial</li> <li>• Qualidade simbólica</li> <li>• Função convivial</li> <li>• Trabalho em equipe</li> </ul>

#### **A. Pensando em Humanização**

A partir da pergunta “qual a sua percepção sobre a atenção hospitalar humanizada”, emergiram alguns dados que foram agrupados nas seguintes subcategorias:

- a) Qualidade do atendimento
- b) Cuidado individualizado

##### **➤ Qualidade do atendimento**

Na subcategoria relativa à qualidade do atendimento, as nutricionistas demonstraram a valorização do atendimento humanizado, a partir do

reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais:

***Atendimento do paciente até seu acompanhante. Atendimento de qualidade dentro dos valores nutritivos, da patologia (I).***

***A humanização é um incentivo de tornar o ambiente hospitalar o mais próximo possível do ambiente familiar, evitar rupturas muito profundas, do seu dia-a-dia, do seu convívio. [...] tornar o cuidado o mais próximo da história de vida das pessoas (II).***

***Ter uma pessoa junto ao paciente, maternidade, crianças e idosos terem sempre um acompanhante (III).***

As falas evidenciaram somente propostas de melhoria da qualidade de atenção ao paciente. Entretanto um dos eixos norteadores do PNHAH é a humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador, ou seja, cuidar de quem cuida. Segundo Selli (2003, p. 249), o processo de humanização não se concretiza, se estiver centrado unicamente no paciente; deve incluir também aqueles que desenvolvem seu mister na instituição hospitalar. Para a autora, a humanização hospitalar como proposta para qualificar humanamente o outro, deve incrementar o processo de crescimento, de valorização e investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições.

Salles (2004, p.193) completa que, para repassar ao paciente valores humanizados, faz-se necessário humanizar o ambiente de trabalho, dando condições adequadas para o trabalhador na prestação de seu serviço.

#### ➤ **Cuidado individualizado**

O significado da subcategoria “cuidado individualizado” nos remete às questões abordadas anteriormente: a percepção sobre a atenção hospitalar humanizada é evidenciada pela atenção ao paciente.

***[...] as ações são de individualizar o atendimento, do indivíduo ser reconhecido como pessoa, ser humano, cidadão, ser tratado por seu nome (II).***

***Primeiramente, atender o paciente como um ser integrado, conseguir atender todas suas necessidades: física, psicológica, espiritual -credos (III).***

Nessas falas, pode-se avaliar que o cuidado humanizado está pautado na relação sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto, ou seja, o paciente participa de maneira

ativa nesse processo, exercendo seu poder de acordo com os valores morais e pessoais. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde incorporem o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam, ou seja, além do suporte técnico-diagnóstico, estes profissionais devem utilizar e desenvolver a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a aceitação e compreensão da doença e a adaptação a modificações que porventura tenha de fazer (NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Bettinelli et al. (2003, p. 235) corroboram esta afirmação e complementam que o processo do cuidado precisa ocorrer numa relação e efetiva troca de informações, tendo por base o compromisso ético estabelecido entre os envolvidos.

## **B. Trabalho Humanizado**

Após a compreensão da percepção sobre atenção humanizada, foi perguntado às nutricionistas o que consideravam em relação à condição de trabalho humanizada, em virtude da implantação do programa de humanização na instituição. Suas respostas a partir dessa categoria formaram as subcategorias demonstradas a seguir:

- a) Condições físico-ambientais
- b) Condições organizacionais

### ➤ **Condições físico-ambientais**

Nesta subcategoria, as falas das nutricionistas estão pautadas pelas condições de trabalho dos funcionários, para que eles possam repassar aos pacientes valores humanizados.

***(...) precisa ter materiais e equipamentos necessários para efetuar o atendimento humanizado (II).***

***[...] prestar atenção às condições de trabalho que o funcionário tem, para que ele possa manter-se íntegro sem problemas de saúde [...] (III).***

As condições físico-ambientais, segundo Proença (1997, p. 103), compreendem as condições de ruído, temperatura, umidade, ventilação, presença

de gases, vapores ou resíduos, bem como espaço físico e concepção de materiais e equipamentos. Estudos sobre condições de trabalho neste setor, comparando os dados encontrados com as recomendações técnicas e de legislação, evidenciaram condições insatisfatórias de trabalho (LEMOS,1999; SOUSA, 1997; SANTANA, 1996). Para Nogueira-Martins (2004), é justamente a falta de condições técnicas, de capacitação e de materiais que compromete a qualidade do serviço prestado.

Esta realidade pode ser vista em estudo realizado por Sousa & Felipe (1997), em que as autoras demonstraram que as Unidades de Alimentação e Nutrição analisadas apresentaram níveis elevados de inadequação nas áreas operacionais, nos aspectos de construção e instalações.

Para Mezomo (2002), o planejamento físico-funcional das Unidades de Alimentação e Nutrição é fundamental para garantir instalações adequadas e funcionais, assegurar a operacionalização dentro das mais rígidas normas técnicas e de higiene, bem como manter a qualidade do serviço prestado.

Cabe ressaltar que apesar do considerável avanço tecnológico pelo qual o setor de produção de refeições hospitalares vem passando, a existência de espaços de trabalho adequados, a manutenção das condições ambientais dentro das recomendações, fundamentadas no conhecimento científico da ergonomia e adequadas ao setor, ainda é um desafio para este setor (MATOS, 2000).

#### ➤ **Condições organizacionais**

As nutricionistas destacaram alguns aspectos relevantes para serem considerados para se ter uma condição de trabalho humanizada, entre os quais se destacam: ritmo e esforço de trabalho, jornada de trabalho e carga psíquica.

***[...] do ponto de vista do profissional que está atendendo, ele precisa ter algumas condições como: jornada de trabalho não extenuante, pois você lida diariamente com o componente emocional (vida, morte, saúde). Além disso, condições para que o profissional possa trabalhar tendo um ritmo de trabalho que não agrida seu corpo, que ele seja produtivo sem se agredir fisicamente [...] (II).***

***Respeitar as condições físicas do funcionário, para que ele se possa manter íntegro sem problemas de saúde (varizes, dores na coluna), e considerar que alguns levam uma jornada tripla de trabalho (III).***

Percebemos na fala das nutricionistas que os profissionais das UAN podem expor-se a diferentes condições em suas ocupações diárias, implicando desgastes que advêm das atividades desenvolvidas para atender às exigências das tarefas a serem desenvolvidas, exigindo, por isso, esforços mentais, emocionais, físicos e afetivos. Para Orofino (2004, p.75), estes desgastes estão associados ao estresse inerente à própria profissão hospitalar, aos riscos ocupacionais nos locais de trabalho, aos trabalhos em turno, as jornadas prolongadas e a enorme responsabilidade de conviver no cotidiano com o sofrimento e a morte.

Para Santana (1996), é inquestionável que os funcionários do setor de alimentação trabalham arduamente, uma vez que o trabalho neste tipo de serviço se caracteriza pelas longas horas de trabalho diários, além de uma organização de horários que podem incluir noites, finais de semana e feriados.

Aliado a isto, Matos (2000) acrescenta que as atividades desenvolvidas em Unidades de Alimentação e Nutrição exigem do funcionário alta produtividade em tempo limitado, porém em condições inadequadas de trabalho, com problemas de equipamentos e processos. Esses fatores, segundo a autora, podem levar à insatisfação, além do cansaço excessivo, queda de produtividade, problemas de saúde e acidentes de trabalho.

Diante do exposto, a complexidade desses elementos em uma situação de trabalho, pode contribuir para um desempenho profissional não humanitário, para o distanciamento entre profissional e paciente. Nesse particular, apesar da humanização do cuidado ser objetivo a ser alcançado pelas instituições hospitalares, cabe encontrar novas estratégias para sua prática efetiva, além de uma tomada de consciência entre profissional, agente e paciente, quanto aos valores e princípios norteadores deste processo, num contexto global.

### **C. Humanizando a Alimentação Hospitalar**

Quando se pensa em trabalhar com a principal ferramenta do nutricionista, o alimento, há necessidade de reconhecer as abordagens e contextos que circundam a alimentação hospitalar e as disponibilidades que os profissionais têm para ofertar um serviço humanizado ao paciente. As respostas, a partir dessa categoria, formaram as subcategorias demonstradas a seguir:

- a) Estrutura física e funcional

- b) Qualidade sensorial
- c) Qualidade simbólica
- d) Função convivial
- e) Trabalho em equipe

➤ **Estrutura física e funcional**

As discussões sobre a função da alimentação hospitalar foram levantadas por Poulain & Saint-Sevin (1990, p. 62-63). Há 15 anos, estes autores já destacavam que a alimentação hospitalar vinha passando por uma revolução industrial alimentar. Observam ainda que, durante muitos anos, a alimentação hospitalar se concentrava na resolução dos problemas técnicos e, posteriormente, os problemas da alimentação hospitalar centraram-se também no paciente, ou seja, as condições de hoje estão centradas em que a alimentação hospitalar coloque em uso sistemas de produção controlados, economicamente de bom desempenho e prontos a responder aos diferentes anseios do paciente, sem esquecer a necessidade de melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Esses aspectos, que importa resgatar atualmente, foram citados nas falas abaixo.

***É necessário realizar a reforma da cozinha, para diversificar a dieta (equipamentos deficientes) (I).***

***[...] é preciso que se tenha recursos para modificar a dieta, de acordo com os hábitos do paciente (II).***

***Primeiramente, deve-se considerar problemas gerais que vão desde a comida fria, até equipamentos antigos e deficientes, que prejudicam a qualidade do preparo da comida (III).***

Fica evidente nas falas das nutricionistas que, para a unidade de alimentação e nutrição efetivar a prática do cuidado humanizado através da alimentação hospitalar, o serviço precisa estar estruturado para produzir uma refeição que satisfaça às necessidades e expectativas de cada paciente através de uma dieta individualizada. Para Úbeda (2005, 12-13) a estrutura do serviço de alimentação, a tecnologia e métodos disponíveis para a elaboração das refeições, o tempo e dinheiro gastos em seu preparo, são fatores que devem ser considerados na tentativa de atender às expectativas do paciente e de melhorar a qualidade do serviço prestado.

No entanto, para atingir estes objetivos em atender às necessidades nutricionais dos pacientes em seus diferentes níveis, é necessário que a Unidade de Alimentação e Nutrição faça adaptações em sua organização física, material e humana de acordo com a realidade local.

#### ➤ **Qualidade sensorial**

Na fala das nutricionistas, torna-se clara a preocupação não somente com a qualidade nutricional, mas também com a questão sensorial dos alimentos. Preservar a qualidade sensorial dos alimentos é um fator importante para estimular o consumo alimentar do paciente.

***O alimento tem sabor, textura, história, enquanto o medicamento é aquele e pronto, você tem que tomar para tratar sua patologia (II).***

***A primeira reclamação do paciente ao entrar no hospital, se refere à alimentação, à dieta que não lhe agrada (temperatura, sal, açúcar, preparações que não lhe agradam) (III).***

O alimento é percebido pelo corpo humano através dos órgãos dos sentidos: tato, olfato, paladar e visão. A qualidade sensorial do alimento (sabor, cheiro, textura, aparência), relaciona-se às características e às condições fisiológicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo que aprecia o alimento, sendo fator determinante do comportamento e escolha alimentar. Essas qualidades definem a ingestão, a saciedade e a seleção dos alimentos em uma refeição (MATTES & KARE *apud* ASSIS & NAHAS, 1999, p. 36).

Para Poulain & Saint-Sevin (1990, p. 17-18) o alimento possui qualidades psicossensoriais, ou seja, são as características físicas dos alimentos que provocam sensações psicofisiológicas em todo o trato gastrintestinal: exteroceptivas (sensoriais); propioceptivas (cinestésica, presença estomacal); e sensações gerais secundárias (efeito eufórico de alguma bebida, estimulante do café, tranquilizante de saciedade). O conjunto destas sensações constitui um sistema de atração e seleção fundamental para o ser humano. É sobre essas qualidades psicossensoriais que se aplica o que a linguagem chama de gosto, através do qual nossas escolhas alimentares se guiam.

No ambiente hospitalar a preocupação com a qualidade sensorial é fundamentada na condição do paciente, tendo em vista que sua percepção sensorial

estará provavelmente prejudicada ou influenciada negativamente pela terapêutica medicamentosa e pela patologia. Assim, para obter a adesão da dieta pelo paciente, o nutricionista precisa oferecer a ingestão adequada de nutrientes associada aos prazeres proporcionados pela alimentação, considerando o aspecto dietoterápico e nutricional, respeitando as necessidades específicas de cada indivíduo, sem privá-lo de um prazer que pode contribuir para sua recuperação.

As características sensoriais do alimento são um dos aspectos que as Unidades de Alimentação e Nutrição devem considerar em seus procedimentos operacionais, no sentido de melhorar a aceitação das refeições. Considerando a temperatura, Rigaud et al. (1995) referem que este critério é o mais importante a ser garantido, sob o risco de anular todas as outras qualidades da refeição.

Sousa (2005, p.19-20) e Proença et al. (2005) destacam que as UAN hospitalares, como setores destinados ao fornecimento de refeições e ao acompanhamento clínico-nutricional dos pacientes, podem responder à melhoria dos aspectos sensoriais. Sousa (2005, p.20) destaca, por exemplo, que a equipe de nutrição em conjunto com a equipe de saúde podem corresponder às necessidades dos pacientes, tanto no que diz respeito ao seu quadro clínico-nutricional, quanto ao desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade sensorial das preparações e da valorização da cultura alimentar, avaliando-se a satisfação das preparações através de enquetes de satisfação. Discute, ainda, que a gestão deste processo compreenderia o desenvolvimento de ações articuladas entre a produção de refeições e o atendimento clínico-nutricional, gestão caracterizada por estratégias coletivas, visando não só ao atendimento qualificado de saúde e nutrição, mas também à realização dos profissionais envolvidos.

#### ➤ **Qualidade Simbólica**

A refeição, na percepção das nutricionistas, tem grande significado simbólico para os pacientes. Está explícito nas falas que valorizar este atributo pode contribuir para uma melhor satisfação do paciente.

***Não podemos esquecer que o alimento tem um vínculo muito forte com a história de vida de cada pessoa, e se conseguirmos transformar o cardápio, a comida, os nutrientes em algo próximo daquilo a que estamos acostumados, já conseguimos romper uma barreira do ambiente estranho, já incorporamos um pouco da individualidade do paciente (II).***

***Procurar atender a pedidos especiais dos pacientes (ovo frito, tutu de feijão, pirão d'água), muitas vezes são simples de serem realizadas e permite uma maior aceitação do paciente e maior satisfação (III).***

O alimento e a alimentação, diferentes do medicamento, apresentam significação para o indivíduo. O alimento, as preparações e as formas de preparo não são semelhantes e uniformes para as pessoas. Cada indivíduo apresenta um significado do comer e da comida, dependendo de sua história de alimentação, dos sabores que tem vivenciado, das formas e dos locais de consumo. O alimento traz uma gama de significados simbólicos, culturais e sociais que determinam o comportamento alimentar dos seres humanos. Assim, cada ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma identidade própria ao ato de se alimentar (SOUSA, 2005).

Poulain et al. (2002), observam que tomar conhecimento dessas particularidades alimentares, sejam culturais, regionais, sociais ou religiosas, é uma forma de respeitar a individualidade do paciente, é parte da dimensão terapêutica. O conjunto de regras sociais que organizam a alimentação, a partir da seleção do que se deve comer, até as formas de consumo, passando pelas técnicas de preparo, contribui fortemente para a identidade dos indivíduos e dos grupos sociais.

#### ➤ **Função Convivial**

Na subcategoria relativa à função convivial, a fala abaixo demonstrou a necessidade de valorização da identidade social do paciente, no momento de sua refeição.

***Devemos ter esta preocupação, pois o alimento é uma marca forte do ser humano, tudo gira em torno do alimento (reuniões, festividades) (III).***

Poulain & Proença (2003, p. 255) e Poulain et al. (2002) observam que a alimentação se inscreve em uma série de ciclos temporais socialmente determinados, como o ciclo de vida dos homens: alimentação de lactente, de criança, de adolescente, de adulto, de idoso. A cada ciclo correspondem estilos alimentares: alguns alimentos autorizados, outros proibidos, os ritmos das refeições, os *status* dos comensais, os papéis, as condicionantes, as obrigações e os direitos. A alimentação adquire significado particular no que se refere à socialização nas suas funções de troca e de comunicação. O alimento insere o homem num espaço social,

desenvolvendo nele a sensação de pertencer a um grupo, levando o indivíduo à manutenção de sua identidade social.

Entretanto o ambiente hospitalar transforma consideravelmente os papéis sociais do paciente, principalmente o contexto alimentar, porquanto, em poucas horas, transforma e desorganiza as dimensões do *espaço social* do indivíduo, que sai de seu grupo social e de seus hábitos de vida. Os ritmos alimentares cotidianos são perturbados, na maioria dos casos: hora do almoço fora do horário habitual da casa, geralmente muito cedo, o que perturba o ritmo biológico; o paciente realiza as refeições sozinho, no mesmo ambiente onde dorme e onde passa o dia inteiro (POULAIN et al, 2002, p. 48).

Conhecer as dimensões alimentar pode servir de guia para esclarecer as situações enfrentadas pelo paciente em sua jornada hospitalar, além de possibilitar a reflexão sobre a necessidade de humanizar as práticas hospitalares, através de um atendimento alimentar e nutricional fundamentado não apenas nos aspectos nutricionais e higiênico-sanitários, mas também nos aspectos sensoriais, conviviais e simbólicos.

#### ➤ Trabalho em equipe

Na subcategoria relacionada ao trabalho em equipe, apesar de termos observado em apenas uma fala, fica evidente que este é atributo importante, para que ocorram mudanças nas relações de trabalho, visando à humanização.

***[...] os profissionais das outras equipes de saúde, os profissionais ligados à nutrição (copeira, auxiliar, cozinheiro) tem que estar bem inseridos no processo, trabalho em grupo de todos os envolvidos na prescrição dietética até a elaboração da dieta [...] (II).***

Quando se discute o atendimento humanizado e quais seus indicadores, procuram-se, através da lógica, indicadores que sejam simples, objetivos e válidos. Pode-se até mesmo classificá-los em indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

Como indicadores de estrutura pode-se citar a própria planta física, a qualidade e a quantidade dos equipamentos. Como indicadores do processo, se existem os fluxos adequados entre os setores, como as equipes se desenvolvem, se entendemos o trabalho das outras equipes que atuam conosco, ou se apenas

entendemos o nosso trabalho. Os indicadores de qualidade em relação aos resultados são as demonstrações dos efeitos da estrutura e dos processos nos clientes (DONABEDIAN apud SILVA, 2002, p. 82-83).

Deve-se destacar que apenas definir e escolher indicadores para nortear a melhoria do atendimento hospitalar, por si só, não é suficiente para qualificar o conjunto das ações que o hospital deve oferecer, com relação à humanização do cuidado. É necessária a criação de uma rede de cooperação voluntária e de trocas baseadas em novas formas de gestão nos hospitais; elas facilitem a comunicação entre as várias categorias profissionais e em vários níveis de organização (CECÍLIO, 1997).

Assim, a prática do atendimento humanizado também ocorre, quando o grupo de trabalho está imbuído de real espírito de equipe e, agindo como um todo harmônico, demonstra que o traço comum entre os sujeitos envolvidos no processo é o relacionamento baseado na comunicação, afetividade, respeito mútuo e compreensão.

## **5 RECOMENDAÇÕES À UAN ANALISADA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES HUMANIZADAS EM ATENÇÃO NUTRICIONAL.**

A elaboração das recomendações desta pesquisa foi baseada nos referenciais teóricos, principalmente Sousa (2001), Sousa & Proença (2004) e Proença et al. (2005), na descrição a partir da análise documental, nas entrevistas e na observação direta que permitiram avaliar possíveis pontos para melhoria do atendimento e qualidade do trabalho.

A humanização é processo amplo, lento e complexo, pois envolve mudanças de comportamento, que podem gerar insegurança e resistências. No entanto, para alcançarmos maior resolutividade da PNH, faz-se necessário:

- Elaborar estratégias para promover o real comprometimento de todo o hospital com a política de humanização.
- Orientar a formação de profissionais e estudantes, para a integralidade e humanização das práticas assistenciais, através da incorporação de práticas pedagógicas, abordagens e perspectivas organizacionais, considerando o processo de humanização em implantação.

A rotina hospitalar, inserida em um sistema de saúde que privilegia ações curativas, dificulta o desenvolvimento de práticas por parte dos profissionais, dentro de uma perspectiva qualitativa, que seja capaz de contribuir com transformações no cotidiano de seu trabalho e na realidade alimentar do indivíduo. Neste sentido, considerando que humanização prevê tanto a melhoria do cuidado dos pacientes, quanto das condições de trabalho dos funcionários, muito tem que ser feito a respeito das condições de trabalho destes profissionais, para que eles possam repassar aos pacientes e à equipe valores humanizados.

- Especificamente para o setor de alimentação e nutrição, faz-se necessária a melhoria das condições materiais de trabalho para as nutricionistas, tais como a viabilização da reforma do setor de produção de refeições, para diminuir o número de imprevistos para as nutricionistas deste setor, além de adipômetro, bioimpedância e maior número de computadores para os nutricionistas das unidades de internação.

- Com base na necessidade de melhoria das condições saúde dos funcionários do hospital, o Serviço de Nutrição e Dietética pode fortalecer discussões sobre a importância da prevenção de doenças e manutenção da saúde, enfatizando os serviços de ambulatório que o hospital disponibiliza, além de criar espaços para a discussão em saúde e nutrição para este grupo.
- Fortalecer encontros periódicos com a participação da equipe multiprofissional nas unidades de trabalho para a tomada de decisões conjuntas sobre o atendimento dos pacientes.
- Compartilhar os resultados do trabalho com a equipe (unidades de internação e produção de refeições), para que se possa ter uma avaliação da qualidade, baseada no controle quantitativo dos serviços prestados (indicadores) de forma a utilizar essas informações no planejamento de ações mais efetivas. Especificamente, pode-se elaborar boletins informativos para divulgação, por exemplo, da melhoria do consumo alimentar das unidades de internação, como forma de valorizar o trabalho prestado.
- Organizar as passagens de plantões entre copeiras, alunos e nutricionistas.
- Divulgar os estudos desenvolvidos em conjunto por alunos, professores e nutricionistas em eventos de outras áreas. Estes estudos podem ser incluídos como mais um dos indicadores de qualidade nos relatórios e no planejamento anuais do setor.
- As ações que envolvem o cuidado/atenção nutricional podem ser reorganizadas de modo a prestar um atendimento sistematizado, através da elaboração de protocolos de atendimento que preconizem no mínimo três níveis de intervenção: primário (pacientes sem risco nutricional); secundário (paciente sem risco nutricional cuja dieta interfere diretamente no tratamento); terciário (paciente com risco nutricional) para possibilitar uma melhor divisão do trabalho e uma melhor interação com a equipe multidisciplinar, tendo em vista a complexidade das unidades de internação.

- Disponibilizar maior número de vagas em estágios extracurriculares para que estes auxiliem no atendimento nutricional, principalmente nos pacientes que necessitam de um cuidado preventivo (paciente primário).
- Revisar os formulários utilizados, de forma a facilitar a obtenção de informações sobre os pacientes.
- Capacitar os auxiliares de nutrição, para que se responsabilizem pela atualização do mapa de dietas.
- Promover a capacitação de profissionais (nutricionistas e operadores) em parceria com departamento de nutrição da UFSC e seminários periódicos para a discussão das práticas dentro do HU, tendo em vista objetivos de formação conjunta entre o Curso de Nutrição/UFSC e o Serviço de Nutrição e Dietética/HU.

A planificação das atividades de produção de refeições pode ser reorganizada através da adaptação de estruturas para atender às necessidades nutricionais, prevendo-se a organização física, material e humana.

- Realizar melhor divisão do trabalho, delegando responsabilidades por áreas operacionais.
- Realizar o acompanhamento e a realização de discussões coletivas sobre a reforma da cozinha da UAN.
- Colocar em prática ações e medidas corretivas referentes à qualidade, como o seguinte elenco.
  - Implantação de enquetes de opinião e satisfação do paciente, com retorno dos indicadores para a melhoria dos serviços prestados pela produção.
  - Implantação de testes de degustação com cozinheiras e nutricionistas.
  - Revisão de fichas técnicas e a criação de novas receitas a serem testadas por estagiários e nutricionistas em cozinha experimental (setor da colação).
  - Elaboração de estratégias que avaliem o controle real dos custos, a partir da avaliação da qualidade do processo (controle das matérias-primas, com análise das perdas e do tempo de vida útil das matérias-primas no armazenamento frio; controle do

consumo de água e óleo, resto ingestão; controle da ingestão real do paciente crítico).

- Revisão periódica do manual de boas práticas, envolvendo ações desde a avaliação da matéria-prima e escolha de fornecedores até o controle do porcionamento na distribuição de refeições.

Tendo em vista que o paciente deve ser o centro de reflexões das políticas de qualidade alimentar e nutricional nas instituições hospitalares, e que a alimentação hospitalar deve atender não só às necessidades nutricionais e higiênicas, como as psicossensoriais e simbólicas dos pacientes, algumas condicionantes, relacionadas às unidades de alimentação e nutrição, devem ser reestruturadas na tentativa de buscar o resgate da sociabilização do paciente em sua hospitalização.

- Reestruturação dos horários de distribuição de refeições, adequando-se aos horários habituais do paciente (revisão e organização das rotinas ligadas à produção de refeições).
- Desenvolver refeitórios para os pacientes, como meio de respeitar a dimensão da convivência no momento da alimentação hospitalar.
- Reavaliar o tipo de utensílios oferecidos (bandeja, prato, talheres) aos pacientes para realizarem suas refeições.
- Atender aos indicadores da qualidade simbólica e psicossensorial (adaptação das refeições às particularidades de cada paciente, tempero, temperatura, apresentação dos pratos), considerando a percepção dos pacientes.
- Elaborar um apoio de informação ao paciente que contemple recomendações a respeito da alimentação, nutrição e saúde, além de informações sobre a UAN, a estrutura das refeições e a composição da equipe da unidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de partida norteou o referencial teórico e metodológico da pesquisa, possibilitando a análise do problema através da questão: Como uma unidade de alimentação e nutrição, inserida em uma instituição hospitalar, desenvolve ações para a prática da atenção nutricional, fundamentada na sua dimensão humana?

Para isso a pesquisa avaliou a prática do nutricionista em um hospital inserido em contexto de humanização. Dentro desta perspectiva, buscou-se levantar elementos que pudessem contribuir com o delineamento das características das ações de uma UAN hospitalar, bem como a identificação de concepções e práticas da atenção nutricional.

Assim, as principais conclusões obtidas com este estudo estão delineadas abaixo.

### ➤ ***Com relação ao Hospital de Referência***

O Hospital Universitário está inserto na filosofia de atendimento humanizado e, portanto, apresenta grande potencial para a formação de recursos humanos dentro desta perspectiva. Essas constatações são relevantes, principalmente por se tratar de hospital de ensino, contando, portanto, com professores e pessoal técnico qualificados e especializados para, de fato, implementarem ações e discussões sobre o atendimento humanizado. Além disso, o HU cumpre com a filosofia de atendimento exclusivo para o Sistema Único de Saúde, tornando-se um hospital de referência no Estado, o que justifica, mais ainda, o preparo de profissionais para o acolhimento desta população.

### ➤ ***Com relação à estrutura da Unidade de Alimentação e Nutrição – Serviço de Nutrição e Dietética do HU/UFSC***

Em relação à estrutura da UAN estudada, merecem destaque alguns aspectos: os horários de distribuição de refeições dos pacientes estão estruturados fora da norma habitual do paciente, mas priorizando a rotina do setor e do hospital. O SND não conta com refeitórios para pacientes, o que pode propiciar o isolamento e o não compartilhamento da refeição de forma coletiva, ou seja, a função convivial da alimentação. O setor conta com quatro ambulatórios em diferentes

especialidades, incluindo o ambulatório para atendimento dos funcionários operacionais, o que evidencia a preocupação com o atendimento alimentar e nutricional, não só do paciente, mas também deste grupo, ou seja, cuidar de quem cuida.

➤ ***Com relação à formação e à organização do trabalho dos nutricionistas da UAN***

As nutricionistas do SND estão buscando a capacitação profissional após a graduação, especialmente no âmbito da realização dos cursos de pós-graduação. Percebe-se que esses profissionais procuram o aprimoramento profissional diante das constantes abordagens que a ciência da nutrição proporciona. A organização e o regime de trabalho dessas profissionais merecem discussões dentro do grupo, de forma a uniformizar as ações consideradas prioritárias para o atendimento integral dos pacientes.

➤ ***Com relação à atividade das nutricionistas dos setores responsáveis pela nutrição clínica e produção de refeições***

As nutricionistas das unidades de internação (nutrição clínica) priorizam algumas ações para o atendimento dos pacientes, principalmente aquelas relacionadas com o encaminhamento das rotinas ligadas à produção de refeições, tais como coleta de prescrição médica, avaliação da adequação e aceitação da refeição e preenchimento dos mapas de dietas. A avaliação nutricional não é realizada com todos os indicadores que constam do histórico de nutrição, que contempla história alimentar, análise dietética, avaliação nutricional e conduta dietoterápica. No entanto o peso e a altura para o cálculo do IMC são os indicadores privilegiados nas condutas observadas.

As atividades da nutricionista de produção de refeições são caracterizadas pela gestão de imprevistos. Esta situação é condicionada pela estrutura física do SND, que não é adequada para atender às novas demandas de atendimento dos pacientes, limitando as ações desta profissional para avaliar o processo de produção das refeições para a melhoria e a diversidade de preparações, implementação de testes de degustação, avaliação da qualidade das refeições com os pacientes e implementação de medidas de controle da qualidade.

➤ ***Com relação às características das dietas oferecidas***

O SND não conta com manual de dietas, mas com um documento padronizado (instrumento auxiliar). No entanto as nutricionistas, por individualizarem o atendimento, adaptam a dieta às necessidades e preferências alimentares do paciente. A qualidade simbólica da refeição é, então, priorizada. As refeições dos pacientes são distribuídas em recipientes de inox (legumeiras). Este serviço se distancia da norma habitual da maioria dos pacientes, que é o da utilização do prato de louça com todas as preparações juntas.

➤ ***As concepções das nutricionistas sobre o processo de humanização no hospital***

Nas questões referentes às concepções do nutricionista sob a UAN e o processo de humanização, emergiram falas e significados que, embora distintos pelas experiências pessoais de cada nutricionista, contemplam de certa forma a filosofia de atendimento preconizada pela PNH. A UAN vem buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tanto para os profissionais do setor (cuidar de quem cuida), como para os pacientes (cuidar do usuário).

A UAN tem priorizado tanto os aspectos físico-funcionais do setor, com o projeto da reestruturação física do setor, como o atendimento personalizado do paciente, de forma que as suas expectativas sejam atendidas. Portanto a implantação do cuidado alimentar e nutricional humanizado, baseado na PNH, vem sendo trilhada de forma gradativa e de acordo com a disponibilidade do setor.

Com base nessas conclusões, propõe-se a realização dos seguintes trabalhos futuros sobre a temática da humanização na alimentação hospitalar:

- Implementação de um modelo de cuidado alimentar e nutricional dentro da perspectiva de humanização.
- Avaliação da alimentação hospitalar por parte dos usuários e acompanhantes.
- Estudos comparativos de alimentação hospitalar em hospitais públicos e privados.
- Estudos da gestão das estratégias de interação e organização na produção de refeições.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, EM, Rossi CE, Vasconcelos FAG. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. Rev Nutr Campinas 2003; 16(3): 295-304.

Andrade LP; Lima ES. A formação e a prática do nutricionista: o gênero nas entrelinhas. Nutrire: Rev Soc Brás Alim Nutr São Paulo 2003; 26: 109-126.

Ansaloni JA. Situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas de Minas Gerais: trabalho técnico, supervisão ou gerência? Rev Nutr Campinas 1999; 12(3):241-260.

Akutsu RC, Botelho RA, Camargo EB, Sávio KEO, Araújo WC. A ficha técnica como instrumento de qualidade na produção de refeições. Rev Nutr Campinas 2005; 18(2): 277-279.

Assis AMO; Santos SMC; Freitas MCS; Santos JM; Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr Campinas 2002; 15 (3): 255-266.

Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudanças de comportamento alimentar. Rev Nutr Campinas 1999; 12(1): 33-41.

Balchiunas D. A unidade de nutrição e dietética, o seu papel como atividade – fim na organização hospitalar e sua terceirização. O Mundo da Saúde – São Paulo 2002; 26(2): 321-331.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997. 225 p.

Beck AM; Balkinas UN; Furst P; Hasunen K; Jones L; Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition* 2001; 20(5): 455-460.

Beck AM, Balknas UN, Camilo ME, Furst P, Gentile MG, Hasunen K, et al. Practices in relation to nutritional care and support – report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition* 2002; 21(4): 351-354.

Bernardes SM; Souza MCA; Salzani F; Almeida VS. Aplicação do alimento na composição de dietas e preparações: uma visão holística. *O Mundo da Saúde– São Paulo* 1996; 20(10): 361-367.

Bettinelli LA; Waskiewicz J; Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde – São Paulo* 2003 27 (2): 231-239.

Boog MCF; Rodrigues, KRM.; Silva SMF. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP. *Rev Nutr Campinas*, 2 (1): 55-87,1989.

Bosi MLM. A Nutrição na Concepção Científica Moderna: em busca de um novo paradigma. *Rev Nutr Campinas*1994; 7 (1): 32-47.

Bosi MLM. Profissionalização e conhecimento: A nutrição em questão. São Paulo: HUCITEC; 1996. 205p.

Brylinski C. Processo de cuidado nutricional. In: Mahan LK.; Escot-Stump S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 10.ed.. São Paulo: ROCA; 2002, p. 416-466.

Burden ST; Bodey S; Bradburn YJ; Murdoch S; Thompson AL; Sim JM.et al. Validation of a nutrition screening tool: testing the reliability and validity. *Journal of Human Nutrition* 2001; 14 (4): 269 – 275.

Cabral PC; Burgos MGPA; Medeiros AQ; Tenório AKT; Feitosa CC. Avaliação do Estado nutricional de pacientes internados em um Hospital Universitário. Rev Nutr Campinas 1998; 11.(2), p. 125-132.

Caldeira GV. Fatores que influenciam os hábitos alimentares de crianças. In: Anais do Simpósio Sul-Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte, 2000; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Departamento de Nutrição; 2000. p. 181-185.

Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: CULTRIX; 1982. 447p.

Carmo MGT; Holzinger M; Rosa MC.; Benvenitti JCLM; Viteritte P. Prática do nutricionista de clínica nos hospitais da Grande Florianópolis-SC. Revista de Ciências da Saúde Florianópolis 1994; XIII,(1-2); p. 70-81.

Castelar RM; Mordelet P; Grabois V. Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Éditions ENSP; 1995.

Cecílio LCO. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 1997; 31(02): 184-200.

Chaves N. Nutrição básica e aplicada. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN; 1978.

Chaves MM. Saúde & Sistemas. 3 ed. Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro, 1980.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN, nº 200/98, 20 mar 1998. Definição de Atribuições Principal e Específicas dos Nutricionistas, publicado no diário Oficial da União em 20 abr.1998, p.52-53.

Costa NMSC. Repensando a formação acadêmica e a atuação profissional do nutricionista: um estudo com os egressos da Universidade Federal de Goiás. Rev Nutr Campinas 1996; 9 (2): 154-177.

\_\_\_\_\_. Revisando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. Rev Nutr Campinas 1999; 12 (1): 5-19.

Corbeau JP. S'alimenter à hôpital: les dimensions cachées de la commensalité. In: ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital – XV<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles. Paris: Musée de l'Assistance Publique de Paris, 1997. p.101-11.

Dumke A. Humanização como ferramenta para a melhoria de processos em hospitais: um estudo de caso.[dissertação] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção da UFSC; 2003.

Faiman CS; Danesi D; Rios IC; Zaher VL. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. O Mundo da Saúde São Paulo 2003; 27(2): 254-257.

Flanel DF & Fairchild. Continuous quality improvement in inpatient clinical nutrition services. Journal of the American Dietetic Association 1995; 95 (1): 65-74.

Galvão CR.; Federighi WJP. O Hospital e o Administrador Hospitalar: Um breve resgate histórico. O Mundo da Saúde São Paulo 2002; 26 (2).

Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. Rev Nutr Campinas 1992; 5 (1): 70-80.

\_\_\_\_\_. A comida, a dieta, o gosto: a mudança na cultura alimentar urbana.[tese] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia do Estado de São Paulo; 1999.

Garcia RWD, Sousa AA, Proença RPC, Salles RK. O escopo da atenção nutricional ao paciente hospitalizado: diagnóstico e proposta de um modelo fundamentado na humanização [projeto de pesquisa]. Campinas (SP): PUCCAMP; 2003.

Grabois V, Sandoval P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: Castelar RM; Mordelet P; Grabois V. Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Éditions ENSP; 1995. p.69-79.

Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas São Paulo 1995a; 35(2):57-63.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas São Paulo 1995b; 35(3): 20-29.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: VOZES; 2002. p.67-80.

Gonçalves, EL. Estrutura organizacional do hospital moderno. ERA – Revista de Administração de Empresas São Paulo 1998; 38(1):80-90.

Gottraux S; Maisonneuve N; Gevaux D; Fonzo-Christe C; Chiki M; Guinot-Bourquin S; et al. Screening and treatment of malnutrition: European Council Resolution and its potential application in Switzerland Rev Med Suisse Romande 2004;124(10):617-623.

Guy-Grand B. La restauration hospitalière: rapport de mission. Paris, 1997.

\_\_\_\_\_. La Restauration Hospitaliere: vers une prise en compte de la Nutrition dans les Structures Hospitalières de soins. La Lettre Scientifique, Paris (France) 1998 ; 57:1-5.

\_\_\_\_\_. L'alimentation à l'hôpital : trois ans après, où en est-on ? CERIN. Cholé-Doc 2000; n ° 61.

Helman CG. Cultura, Saúde & Doença.4. ed. São Paulo: ARTMED; 2003. 408p.

Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI,). Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral: São Paulo 1997; p.59.

Junqueira LAP.; Inajosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Rev Adm Pub Rio de Janeiro,1992; 26 (2): 20-31.

Labonté L, Quillet, D. Nutrition clinique, étude du temps consacré aux soins. Diététique en action, Montreal(Canada) 1996; 10: 25-26.

Labronici LM. A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar.[dissertação] Florianópolis (SC): Enfermagem, UFSC, 1998.

\_\_\_\_\_ LM. Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras. [tese] Florianópolis (SC): Enfermagem, UFSC, 2002.

Lemos MP. Contribuições da ergonomia na melhoria da qualidade higiênico-sanitária de refeições coletivas : um estudo de caso. [dissertação] Florianópolis (SC). Engenharia de Produção, UFSC; 1999.

Lorenzo.G, Álvarez J, Calvo MV, Ulíbarri JI, Ríó J, Galbán C, et al. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. Rev Nutr 2005; XX (2): 82-87.

Maciel TRS. Fatores interferentes na satisfação dos trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar. [dissertação] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção, UFSC; 2002.

Mann PH. Métodos de investigação sociológica. 2.ed. Rio de Janeiro: ZAHAR; 1973.

Manzzini I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: Flandrin JL, Montanari M. História da alimentação. São Paulo: ESTAÇÃO LIBERDADE; 1998. p.254-265.

Marchiori E. Hospital cinco estrelas: qualidade e requinte na medida certa. Revista Nutrinews [periódico eletrônico] 2003 [citado em 28 de Agosto de 2004] Disponível em: <http://www.nutrinews.com.br> .

Matos CH. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. [dissertação] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção, UFSC; 2000.

Mello ED.; Beghetto MG.; Teixeira L.B.; Luft VC. Desnutrição Hospitalar cinco anos após o IBRANUTRI. Revista Brasileira de Nutrição Clínica 2003; 18(2): 1-10.

Mendes EV. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. Revista Espaço para a Saúde 1995; 4(4): 19-22.

Mezomo IB. Os serviços de alimentação. São Paulo: MANOLE; 2002.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: VOZES, 2002. 80 p.

Ministério da Saúde (MS). Plano Nacional de Saúde: Um Pacto Social pelo Brasil. Brasília. 2002 [citado em 17 de Setembro de 2004a] Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>.

Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Brasília 2002 [citado em 21 de Outubro de 2004b] Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>.

Ministério da Saúde (MS). Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Cadernos de Atenção Especializada. Brasília, 2004.

Mota EV; Ribeiro JLD. Avaliação dos sistemas de garantia de qualidade de três hospitais. Revista Produto & Produção 1997;1(1): 22-29.

Nicz LF; Karman JM. A gestão da informação e da qualidade. In: Castelar RM; Mordelet P; Grabois V. Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Éditions ENSP; 1995. p. 219-228.

Nogueira – Martins MCFN. Humanização na Saúde. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Brasília, 2001. [citado 21 junho 2004] Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br> >.

Nunes SRL. O papel do nutricionista na produção de refeições para coletividades. In: Anais do Simpósio Sul-Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte, 2000; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Departamento de Nutrição; 2000. p. 477-481.

OMS/ Asociación Canadiense de Salud pública/ Salud y bienestar Social Canadá. Carta de Ottawa para la promoción de la salud : 1º Conferência Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, 1986. [citado 20 de Outubro de 2004] Disponível em <<http://www.euro.who.int>>.

Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 397p.

Ornellas LH. A alimentação através dos tempos. 2.ed. Florianópolis; EDUFSC, 2000. 306 p.

Orofino CIZ. Proposta de educação em uma análise ergonômica do trabalho: estudo de caso para copeiras do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. [dissertação] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção, UFSC; 2004.

Perez JIU; Picon CMJ; Benavent EG; Alvarez, EM. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Rev Nutr Hosp 2002; XVII (3) 139-146.

Pessini L, Pereira LL.; Zaher VL; Paes da Silva MJ. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. O Mundo da Saúde São Paulo 2003; 27 (2):203-218.

Piovesan A; Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Revista de Saúde Pública 1995; 29 (4):318-25.

Polak YNS. A corporeidade como resgate do humano na enfermagem. [tese] Florianópolis (SC): Enfermagem, UFSC; 1996.

Poulain JP; Saint-Sevin B. La restauration hospitalière. Toulouse, France: CRISTAL; 1990. 110 p.

Poulain JP, Jeanneau S; Tibere L. Manger en milieu médicalisé: regards croisés, vers des applications concrètes. In: Ricour C. Mise en place d' une politique nutritionnelle Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Décembre, 2002.122 p.

Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Rev Nutr Campinas 2003; 16 (3): 245-256.

Prado SD; Abreu MSD. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? Rev Nutr Campinas 1991; 4(1/2):65-92.

Proença RPC. Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva. e criatividade. Florianópolis: INSULAR, 1997. 135 p.

Proença RPC, Sousa AA, Veiros MB, Hering B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. Florianópolis: UFSC, 2005. 221p.

Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. [citado em 21 de Junho de 2004]. Disponível em:< <http://www.portalhumaniza.org.br> >.

Puissant M-C; Six, M-F; Cabanel M, Maitre M. Diététiciennes aujourd' hui. Paris: MALOINE; 2000.

Quivy R; Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: GRADIVA; 1992. 273 p.

Ramalho RA; Saunders C. O papel da evolução nutricional no combate às ciências nutricionais. Rev Nutr Campinas 2000; 13(1):11-16.

Ramirez AM, Puga MAVD, Rodriguez FN, Uribe, JR. Urrea, IV. Hacia una estrategia de garantia de calidad: satisfacci3n en la utilizaci3n de los servicios m3dicos. Cad Sa3de P3blica Rio de Janeiro 1996; 12 (3): 399-403.

Rigaud D, Dutheil M, Bouroullec A et al. Facteurs individuels dans l'appr3ciation de la qualit3 de la restauration hospitali3re: 3valuation prospective aupr3s de 8.140 patients. Cahier de nutrition et de di3t3tique 1995 ;n3 4:21-27.

Salles RK. An3lise da atividade laboral dos t3cnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gest3o humanizado: sua influ3ncia no comportamento alimentar. [tese] Florian3polis (SC): Engenharia de Produ3o, UFSC; 2004.

Santana AMC. A abordagem ergon3mica como proposta para melhoria do trabalho e produtividade em servi3os de alimenta3o. [disserta3o] Florian3polis (SC): Engenharia de Produ3o, UFSC; 1996.

Sarmiento CTM. Perfil do nutricionista de unidades de alimenta3o e nutri3o e sua atua3o na promo3o da sa3de – Distrito Federal. [disserta3o] Bras3lia (DF): Nutri3o Humana, UNB; 2004.

Selli L. Reflex3es sobre o atendimento profissional humanizado. O Mundo da Sa3de S3o Paulo 2003; 27 (2): 248-253.

Silva MJP. O papel da comunica3o na humaniza3o da aten3o 3 sa3de. Ver Bio3tica 2002; 10 (2):73-78.

Sousa AA, Felipe MR. Rela3o entre as condi3es f3sicas e qualidade do processo produtivo: estudo multicaso em Unidades de Alimenta3o e Nutri3o no munic3pio de Florian3polis. In: Anais do Congresso Latino Americano de Ergonomia (4: 1997, Florian3polis); Congresso Brasileiro de Ergonomia (8: 1997, Florian3polis). Anais. Florian3polis: s.n., 1997.

Sousa AA. O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais: um estudo antropológico em unidades de alimentação e nutrição. [tese] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção, UFSC; 2001.

\_\_\_\_\_. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: Repensando a função da alimentação hospitalar. Revista Nutrição em Pauta 2002; X (53):17-21.

Sousa AA, Proença RPC. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para a qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. Rev Nutr Campinas 2004; 17(4):425-436.

Sousa AA. Alimentação hospitalar: conjugando a saúde, o sabor e o simbólico. In: Anais do VI Congresso Internacional de Gastronomia, Nutrição e Qualidade de Vida, 2005, São Paulo, Brasil. Anais: São Paulo: 2005. p. 19.

Sousa AA, Salles RK. Humanização na Alimentação hospitalar. In: Anais da Semana Científica de Nutrição e Semana da Nutrição, Florianópolis, Brasil. 1, 2005, Florianópolis: Departamento de Nutrição, 2005. p.1.

Teixeira SMFG; Oliveira ZMC; Rego JC.; Biscontini TMB. Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição. São Paulo: ATHENEU; 2000.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: ATLAS; 1987.

Úbeda MÁH. Evolucion de la gastronomía y seguridad alimentar em los hospitales. Aportacion de las nuevas tecnologias In: Anais do VI Congresso Internacional de Gastronomia, Nutrição e Qualidade de Vida, 2005. São Paulo, Brasil. Anais: São Paulo:2005. p. 10-12.

Uchôa E; Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saúde Públ Rio de Janeiro 1994; 10 (4): 497-504.

Veiros MB. Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso.[dissertação] Florianópolis (SC): Engenharia de Produção, UFSC; 2002.

Vilela EM; Mendes IJM. Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: HOLOS; 2000.

Vogelzang JL, Yousey LLR. Standards of professional practice: measuring the beliefs and realities of Consultant Dietitians in Health Care Facilities. Journal of the American Dietetic Association 2001; 101(4): 473-80.

Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. In: Waitzberg DL., Rodrigues JG., Correia MITD. Desnutrição Hospitalar no Brasil. 3.ed.São Paulo: ATHENEU: 2000.p. 385-397.

Waitzberg DL, Waleska T.; Caiaffa MD, Correia ITD. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. Nutrition 2001; 17(7/8): 553-580.

Witte SJ, Escott-Stump S, Fairchild MM, PAPP J. Standards of practice criteria for clinical nutrition managers. Journal of the American Dietetic Association 1997; 97: 673-678.

Zanelli JC. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. Estudos de Psicologia 2002;7: 79-88).

## **GLOSSÁRIO**

### **Definição dos Termos Utilizados na Pesquisa**

#### **Saúde**

Segundo Capra (1982, p. 316), “é a experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio-ambiente natural e social”.

#### **Humanização**

“É entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo o relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar quanto aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber” (PNHAH, 2004, p.33).

#### **Alimento**

Chaves (1978) define o alimento como o “material que o organismo recebe para satisfazer suas necessidades de manutenção, crescimento, trabalho e restauração dos tecidos”.

Entretanto o alimento é muito mais do que material para satisfazer necessidades biológicas ou nutricionais. É uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo; ele traz uma gama de significados simbólicos, que expressam e criam as relações entre os seres humanos e o ambiente natural em que vivem (HELMAN, 2003, p.49).

#### **Alimentação**

Apresenta finalidades específicas, exercendo funções importantes na vida dos indivíduos, atuando no crescimento, desenvolvimento, prevenção, manutenção e recuperação da saúde (HELMAN, 2003, p.49).

A alimentação, segundo Poulain et al. (1990) & Puissant et al. (2000), não deve oferecer somente as respostas nutricionais adaptadas ao cliente; deve assegurar, além da função nutricional e higiênica, a função hedônica e a função convivial.

### **Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar**

De acordo com Teixeira et al.,(2000, p. 15), é uma unidade de trabalho que desenvolve atividades relacionadas à alimentação e à nutrição, desempenhando um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar, e/ou recuperar a saúde da população a que se destina, seja através do atendimento externo (ambulatório), seja através da hospitalização.

### **Atenção Nutricional ou Cuidado Nutricional**

É o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades do indivíduo, através da avaliação do estado nutricional, identificação das necessidades ou problemas nutricionais, planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, e implementação das ações do nutricionista (BRYLINSKI, 2002, p. 416)

## APÊNDICES

### Apêndice A: Questionário dirigido a Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar

QUESTIONÁRIO dirigido ao Serviço de Nutrição e Dietética de Unidades Hospitalares

Sumário

1. Identificação
2. Características do hospital
3. Estrutura do Serviço/Unidade de Alimentação e Nutrição - SND/UAN
4. Regime de Trabalho e Formação do Nutricionista
5. Mapeamento das Atividades do Nutricionista de Unidades Hospitalares
  - 5.1. Clínica
  - 5.2. Produção e Gerenciamento
6. Características da Dieta Hospitalar

#### **1. Identificação**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Área de atuação do entrevistado: [  ] Clínica [  ] Produção [  ] Gerência (preferir)
- 1.1. Há quanto tempo o chefe do SND está no cargo? \_\_\_\_\_

#### **2. Características do Hospital**

2. Número de leitos: \_\_\_\_\_ Taxa de ocupação: \_\_\_\_\_
- 2.1. Natureza jurídica: \_\_\_\_\_
3. Tipo de atendimento: [  ] Convênio [  ] SUS [  ] Particular
4. Quantidade de leitos: Convênio: \_\_\_\_\_ SUS: \_\_\_\_\_ Particular: \_\_\_\_\_

#### **3. Estrutura do Serviço/Unidade de Alimentação/ Nutrição - SND/UAN**

5. Característica gerencial do SND: [  ] autogestão [  ] concessionária [  ] outra  
Qual? \_\_\_\_\_
- 5.1. Quantos funcionários trabalham no SND? \_\_\_\_\_ (incluindo nutricionistas)
6. Quais refeições são servidas (usualmente) aos pacientes (não nas dietas especiais)?  
[  ] café da manhã [  ] colação [  ] almoço [  ] lanche [  ] jantar [  ] ceia
- 6.1 Registrar horários  
[  ] café da manhã [  ] colação [  ] almoço [  ] lanche [  ] jantar [  ] ceia
7. O SND fornece refeições aos funcionários do hospital? [  ] sim [  ] não
8. Qual/ís são as refeições servidas aos funcionários?  
[  ] café da manhã [  ] colação [  ] almoço [  ] lanche [  ] jantar [  ] ceia
- 8.1. Registrar horários

[ ] café da manhã [ ] colação [ ] almoço [ ] lanche [ ] jantar [ ] ceia

9. Quantas refeições são servidas por dia? [ ] não são contabilizadas

9.1. n. de refeições (grandes refeições – almoços \_\_\_\_\_ e jantares \_\_\_\_\_) Total \_\_\_\_\_

9.2 n. de refeições (pequenas refeições – desjejum \_\_\_\_\_ lanches \_\_\_\_\_) Total \_\_\_\_\_

9.3. É possível quantificar (números absolutos ou proporção) as refeições produzidas para funcionários e pacientes? \_\_\_\_\_ funcionários \_\_\_\_\_ pacientes

OBS – Critério usado para contabilizar o número de refeições (grandes e complementares)

9.4. Há refeitório para o paciente? [ ] sim [ ] não

9.5. Há projeto para refeitório para pacientes? [ ] sim [ ] não

9.6. Há computador no serviço? [ ] sim [ ] não

Se sim, qual a finalidade? \_\_\_\_\_

10. Há ambulatório de nutrição? [ ] sim [ ] não

Se sim, são especializados? [ ] sim [ ] não

10.1 Quais são as especialidades? \_\_\_\_\_

10.2 Qual o número aproximado de atendimento mensal? \_\_\_\_\_

11. Onde o SND está situado no organograma?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **4. Regime de Trabalho e Formação do Nutricionista**

11. Quantas nutricionistas trabalham no hospital?

Clínica \_\_\_\_\_ Produção \_\_\_\_\_ Gerência \_\_\_\_\_ Gerência /C ou P \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

12. Qual o regime de trabalho de cada nutricionista?

Clínica \_\_\_\_\_ Produção \_\_\_\_\_ Gerência \_\_\_\_\_ Gerência /C ou P \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

13. Há sistema de plantão de fim de semana e feriados? [ ] sim [ ] não

Descrever o sistema de plantão \_\_\_\_\_

14. Descrição dos nutricionistas e sua formação

Nutricionista 1

a. Função: [ ] Nutric.de clínica; [ ] Nutric.de produção; [ ] Nutric. gerente

[ ] Outra função. Especificar \_\_\_\_\_

b. Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

c. Fez ou está fazendo pós graduação?

Especialização (cursos com 360h ou mais) Estou cursando [ ] Sou especialista em \_\_\_\_\_

Mestrado - Estou cursando [ ] Sou mestre em \_\_\_\_\_

Doutorado - Estou cursando [ ] Sou doutor em \_\_\_\_\_

d. Fiz cursos de atualização (180h)? [ ] sim [ ] não

Anote o ano do último curso feito; \_\_\_\_\_

e. Fiz cursos de extensão (menos que 180h) ? [ ] sim [ ] não

Anote o ano do último curso feito; \_\_\_\_\_

f. Qual foi seu último emprego antes de trabalhar aqui?

[ ] hospital [ ] indústria [ ] marketing [ ] alimentação escolar

[ ] Outros . Especificar \_\_\_\_\_ [ ] É meu 1º emprego

Nutricionista 2

a. Função: [ ] Nutric.de clínica; [ ] Nutric.de produção; [ ] Nutric. gerente

[ ] Outra função. Especificar \_\_\_\_\_

b. Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

c. Fez ou está fazendo pós graduação?

Especialização (cursos com 360h ou mais) Estou cursando [ ] Sou especialista em

\_\_\_\_\_

Mestrado - Estou cursando [ ] Sou mestre em \_\_\_\_\_

Doutorado - Estou cursando [ ] Sou doutor em \_\_\_\_\_

d. Fiz cursos de atualização (180h)? [ ] sim [ ] não

Anote o ano do último curso feito; \_\_\_\_\_

e. Fiz cursos de extensão (menos que 180h) ? [ ] sim [ ] não

Anote o ano do último curso feito; \_\_\_\_\_

f. Qual foi seu último emprego antes de trabalhar aqui?

[ ] hospital [ ] indústria [ ] marketing [ ] alimentação escolar

[ ] Outros . Especificar \_\_\_\_\_ [ ] É meu 1º emprego

Espaço reservado para informações adicionais sobre formação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.1. O hospital deu apoio para formação após a graduação? [ ] sim [ ] não

Se sim, qual tipo de apoio foi dado?

\_\_\_\_\_

## **5. Mapeamento das Atividades do Nutricionista de Unidades Hospitalares**

### **5.1. Clínica**

15. Descreva as atividades da rotina do nutricionista de clínica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

16. É realizada a avaliação nutricional (AN) nos pacientes? [    ]sim [    ] não

(passar para a questão 20 se a resposta for não)

17. Se sim, quais os indicadores são usados para AN:

[    ] exames bioquímicos Quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

17.1 Quem solicita? \_\_\_\_\_

[    ] antropometria Quais? \_\_\_\_\_

[    ] histórico/anamnese alimentar

17.2 Quais pacientes são avaliados?

---

---

---

18. Listar equipamentos para avaliação antropométrica:

---

---

---

19. Se sim, em qual momento a AN é feita?

[    ] entrada [    ] durante a internação [    ] na alta

20. É realizado algum tipo de registro da nutrição no prontuário do paciente?

[    ] sim [    ] não

Se sim, qual(is)? Com que frequência? \_\_\_\_\_

---

---

21. O SND possui algum tipo de impresso próprio que é fixado no prontuário?

[    ] sim [    ] não

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

22. Há algum local na enfermaria fixo para o nutricionista? [    ]sim [    ] não

Se sim, qual? [    ] sala [    ] balcão de prescrição [    ] sala coletiva

23. O nutricionista acompanha a distribuição das refeições na enfermaria? [    ]sim [    ] não

Com que frequência? \_\_\_\_\_

24. O nutricionista visita rotineiramente seus pacientes? [    ]sim [    ] não

Com que frequência ou em quais situações?

---

---

25. O nutricionista realiza a orientação de alta? [    ] sim [    ] não

Se sim, em quais pacientes?

---

25.1 Há algum impresso padronizado para este fim? [  ] sim [  ] não

Se sim, quais são? \_\_\_\_\_

---

26. Há alguma situação em que o nutricionista prescreve a dieta no prontuário?

[  ] sim [  ] não

Se sim, em quais situações isto acontece?

---

27. O nutricionista segue algum protocolo para suas atividades em clínica? [  ] sim [  ] não

Se sim, quais são os protocolos (para que ações se dirige)? \_\_\_\_\_

---

28. Em quais situações o nutricionista tem ou faz contato com o pessoal da enfermagem?

---



---



---

29. Em quais situações o nutricionista tem ou faz contato com os médicos?

---



---



---

30. Existe solicitação de inter consultas (solicitação de avaliação por parte de outro setor por meio de registro escrito)? [  ] sim [  ] não

30.1. A solicitação é [  ] formal e por escrito [  ] informal

30.2. Se sim, quantas interconsultas são solicitadas por semana em média? \_\_\_\_\_

30.3. Se sim, quais as situações mais freqüentes em que esta solicitação é feita?

---

31. O nutricionista participa da visita clínica com outros profissionais na enfermagem?

[  ] sim [  ] não

Se sim com que freqüência? \_\_\_\_\_

---

32. O nutricionista participa regularmente de algum tipo de atividade que envolva profissionais de fora do SND na qual ele faz exposições do tipo aulas, seminários, campanhas, entre outros?

[  ] sim [  ] não

Se sim, com que freqüência? Qual tipo de atividade?

---



---

33. Quais os principais problemas ou preocupações com o paciente que vocês têm?

( tipos de pacientes, principais dificuldades, principais queixas, etc.)

---



---

---



---



---

34. É feito algum tipo de avaliação formal sobre a satisfação do usuário por parte do SND?

[ ] sim [ ] não

34.1. Se sim, quais os principais pontos abordados? \_\_\_\_\_

34.2 Quem aplica? \_\_\_\_\_

35. O hospital possui equipe de suporte nutricional? [ ] sim [ ] não

35.1 Se sim, quem são os participantes e quais suas funções?

---



---



---

## 5.2. Produção e Gerenciamento

36. O SND tem autonomia orçamentária? [ ] sim [ ] não

37. Há controle do custo/refeição ou custo/dia pelo SND? [ ] sim [ ] não

38. Quem faz as compras? [ ] o SND [ ] Outro Serviço Qual? \_\_\_\_\_

Se necessário, explique como o SND faz as mediações para compras.

---



---



---

39. Há estatísticas realizadas pelo SND? [ ] sim [ ] não

39.1. Se sim, quais tipos de dados são levantados?

---



---



---

40. Quem faz o cardápio e com que periodicidade? \_\_\_\_\_

41. O cardápio é repetido a cada quanto tempo? \_\_\_\_\_

42. Existe receituário padrão? [ ] sim [ ] não Está sendo utilizado? [ ] sim [ ] não

42.1. Se sim, quais as preparações ele cobre? \_\_\_\_\_

---



---



---

- 
- 
43. Existe cozinha dietética na instituição? [ ]sim [ ]não
- 43.1. Existe cozinha experimental na instituição? [ ]sim [ ]não
- 43.2. Existe outros tipos de áreas ou cozinhas como metabólica, etc... ? [ ]sim [ ]não
44. Existe degustação das preparações? [ ]sim [ ]não
- 44.1. Se sim, quem faz a degustação? [ ]nutricionista [ ]cozinheiro [ ]outros \_\_\_\_\_
- 44.2. Com que frequência e quando se realiza a degustação?
- 
- 44.3. Há algum instrumento para realizar a degustação? [ ]sim [ ]não
45. O SND tem algum registro das rotinas (atribuições) e regulamento com descrição de funções dos funcionários? [ ]sim [ ]não
- 45.1. Com que periodicidade as atividades dos funcionários são revistas ? \_\_\_\_\_
46. Há algum tipo de avaliação formal de funcionários? [ ]sim [ ]não
- 46.1. Se sim, há algum instrumento específico avaliação formal de funcionários?
- 46.2. Com qual periodicidade é aplicado? \_\_\_\_\_
47. O serviço possui manual de boas praticas? [ ]sim [ ]não
- Está sendo utilizado? [ ]sim [ ] não
48. Para o seu serviço qual a finalidade do manual de boas práticas?
- 
- 
- 
- 
- 
- 
49. Há algum programa periódico de treinamento de funcionários, com apoio institucional?
- [ ]sim [ ]não
- 49.1. Se sim, qual o tipo de programa e qual a sua periodicidade?
- 
- 
- 49.2. Se sim, qual o tipo de apoio a instituição dá? \_\_\_\_\_
- 
50. O SND realiza planejamento periódico utilizando informações produzidas pelo próprio serviço e com estabelecimento de metas ? [ ]sim [ ]não
- 50.1. Se sim, há algum registro por escrito? [ ]sim [ ]não
- 50.2. Se sim, é produzido algum relatório de planejamento por solicitação da administração do hospital? [ ]sim [ ] não
51. O SND participa de alguma instância administrativa para estabelecer metas para o SND?
- [ ]sim [ ] não

51.1. Se sim, quais instâncias são utilizadas?

---

---

---

---

### **6. Características da Dieta Hospitalar**

52. Há um manual de dietas próprio desta instituição? [  ] sim [  ] não

52.1. Se sim, ele foi impresso ? [  ] sim [  ] não

53. É possível informar qual o aporte energético que ele oferece por tipo de dieta?  
[  ] sim [  ] não

53.1. Se sim, qual o aporte energético das dietas geral/normal e das demais que tiveram modificação de consistência (por exemplo, líquida, pastosa, leve, etc)?

---

---

---

---

---

---

---

---

54. Quais dietas são padronizadas (consistências e dietas especiais) por este SND? Especificar.

---

---

---

---

---

---

---

---

54.1. A padronização está impressa na forma de manual ou com formato semelhante?

[  ] sim [  ] não

55. Há algum controle estatístico das dietas prescritas? [  ] sim [  ] não

55.1. Se sim, quais dietas são prescritas com mais frequência?

---

---

---

---

---

---

---

---

56. Há solicitação de suplementos nutricionais para pacientes? [  ] sim [  ] não

57. Vocês utilizam suplemento nutricional industrializado? [  ] sim [  ] não

58. O SND produz suplementos nutricionais? [ ] sim [ ] não

58.1. Se sim, quais são eles? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

59. Há algum mecanismo para o paciente solicitar modificação de dieta? [ ] sim [ ] não

59.1. Se sim, qual o mecanismo utilizado?

---

---

---

---

---

---

60. Quais as situações mais freqüentes para individualizar a dieta? (pode enumerar se necessário)

[ ] Quando solicitado pelo paciente, para satisfazer suas vontades

[ ] Quando solicitado por outro profissional

[ ] Quando a nutricionista passa a visita

61. As refeições são servidas em quais utensílios:

SUS - [ ] marmitex [ ] bandeja térmica [ ] outros \_\_\_\_\_

Convênio - [ ] marmitex [ ] bandeja térmica [ ] outros \_\_\_\_\_

Particular - [ ] marmitex [ ] bandeja térmica [ ] outros \_\_\_\_\_

62. Como você descreveria os principais objetivos e prioridades do SND?

Objetivos

---

---

---

---

---

Prioridades

---

---

---

---

63. Quais os pontos mais cobrados do SND pela direção do hospital?

---

---

---

---

64. Quais são as principais dificuldades do serviço de nutrição com relação a:

Administração:

---

---

---

Relações interprofissionais:

---

---

---

Equipes multiprofissionais:

---

---

---

Clientela atendida:

---

---

---

65. O que você achou do questionário? (tempo e tópicos abordados)

---

---

---

**Apêndice B: Questões dirigidas para avaliar as concepções das nutricionistas sob o processo de humanização**

--

Qual a sua percepção sobre a atenção hospitalar humanizada?

---

---

---

---

---

---

O que você considera uma “condição de trabalho humanizada”?

---

---

---

---

---

---

Para você oferecer um serviço humanizado em relação à alimentação, o que seria imprescindível?

---

---

---

---

---

---

## Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

### Título do Projeto

O escopo da atenção nutricional ao paciente hospitalizado: diagnóstico e proposta de um modelo fundamentado na humanização.

Esta pesquisa tem como finalidade conhecer as ações de atenção nutricional em diferentes instituições para diagnosticar e delinear o escopo de trabalho nesta área. Faz parte de um estudo multicêntrico desenvolvido em conjunto com a Prof Rosa Wanda Diez Garcia da Faculdade de Nutrição da USP-Ribeirão Preto.

Para isto, faremos perguntas relacionadas com este assunto, conforme um formulário de aproximadamente 60 questões.

Você está sendo convidado a participar deste estudo que consiste em uma entrevista, que será realizada ou no próprio hospital ou em outro lugar que porventura o entrevistado preferir.

O hospital e os entrevistados NÃO serão identificados. Todas as informações são CONFIDENCIAIS assim como o material será utilizado apenas com fins desta pesquisa.

A decisão em participar ou não deste estudo é pessoal.

### Termo de consentimento livre e esclarecido

**Após receber as informações necessárias sobre o estudo, sob coordenação da professora Anete Araújo de Sousa, eu voluntariamente concordo em participar do mesmo estudo.**

Sou consciente que todas as informações por mim reveladas para este estudo não poderão ser utilizadas para qualquer outro fim e que posso interromper a minha participação em qualquer instante, sem que essa minha decisão venha me prejudicar, para isso, bastando comunicar minha decisão à orientadora citada acima, através dos telefones 331 9784 ou 234 5967 ou do e-mail anete@ccs.ufsc.br.

Declaro que meu consentimento é livre e esclarecido, não tendo sofrido qualquer tipo de persuasão para minha participação.

Nome/Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

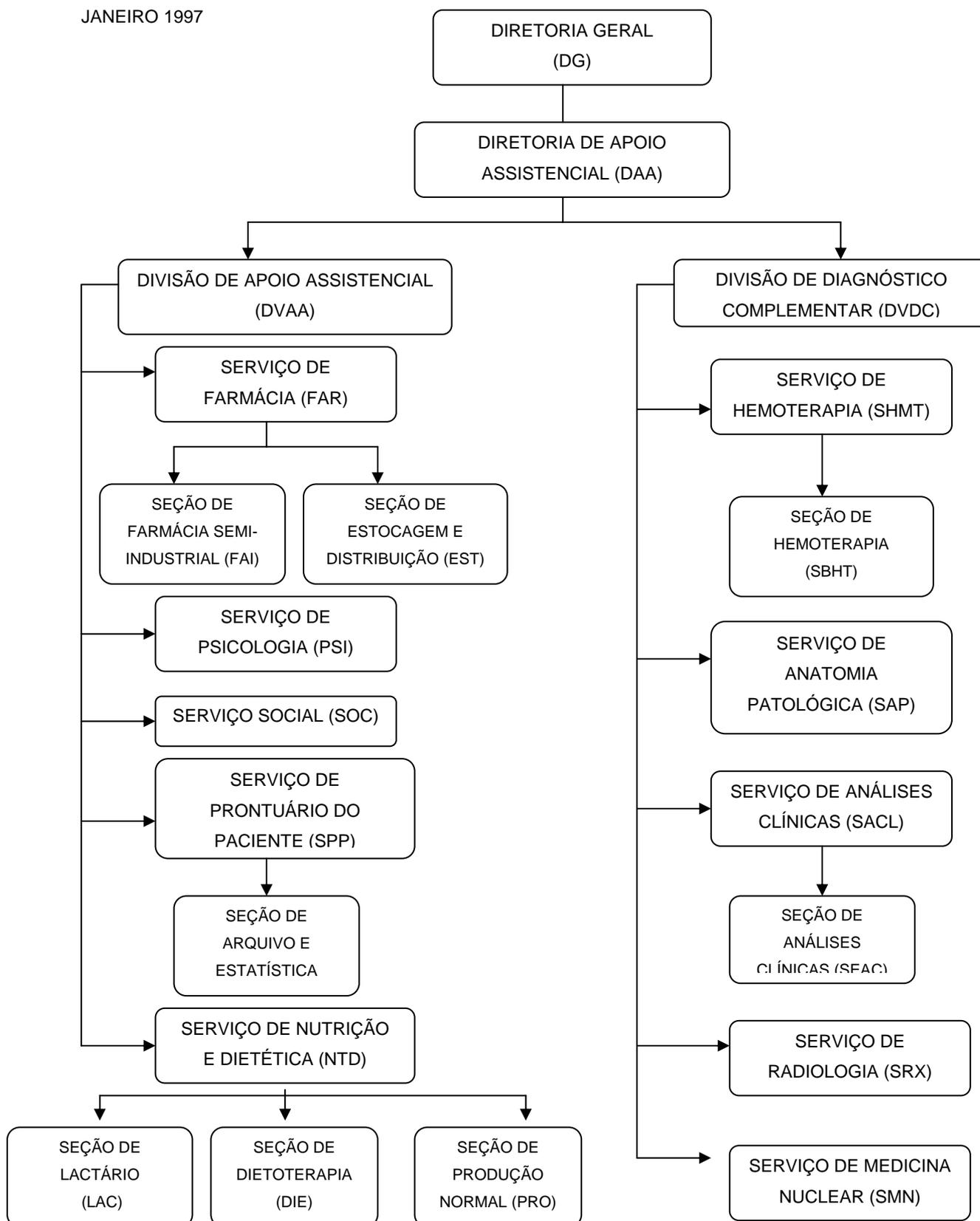
Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### Anexo A: Organograma da Diretoria de Apoio Assistencial do Hospital Universitário

ORGANOGRAMA DA DAA/HU

JANEIRO 1997



**Anexo B: Histórico de Nutrição – HU/UFSC, 2005****I. DADOS GERAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão do cônjuge: \_\_\_\_\_  
 Nº filhos: \_\_\_\_\_ Nº de pessoas que residem na casa: \_\_\_\_\_ Casa Própria: S ( ) N ( ) Água encanada S ( ) N ( )  
 Fuma: S ( ) N ( ) QTD: \_\_\_\_\_ Bebe: S ( ) N ( ) Freq: \_\_\_\_\_ Atividade física S ( ) N ( ) Qual: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_  
 Internações anteriores: \_\_\_\_\_ Motivo(s): \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares de doenças: \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos: S ( ) N ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Hábitos Intestinais: \_\_\_\_\_ Hábitos urinários: \_\_\_\_\_  
 História Progressiva: \_\_\_\_\_

**II. HISTÓRIA ALIMENTAR**

Alteração de apetite recente: S ( ) N ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Por quê: \_\_\_\_\_

Intolerâncias: \_\_\_\_\_ Preferências: \_\_\_\_\_

Consumo de: Líquidos S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_ Açúcar: S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_ Banha: S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_  
 Sal: S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_ Adoçante: S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_ Óleo: S ( ) N ( ) Qto: \_\_\_\_\_

Quem prepara suas refeições: \_\_\_\_\_

Onde costuma fazer as refeições: \_\_\_\_\_

**Dia alimentar: Vide Verso**

**III. ANÁLISE DIETÉTICA:****IV. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Sinais clínicos: \_\_\_\_\_

Dados bioquímicos: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ Peso usual: \_\_\_\_\_ Peso teórico: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Altura estimada: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Edema: \_\_\_\_\_

Peso estimado: \_\_\_\_\_ Alteração de peso recente: S ( ) N ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Qto: \_\_\_\_\_ Qto tempo: \_\_\_\_\_ % Perda peso: \_\_\_\_\_

CB: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ CMB: \_\_\_\_\_ Cir. abdominal: \_\_\_\_\_ Cir. Quadril: \_\_\_\_\_ RCQ: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:****V. NECESSIDADES NUTRICIONAIS:**

GEB: \_\_\_\_\_ GET: \_\_\_\_\_ Necessidade de PTN: \_\_\_\_\_

**VI. CONDUTA DIETOTERÁPICA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nutricionista

\_\_\_\_\_  
Estagiária

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA



## Anexo C: Ficha de identificação da adequação da dieta do paciente – HU/UFSC, 2005

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética BANDEJA

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data: S/FRUTA, C/ GELATINA, C/FRANGO

Dieta: BRANDA  
4 G DE SAL, HIPOLIPÍDICA

Almoço  
+ FRANGO, ARROZ PASTOSO,  
S/CARNE VERMELHA, S/PURÊ

Janta  
+ FRANGO, ARROZ PASTOSO,  
S/CARNE VERMELHA, S/PURÊ

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data: + MÓDULO DE FIBRAS

Dieta: NORMAL  
HIPERCELULÓSICA

Almoço  
+ + SALADA, S/SOPA, C/CALDO DE  
FEIJÃO, SEM PEIXE

Janta  
++ SALADA, S/SOPA, SEM PEIXE

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética BANDEJA

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data: S/FRUTA, C/ GELATINA, C/FRANGO

Dieta: DM  
4 G DE SAL, 1200kcal

Almoço  
S/ABOBRINHA, S/COUVE, S/CHUCHU E  
PEPINO, LEVAR LIMÃO CORTADO

Janta  
S/ABOBRINHA, S/ COUVE, S/ CHUCHU E  
PEPINO, LEVAR LIMÃO CORTADO

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data: ALTA ORIENTADA

Dieta:  
HIPOLIPÍDICA, 3G SAL

Almoço  
SEM CARNE VERMELHA

Janta  
SEM CARNE VERMELHA

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética BANDEJA

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data:

Dieta:  
4G SAL, HIPERCELULÓSICA

Almoço  
++ FRUTAS, SEM BERINJELA

Janta  
++ FRUTAS, SEM BERINJELA

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital universitário – HU  
Serviço de Nutrição e Dietética

Clínica: CM II Quarto: Leito:  
Nome:  
Data: ALTA ORIENTADA

Dieta: NORMAL  
RICA EM FERRO E VITAMINA C

Almoço  
SEM CARNE ENSOPADA, + 1 G DE SAL  
S/ ABACAXI

Janta  
SEM CARNE ENSOPADA, + 1 G DE SAL  
S/ ABACAXI

