

CASSIANI GOTÂMA TASCA PEDROSO

**CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL AO PACIENTE
HOSPITALIZADO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM
MODELO FUNDAMENTADO NA HUMANIZAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2007

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

**CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL AO PACIENTE
HOSPITALIZADO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM
MODELO 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.**

CASSIANI GOTÂMA TASCA PEDROSO

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

Fevereiro, 2007

*Dedico este trabalho ao meu pai
Ariovaldo e ao meu marido Júlio, pelo
amor e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade maior, que me guiou nesta caminhada;

À minha orientadora Anete Araújo de Sousa, por me mostrar os caminhos e compartilhar seus conhecimentos no desenvolvimento da pesquisa;

À professora Raquel Küerten de Salles, por toda a contribuição para o crescimento do trabalho;

Às nutricionistas do HU, pela participação essencial para o desenvolvimento deste trabalho;

À Sônia, secretária do SND/HU, pelo atenção e auxílio;

Ao meu marido Júlio, que esteve ao meu lado durante todo o processo, me confortando com seu amor;

Ao meu pai Ariovaldo que me proporcionou mais esta oportunidade de aperfeiçoamento profissional;

À minha mãe Denise, pois sei que torce sempre por mim;

Ao meu irmão Diego, que mesmo à distância não deixou de me incentivar e acompanhar todos os meus passos;

À minha tia Silvana pelo incentivo e auxílio com as questões metodológicas;

À colega e amiga Alessandra Rossi, pelos trabalhos que fizemos juntas, alegrias e incertezas compartilhadas, e principalmente pela amizade que nasceu durante o Mestrado;

Aos colegas do Mestrado, por todos os momentos que passamos juntos;

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Nutrição pelos ensinamentos que muito contribuíram para minha formação;

Aos professores componentes da Banca Examinadora pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho;

À professora Lúcia Zeni por compartilhar suas experiências com a técnica do grupo focal;

À minha querida e amada avó, Dinorá (*in memoriam*), pela torcida para que eu fosse aprovada no processo seletivo deste curso, sei que está sempre comigo!!!

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho!

Muito obrigada!

*“A mente que se abre a uma nova idéia
jamais voltará ao seu tamanho original”.*

(Albert Einstein)

RESUMO

A pesquisa envolveu a discussão da alimentação e humanização no atendimento hospitalar, considerando as concepções, expectativas e percepções de um grupo de nutricionistas em um hospital público do município de Florianópolis, referência para a Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina. O objetivo foi identificar elementos para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para o hospital analisado. O referencial teórico possibilitou a elaboração de um modelo de análise composto por duas categorias: *Ser nutricionista para um atendimento humanizado*, abordando aspectos conceituais, práticas e éticas da assistência prestada aos pacientes, e *Pensar em atitudes de humanização*, baseada nos preceitos da PNH, bem como nas estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e produção de refeições com base em estudos recentes sobre o tema da alimentação hospitalar. O estudo, desenvolvido nos moldes da pesquisa qualitativa, utilizou como abordagem a técnica dos grupos focais com auxílio de três perguntas norteadoras e um guia de entrevistas. Os resultados evidenciaram os seguintes aspectos da prática dos nutricionistas: prioridade no atendimento individualizado ao paciente, respeitando suas preferências e promovendo orientações de hábitos alimentares saudáveis; pressão temporal (tempo escasso), número elevado de leitos por nutricionista, excesso de atividades burocráticas, falta de funcionários qualificados, dificuldade de relacionamento com outros profissionais de saúde, falta de autonomia e pouca interação entre as nutricionistas da área clínica e as da produção de refeições. Com relação às iniciativas de humanização algumas atitudes foram apontadas para qualificar o cuidado ao paciente: trabalho de harmonização em grupo; os significados da alimentação no cuidado ao paciente terminal; educação continuada aos funcionários com participação das nutricionistas da produção de refeições; rodízios entre nutricionistas da clínica e da produção de refeições; aproximação dos funcionários da produção de refeições com pacientes, para sensibilização; modificações frequentes nos cardápios; conforto ao paciente ao se alimentar; conforto ao acompanhante, implementação de refeitórios ou mesas para duas pessoas nos quartos, valorizando a função convivial da alimentação; modificação dos horários das refeições e melhora dos aspectos sensoriais dos alimentos (temperatura, sabor, textura, apresentação). Como conclusão a pesquisa apontou alguns elementos considerados relevantes para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado, incluindo a sistematização das ações para qualificar este tipo de cuidado, destacando a importância de ações interdisciplinares e de conhecimentos técnico-científicos conjugados com ações de valorização do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: alimentação hospitalar; cuidado alimentar e nutricional; humanização; nutricionistas; grupo focal; Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares.

ABSTRACT

The research involved the quarrel of the food and humanization in the hospital attendance, considering the conceptions, expectations and perceptions of a dietitians group in a public hospital of the city of Florianópolis, reference for the National Politics of Humanization (PNH) in the State of Santa Catarina. The objective was to identify elements for the construction of a humanized alimentary and nutritional care model for the analyzed hospital. The theoretical background made possible the elaboration of a composed model of analysis for two categories: *To be dietitian for a humanized attendance*, approaching conceptual, practical and ethical aspects of the assistance given to the patients, and to *Think about humanization attitudes*, based on the rules of the PNH, as well as in the strategies of interaction between the attendance physician-nutritional and production of meals on the basis of recent studies on the subject of the hospital food. The study, developed in the molds of the qualitative research, the technique of the focal groups with aid of three questions used as boarding and a guide of interviews. The results have evidenced the following aspects of the practical of the dietitians: priority in the individualized attendance to the patient, respecting his preferences and promoting orientation of healthful alimentary habits; secular pressure (scarce time), high number of stream beds for dietitians, excess of bureaucratic activities, lack of qualified employees, difficulty of relationship with other professionals of health, lack of autonomy and little interaction enter the dietitians of the clinical area and of the production of meals. With relation to the humanization initiatives some attitudes had been pointed to characterize the care to the patient: work of harmonization in a group; the meanings of the feeding in the care to the terminal patient; continued education to the employees with participation of the dietitians of the production of meals; casters between dietitians of the clinic and the production of meals; approach of the employees of the production of meals with patients, for sensitization; frequent modifications in the menus; comfort to the patient to if feeding; comfort to the companion, implementation of refectories or tables for two people in the rooms, valuing the convivial function of the feeding; modification of the schedules of the meals and improvement of the sensorial aspects of foods (temperature, flavor, texture, presentation). As conclusion the research pointed some considered elements excellent with respect to the construction of a model of humanized alimentary and nutritional care, including the systematization of the actions to characterize this type of care, being detached the importance of inter-subject action and conjugated technician-scientific knowledge with action of valuation of the human.

KEYWORDS: hospital food; alimentary and nutritional care; humanization; dietitians; focal group; Hospital Units of Food and Nutrition.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Atividades técnicas apontadas pelos nutricionistas entrevistados como componentes do seu trabalho.....	25
Quadro 2. Atividades administrativas apontadas pelos nutricionistas entrevistados como componentes do seu trabalho.....	26
Quadro 3: Descrição das atividades de cuidados diretos em nutrição clínica.....	28
Quadro 4 : Descrição das atividades de cuidados nutricionais em nutrição clínica.....	28
Quadro 5: Diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional ao paciente.....	30
Quadro 6: Recomendações para a prática clínica do dietista segundo a ADFL (2006).....	37
Quadro 7: Atividades do dietista na produção de refeições hospitalares.....	41
Quadro 8: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e da gestão da produção das refeições do serviço de dietética e alimentação do <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, 2000.....	43
Quadro 9: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e a gestão da produção das refeições da divisão de nutrição e dietética do ICHC, São Paulo, 2001.....	43
Quadro 10: Categorias e subcategorias de análise referentes a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para a instituição hospitalar estudada.....	51
Quadro 11: Categoria 1: ser nutricionista para um atendimento humanizado.....	56
Quadro 12: Categoria 2: Pensar em atitudes de humanização.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AC:** Análise do Conteúdo
- ADLF:** Associação de Dietistas de Língua Francesa
- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ANAES:** Agência Nacional de Acreditação e de Avaliação
- AP-HP:** Assistência Pública dos Hospitais de Paris
- ASG:** Avaliação Subjetiva Global
- CCQs:** Círculos de Controle de Qualidade
- CEPSH:** Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos
- CFN:** Conselho Federal de Nutricionistas
- CIPA:** Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- EUA:** Estados Unidos da América
- HU:** Hospital Universitário
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBRANUTRI:** Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar
- JNE:** Journal of Nutrition Education
- MS:** Ministério da Saúde
- NUPPRE:** Núcleo de Pesquisa em Produção de Refeições
- OPAS:** Organização Pan-Americana de Saúde
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PNH:** Política Nacional de Humanização
- PNHAH:** Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
- SC:** Santa Catarina
- SND:** Serviço de Nutrição e Dietética
- SOAP:** Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Prescrição
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UAN:** Unidades de Alimentação e Nutrição
- UFSC:** Universidade Federal de Santa Catarina
- UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
1.1 Objetivos.....	10
1.1.1 Objetivo geral.....	10
1.1.2 Objetivos específicos.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	11
2.1.1 Falando sobre humanização.....	11
2.1.2 Saúde: por um conceito fundamentado na dimensão humana.....	12
2.1.3 Política Nacional de Humanização: da origem à implementação.....	13
2.2 O CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	17
2.2.1 O cuidado nutricional: da avaliação do estado nutricional à avaliação do cuidado..	17
2.2.2 Nutricionistas na prática hospitalar.....	20
2.2.3 O cuidado alimentar e nutricional humanizado.....	31
2.3 AS DIFERENTES ABORDAGENS DOS ESTUDOS COM GRUPOS.....	44
2.3.1 Grupo focal: a valorização de concepções individuais e coletivas.....	45
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	50
3.2 O MODELO DE ANÁLISE.....	50
3.2.1 Definição das categorias e subcategorias.....	50
3.2.1.1 Categoria 1: Ser nutricionista para um atendimento humanizado.....	51
3.2.1.2 Categoria 2 : Pensar em atitudes de humanização.....	52
3.3 SELEÇÃO DO LOCAL E DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	52
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	53

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4 DESCRIÇÃO DO ESTUDO.....	56
4.1 SER NUTRICIONISTA PARA UM ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	56
4.1.1 Avaliação do paciente.....	56
4.1.2 Planejamento do cuidado alimentar e nutricional.....	64
4.1.3 Implementação do cuidado alimentar e nutricional.....	68
4.1.4 Avaliação do cuidado alimentar e nutricional.....	71
4.2 PENSAR EM ATITUDES DE HUMANIZAÇÃO.....	73
4.2.1 Concepções da humanização no cuidado nutricional.....	74
4.2.2 Necessidades do paciente para receber um atendimento humanizado.....	76
4.2.3 Necessidades das nutricionistas para realizar um atendimento humanizado.....	77
4.2.4 Iniciativas de humanização.....	83
5 CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL HUMANIZADO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
GLOSSÁRIO.....	115
APÊNDICES.....	117
ANEXOS.....	123

1 INTRODUÇÃO

O cuidado humano agrega valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, que, entre outros aspectos, podem ser enfocados por diversos ângulos e visualizados por diferentes olhares. Este cuidado é um atributo para todos os seres humanos, porém, na área da saúde ele difere na forma de expressão. Trata-se de um encontro estabelecido entre a pessoa que cuida e quem é cuidado, reconhecendo a presença do outro através de troca, de doação, de suporte e de preocupação. Manifesta-se através de ações profissionais de natureza disciplinar e interdisciplinar no processo de interação terapêutica entre os seres humanos, fundamentadas no conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político, com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana. Portanto, é um fazer voltado para a valorização do ser humano (ZAGONEL, 1997; BORESTEIN et al., 2003).

Em tempos de caos, impessoalidade e imprevisibilidade denota-se a necessidade do ser humano voltar-se a si mesmo, para manter-se equilibrado diante de situações inusitadas, a fim de clarear seu propósito central de vida. A realidade está continuamente renovando-se, e para acompanhar tal dinâmica, é necessário compreender a cultura da gerência do cuidado no contexto hospitalar, sendo essencial ao profissional da saúde estar atento a esse arcabouço simbólico, para melhor compreender as vivências e, a partir disso, ser e agir com atitudes conscientes e éticas (PROCHNOW et al., 2005).

Dentre os cuidados de saúde realizados no ambiente hospitalar encontra-se o cuidado nutricional, considerado um dos aspectos mais relevantes para a melhoria da qualidade do tratamento destinado aos pacientes.

Para Mahan & Arlin (1991, p. 383) cuidado ou assistência nutricional é o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que inclui “[...] a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais [...] e a avaliação do cuidado nutricional”.

Boog (1999), destaca que o cuidado nutricional envolve o conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover ao paciente uma alimentação com finalidade terapêutica, através do fornecimento adequado de nutrientes, prevenir a desnutrição e contribuir para o controle do processo patológico e recuperação da saúde, e ainda, proporcionar satisfação sensorial e psicológica.

No entanto, a alimentação hospitalar está longe de incorporar “outros comeres” que não só o comer “nutriente”. Os indivíduos comem comida, sentem o cheiro das preparações que lembram de pessoas queridas ou fases da vida. Assim, o alimento é difícil de ser identificado pelo paciente, quando é reduzido a uma regra, norma ou rotina do nutriente (GARCIA, 1992; SOUSA, 2005).

Para Corbeau (1998), os setores ligados à alimentação hospitalar devem aprender a conhecer melhor e respeitar a pluralidade da população hospitalar. A alimentação não é redutível aos nutrientes, mas, é fonte de prazer do início ao fim da vida e faz parte integrante da manutenção ou da reconstrução da identidade do indivíduo hospitalizado. E ainda, a alimentação, como um fato social, é um meio de comunicação entre as pessoas que cercam os pacientes e com a instituição.

O mesmo autor ao discutir sobre as dimensões ocultas da comensalidade no meio hospitalar, considera que o comer é um fenômeno social que engloba desde a decisão de cultivar ou criar certos produtos, até o consumo propriamente dito. No entanto, a seqüência do comer não se restringe ao ato que vai da colheita ao garfo. Após a ingestão dos alimentos, emergem impressões, lembranças, discursos e comportamentos alimentares. No meio hospitalar, compreende-se que essa seqüência do comer não é transparente, as dimensões simbólicas são difíceis de representar e que certa ansiedade possa ser induzida aos pacientes pelo desconhecimento de identificar os alimentos.

Esta reflexão é particularmente importante considerando-se o contexto de humanização dos hospitais públicos brasileiros, aliado aos indicadores de morbidade e demográficos da população, que serão discutidos a seguir, pois têm exigido do setor de saúde abordagens diferenciadas para um atendimento qualificado.

Nos últimos vinte anos, diversos países da América Latina, incluindo o Brasil, estão experimentando uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Entende-se por transição nutricional, o “fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo”, ou seja, uma passagem da desnutrição para a obesidade. O aumento na prevalência de obesidade e a mudança das práticas alimentares nos diversos subgrupos populacionais estão fortemente associados à alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis, influenciando desta maneira, no perfil de morbidade e mortalidade das populações (KAC & VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003, p. 54).

Além disso, de acordo com Chaimowicz (1997), desde a década de 60, vem ocorrendo o fenômeno de transição demográfica, através do aumento de expectativa de vida da população.

O Brasil, especificamente, é um país que caminha para o envelhecimento populacional. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que no ano de 2020 o Brasil possuirá 30 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos de vida. Estima-se que em 2025 o Brasil seja o sexto país com a maior população idosa mundial (IBGE, 2000).

Na Espanha, Ramos et al. (2005) verificaram que o crescimento da população idosa (maiores de 65 anos) está relacionado ao aumento da expectativa de vida, diminuição da mortalidade e fecundidade e ao aumento de doenças crônicas, o que ocorre juntamente com as mudanças fisiológicas que caracterizam o processo de envelhecimento, podendo resultar em complicações nutricionais.

Entretanto, Garrido e Menezes (2002), destacam que o rápido processo de envelhecimento ainda não tem sido suficientemente estudado para fornecer os elementos necessários ao desenvolvimento de políticas adequadas para essa parcela da população.

Dessa forma, Jesus e Lana (2003), observam que é indispensável a elaboração de ações em saúde que contribuam para a manutenção da qualidade de vida, uma vez que na velhice, há maior suscetibilidade para ocorrer desequilíbrios em saúde. Isto significa que as pessoas vivendo mais tempo tendem a necessitar com maior frequência dos serviços formais de saúde, incluindo a internação hospitalar.

A alimentação como um destes cuidados, exerce papel fundamental na promoção da saúde dos indivíduos. Monteiro et al. (2000, p. 252), evidenciam que “as características qualitativas da dieta são importantes na definição do estado de saúde”, em particular no que se refere às doenças crônicas da idade adulta. Referem ainda que a maior parte dos estudos sobre a relação entre características da dieta e obesidade evidencia uma “associação positiva entre proporção da energia procedente de gorduras e risco de obesidade”.

Além disso, deve-se considerar o papel preponderante da alimentação na vida dos indivíduos e a finalidade específica dos alimentos para cada fase, como crescimento e desenvolvimento, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Por isso, as orientações sobre alimentação devem ser o enfoque do trabalho do nutricionista em qualquer área de atuação (PHILLIPPI, 2000, p. 44).

Diante deste contexto e considerando a influência da alimentação na saúde dos indivíduos, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de ações e produção de informações em alimentação e nutrição que possam contribuir com a promoção da saúde e a redução do aparecimento de doenças. Do contrário, o setor hospitalar poderá não ter estrutura suficiente para um atendimento qualificado.

Mas, se por um lado, o fenômeno da transição nutricional é um quadro preocupante, por outro lado a desnutrição intra-hospitalar também é um fenômeno que vem ocorrendo de forma globalizada.

Estudos realizados na década de 70 constataram que o estado nutricional dos indivíduos passou a representar uma preocupação médica devido à incidência dos casos de desnutrição intra-hospitalar e sua forte relação com a morbidade e mortalidade (BOLLET & OWENS, 1973; BRISTIAN et al, 1974; BLACKBURN, 1977).

Gallagher-Allred (1996) em oito estudos realizados nos Estados Unidos, com 1347 pacientes hospitalizados, concluíram que 40 a 55% encontravam-se desnutridos ou em risco para desnutrição, e 12% estavam severamente desnutridos.

De acordo com um estudo multicêntrico – o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) – desenvolvido em 12 estados do Brasil com quatro mil pacientes, observou-se prevalência média de desnutrição hospitalar de 48,1% nos hospitais públicos, sendo 12,6% desnutridos graves e 35,5% moderados, diagnosticados através da Avaliação Subjetiva Global (ASG). A progressão da desnutrição durante a internação chegou a atingir 61% quando a internação prolongou-se por mais de 15 dias, sendo que a desnutrição primária – pacientes que já estavam desnutridos antes da internação – acometeu 31,8% dos pacientes. Em apenas 14% dos prontuários foi encontrado registro do peso dos pacientes. Neste estudo, destacou-se a falta de diagnóstico do estado nutricional e de suporte nutricional por via enteral e parenteral, como intervenção nutricional específica (WAITZBERG et al., 2001).

Outros estudos encontraram resultados semelhantes, e ressaltam que a incidência da desnutrição hospitalar pode ser atribuída à falta de ações da equipe de saúde, que não estão suficientemente direcionadas para modificar este quadro. Apontam ainda a falta de conhecimento de médicos e enfermeiras, falta de interesse pelos dados nutricionais e inexistência de especialistas em nutrição (PEREZ et al., 2002; MELLO et al., 2003; WYSZYNSKI et al., 2003).

Entre os fatores causais relacionados à desnutrição hospitalar, a alimentação 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, IBRANUTRI, 1997, p.31).

O estudo de Sousa (2001) apontou que na política hospitalar francesa, o paciente tem sido o centro das preocupações para os setores ligados à alimentação e nutrição. A implantação de métodos de qualidade, incluindo aspectos nutricionais, higiênicos, sensoriais e simbólicos; a personalização das refeições do paciente, através de sistemas informatizados; a utilização de métodos para identificação prévia de pacientes com risco para desnutrição e criação de equipes pluridisciplinares para coordenar os problemas de alimentação hospitalar, são exemplos de ações visando o restabelecimento da convivialidade e da revalorização da alimentação.

Um outro aspecto que merece destaque é o cotidiano assistencial. A este respeito Medina & Backes (2002), apontam que a equipe de saúde depara-se com diversas pessoas que possuem individualidade própria, problemas e características únicas. Mas, muitas vezes o profissional as atende com eficiência técnica, de forma autômata esquecendo-se de que este “ser” apresenta sentimentos e é sujeito de sua própria história.

Aliado a isto, com o acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente (emoções, crenças e valores) ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou (BAKTHIN, 1999; NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

A Política Nacional de Humanização (PNH) em seu projeto destaca que, contextualmente, não há ações específicas para o setor hospitalar, havendo necessidade de se construir e implementar uma política que induza a uma reestruturação das instituições hospitalares para responder às necessidades da saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional (BRASIL, 2005).

Recentemente, o Conselho Europeu estabeleceu uma resolução que consistiu de recomendações a serem aplicadas nos hospitais de seus países membros. Tais recomendações estão baseadas nos seguintes aspectos: o acesso à saúde e a uma alimentação variada são direitos humanos fundamentais; cerca de 30 a 60% de pacientes hospitalizados na Europa são desnutridos; a desnutrição intra-hospitalar aumenta com o prolongamento da internação e, conseqüentemente, aumentam os custos médicos e a constatação dos efeitos benéficos da alimentação hospitalar e do cuidado nutricional sobre a morbidade, recuperação e qualidade de vida. A resolução indica opções para otimizar as ações em três níveis: cuidado ao paciente,

suporte de serviços e administração. Além disso, destaca que todos os cuidadores devem se envolver com a implementação das recomendações para adaptá-las aos limites e necessidades locais (GOTTRAUX et al, 2004).

Reforçando este último aspecto, Sousa (2001) argumenta que, para a efetivação dos cuidados alimentares e nutricionais, é necessário um conjunto de ações articuladas entre o setor de produção de refeições e o setor de atendimento clínico-nutricional. Estas ações consistem de estratégias coletivas que visam não só um atendimento qualificado em saúde e nutrição, como também a realização dos profissionais envolvidos.

Diante das mudanças apresentadas no ambiente hospitalar, decorrentes dos perfis demográficos e de morbidade e mortalidade da população, o cuidado alimentar e nutricional não pode ser exceção dentro do processo de humanização, visto que são poucos os indicadores e ações humanizadoras concebidos para os setores envolvidos com estes cuidados.

Além destes aspectos, o desenvolvimento de ações dentro dos setores responsáveis pela alimentação e nutrição nos hospitais, envolve o cotidiano do trabalho de profissionais de diferentes categorias. Dentre estes profissionais situam-se os nutricionistas, cujos procedimentos técnicos são desenvolvidos em estreita interação com a equipe de saúde.

A atuação do nutricionista nos hospitais compreende atribuições situadas em duas grandes áreas de atuação: 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 situação do trabalho do nutricionista tem sido objeto de alguns estudos. Os resultados têm revelado acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento da prestação de serviços (material, pessoal, custos, política de produção) e, conseqüentemente, não aprofundamento das necessidades terapêuticas e alimentares dos indivíduos enfermos. Problemas de operacionalização (porcionamento inadequado, falta de comunicação entre as unidades de internação clínica e a produção de refeições) dificultam a interação entre a prescrição e a execução da dieta, bem como a análise da efetividade do tratamento nutricional oferecido. Além disso, a falta de definição clara de responsabilidades, formação insuficiente dos profissionais, pouca influência com os pacientes, falta de cooperação entre a equipe e falta de envolvimento da gerência dos hospitais, são alguns dos problemas enfrentados pela categoria. Estas dificuldades devem-se possivelmente ao modelo de gestão empregada, às atribuições complexas e à multiplicidade de ações a serem desenvolvidas (BOOG et al, 1989;

CARMO et al. 1994; ANSALONI, 1999; SOUSA, 2001; BECK et al, 2001; SOUSA, 2002; SOUSA & PROENÇA, 2004).

Estes dados são relevantes para uma reflexão sobre as competências e habilidades que estes profissionais necessitam para a implementação de ações em alimentação e nutrição qualificadas e constantemente avaliadas dentro do contexto de humanização. A possibilidade de desenvolvimento destas ações depende de condições dignas de trabalho e da interação de profissionais envolvidos com os cuidados ao paciente e pode ser uma rica construção em grupo.

Conforme observado por Minayo (1996), a construção de concepções em grupo tem inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo social.

A característica de um grupo pode ser descrita como um conjunto de pessoas que interagem, em função de objetivos, cooperativamente aceitos, onde a participação de cada um se traduz no pensar com o outro, no ouvir o outro, no aceitar as possibilidades, reconhecer as limitações existentes em si e nos outros, no respeito, no agir e no crescer com o outro. Os grupos constituem um instrumento capaz de contribuir para a construção de novas práticas interdisciplinares na assistência integral à saúde das populações (VIZZOLTO et al., 1995; SANTOS, 2001).

Assim, diante destas considerações, para a gestão dos cuidados alimentares e nutricionais, torna-se necessário o planejamento de estratégias, desenvolvidas com o intuito de identificar o papel do nutricionista no setor hospitalar como promotor da saúde e agente de prevenção de enfermidades.

Tais estratégias ou iniciativas de humanização concebidas com um grupo de nutricionistas podem vir a contribuir com a qualidade do cuidado alimentar e nutricional aos indivíduos hospitalizados. Poderão ainda oferecer aos profissionais subsídios que fundamentem suas ações para o atendimento das necessidades de cuidado aos pacientes. Além disso, a reprodução de estudos sobre este tema em diferentes contextos e com outros profissionais pode contribuir com o aprofundamento da compreensão conceitual acerca do cuidado em alimentação e nutrição.

A Política Nacional de Humanização é uma política generalista. Portanto, envolve todos os níveis de saúde e não apresenta especificidades de ações relacionadas ao cuidado alimentar e nutricional. Dessa forma, o projeto proposto envolve a discussão da alimentação e humanização no atendimento hospitalar, considerando as concepções, expectativas e percepções de um grupo de nutricionistas sobre o desenvolvimento de ações humanizadoras em alimentação e nutrição, em um hospital de referência para a PNH.

A questão de pesquisa que norteou o desenvolvimento do estudo pode ser assim delineada:

Quais as ações que podem contribuir para concepção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional com a equipe de nutricionistas de um hospital de referência para a PNH?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar ações que contribuam para conceber um modelo de cuidado alimentar e nutricional fundamentado na humanização com a equipe de nutricionistas de um hospital de referência para a PNH.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as concepções sobre cuidado alimentar e nutricional humanizado com a equipe de nutricionistas do hospital estudado.
- Identificar as iniciativas de humanização relacionadas ao cuidado alimentar e nutricional no hospital analisado.
- Caracterizar as ações referentes ao cuidado alimentar e nutricional realizado pela equipe de nutricionistas do hospital analisado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

2.1.1 Falando sobre humanização

Humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser em sua integralidade. Além de envolver o cuidado ao paciente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente (VILA & ROSSI, 2001).

Zusman (1998) destaca que a humanização admite o reconhecimento da realidade interna, implica a aquisição de valores que levam ao refinamento da consciência moral, da sensibilidade ao sofrimento alheio, da compaixão, da capacidade empática, da tolerância ao sentimento de culpa e a consciência da fragilidade humana.

Na análise de Martins (2003) a humanização em saúde é um processo de mudanças de envolvimento interdisciplinar, considerado um processo amplo, longo e complexo ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. De uma maneira geral, os padrões conhecidos parecem mais seguros, uma vez que os novos não estão determinados, não apresentam características generalizáveis e cada profissional, equipe ou instituição terá seu processo singular de humanização.

Cabe ressaltar que a humanização não ocorre de modo mágico, mas sim, é uma filosofia que deve ser trabalhada e desenvolvida de acordo com os interesses de uma pessoa ou grupo; trata-se, sobretudo de um processo vivencial (MEDINA & BACKES, 2002).

Neste contexto, é essencial observar as considerações dos profissionais do setor hospitalar que, além do respaldo teórico sobre o assunto, vivenciam a realidade dos hospitais, apresentando uma visão voltada à prática e à operacionalização frente à humanização.

Tarabousli *apud* Medeiros (2004, p. 44) apresenta alguns depoimentos de profissionais do Hospital Sarah Kubitschek, em Brasília:

“Essas coisas não vão curar a doença, mas tornam o sofrimento mais tolerável”.

“A nossa experiência mostra que a socialização dos pacientes diminui muito os problemas de reabilitação, principalmente os quadros depressivos”.

Conforme os princípios da PNH para que a humanização hospitalar seja efetivada, é necessário que os atores envolvidos incorporem medidas de assistência éticas, seguras,

embasadas em cuidados técnico-científicos (BRASIL, 2005). Mas, ao mesmo tempo, a concepção de saúde, frequentemente focada na doença, pode envolver outros elementos que possibilitem fortalecer e fundamentar a dimensão humana.

2.1.2 Saúde: por um conceito fundamentado na dimensão humana

A maior parte das estatísticas sobre saúde, fundamenta-se no conceito biomédico que define saúde como “ausência de doença”. Tal conceito constitui a moderna medicina científica, que considera o corpo humano uma máquina, enquanto a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos (CAPRA, 1982; HELMAN, 2003).

Para Gelbcke (1991), o processo saúde e doença pode ser definido como um conjunto de categorias contraditórias na unidade dialética, que estão em constante movimento e transformação, constituído de um todo biológico, psíquico e social determinado pelas condições de vida e de trabalho, conferindo-lhe um caráter social e historicamente determinado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (1986), as condições e os recursos que fundamentam a saúde são: paz, abrigo, instrução, alimentação, ecossistema estável, recursos financeiros, justiça social e equidade. Ser saudável é, portanto, agregar de forma favorável os fatores: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos.

Dentro dos propósitos do presente estudo, buscou-se um conceito de saúde, que fosse além do pensamento biomédico, construído a partir de uma visão holística do indivíduo, através da integração de seu corpo, mente e espírito. Assim, mais do que o conceito de saúde optou-se por autores que adotam o conceito de “ser saudável”.

Assim, segundo Meleis (1992), ser saudável não implica em oferecer uma visão estatística de saúde. Quando considerado a partir da perspectiva de pacientes, ser saudável é um modo de vida, uma atitude, uma concepção, uma história, um contexto com normas sócio-culturais, uma crença, uma tradição. Para a autora, ser e tornar-se saudável pode constituir partes de uma percepção global de saúde, envolvendo conscientização, desenvolvimento, acesso, capacitação, oportunidade e recursos. A saúde pode ser considerada um estado, um processo de desenvolvimento, uma realização pessoal, um resultado ou um estilo de vida. E, ainda, pode ser definida sob a perspectiva de algumas condições essenciais à compreensão do seu significado, tais como padrões, tendências, contexto, respostas e percepções.

Para Capra (1982), a doença é definida como uma conseqüência de desequilíbrio e desarmonia, podendo frequentemente ser decorrente de uma falta de integração, uma vez que a vida humana quando moldada para agir somente a partir de determinadas regras, sem o atendimento de suas necessidades, tende a ausência de equilíbrio e, conseqüentemente, o ser humano adoece se os mecanismos fisiológicos forem requisitados de forma inadequada.

Nesta abordagem, para alcançar um estado adequado de bem-estar, o ser humano deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (OMS, 1986).

Ser saudável significa, portanto, estar em sincronia consigo mesmo e com o mundo circundante, física e mentalmente. Saúde é o bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico entre os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o ambiente social e cultural (CAPRA, 1982, p. 317).

A adoção desta concepção orienta a assistência à saúde, para uma nova abordagem, que deve ter o objetivo de restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e grupos sociais, considerando a interdependência da saúde individual e dos sistemas sociais e ecológicos. Além disso, deve ser acompanhada por ações e programas sociais que deverão compor duas ações: a educação para a saúde e a política de saúde, incluindo programas nas escolas, campanhas de educação sobre saúde pública e uma política de governo (CAPRA, 1982, p. 326).

Considerando a crise no sistema de saúde brasileiro, a atenção hospitalar vem se constituindo objeto de análise permanente por parte do Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, compreende-se que a reformulação do modelo de atenção à saúde é um desafio, que envolve a formulação de novos conceitos e mudanças no sistema de valores, a exemplo dos princípios que norteiam o processo de humanização.

2.1.3 Política Nacional de Humanização: do surgimento à implementação

A constituição brasileira estabelece que saúde é um direito fundamental do ser humano, e é dever do Estado garanti-la a toda a população. Embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido, um olhar sob o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre as conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade da crise vivenciada pelos usuários e profissionais deste setor (TRAVERSO-YÉPEZ & MORAIS, 2004).

A situação do setor de saúde no Brasil é marcada por crises tanto para gestores públicos, empresários e profissionais, quanto para a população usuária. Admite-se que tal situação possui várias dimensões estreitamente vinculadas, que incluem não só fatores de formação profissional e social, mas também aspectos financeiros, organizacionais e assistenciais (OPAS/OMS, 2004).

Por este motivo, o Brasil vem buscando, especificamente a partir dos anos 90, reorganizar o modelo de atenção à saúde, de forma a superar a história de um sistema nacional modelado pela assistência médica curativa, de baixa resolubilidade e inacessível a maioria da população (BRASIL, 2004).

Por um lado, há a necessidade de uma reformulação do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde por meio da desburocratização e da descentralização das ações. Por outro lado, discute-se a necessidade de mudanças conceituais no foco da atenção hospitalar prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade dos serviços e profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida (OPAS/OMS, 2004).

Considerando que a eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, focalizando as doenças, procedimentos e tarefas, não se mostraram suficientes para garantir a qualidade no atendimento à saúde, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de mudanças profundas na cultura do atendimento. Ao longo dos anos, muitos esforços foram realizados de forma isolada, por algumas instituições que criaram projetos, comissões e grupos para pensarem em humanização e, atualmente, estas ações fazem parte dos objetivos governamentais (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde a humanização em saúde originou-se no instituto “A CASA”, em 1999: um grupo de profissionais da área da saúde foi formado pelo Ministério da Saúde, para pensar um projeto nacional de humanização que enfrentasse a necessidade de melhorar a qualidade das relações humanas no atendimento à saúde entre profissionais de saúde e usuários, entre as diferentes categorias de profissionais de saúde e entre os hospitais e a comunidade (BRASIL, 2003).

Esse grupo implementou um projeto piloto, com dez hospitais, distribuídos em diferentes regiões do Brasil, com diferentes realidades sócio-culturais, no intuito de desenvolver e testar uma metodologia que pudesse ser implementada para um número maior de instituições (BRASIL, 2003).

Em junho de 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), através da Portaria GM nº 881/2001, em hospitais públicos que integram o SUS. O programa surgiu com a expectativa de disseminar e articular uma cultura de atendimento humanizado, uma vez que já existiam iniciativas isoladas de humanização, que vinham sendo desenvolvidas há muitos anos em áreas específicas da assistência (BRASIL, 2003).

O conjunto de iniciativas proposto pelo programa fundamentou-se em três dimensões: humanização do atendimento ao usuário (cuidar do usuário); humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida); e o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas (BRASIL, 2003, p.6). São objetivos do programa:

- Difundir uma 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 conhecimento 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.

A primeira fase de difusão do programa realizou-se em junho de 2001, junto a 96 hospitais da rede pública de saúde, dos quais três localizavam-se no Estado de Santa Catarina: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis); Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis) e Hospital Regional Lenoir V. Ferreira (Chapecó) (BRASIL, 2003).

Posteriormente, a forma de trabalho adotada foi a extensão progressiva do programa de humanização para um número cada vez maior de hospitais da rede pública, estimando-se a inclusão de 450 novos hospitais durante a segunda fase do programa, que ocorreu entre maio e dezembro de 2002 (BRASIL, 2003).

Em junho de 2003, o programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência, e não mais um programa específico. A política, denominada Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza - SUS, foi regulamentada pelo Decreto nº 4.726, sob a coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

A PNH consiste basicamente na mudança de modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho focalizando as necessidades dos cidadãos e a promoção de saúde. A política visa mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário, valorizando a dimensão humana e reconhecendo-a no ato de assistência à saúde (BRASIL, 2005).

Neste contexto, a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) destaca que este projeto propõe uma nova relação entre usuários do Sistema Único de Saúde, os que os atendem e a comunidade, visando proporcionar um SUS mais humano, que ofereça tratamento igual a todos brasileiros e que esteja comprometido com a qualidade dos serviços e da saúde integral (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 11-15), a PNH visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o Sistema Único de Saúde (SUS) hoje ainda enfrenta dificuldades, como por exemplo:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais.
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência.
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado.
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe.
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

- Desrespeito aos direitos dos usuários.
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde.
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS.
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Dentre os princípios básicos que norteiam a política estão:

- 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, a 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.

Assim, espera-se, que a implantação da Política Nacional de Humanização possibilite mudanças nas instituições hospitalares, através de ações efetivas que visem a melhoria da qualidade do atendimento prestado. A alimentação hospitalar como um dos componentes dos cuidados de saúde pode contribuir de forma determinante para o atendimento humanizado nas instituições hospitalares, sendo fundamental buscar elementos e identificar ações para o aprimoramento deste tipo de atenção.

2.2 O CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

2.2.1 O Cuidado nutricional: da avaliação do estado nutricional à avaliação do cuidado.

No ambiente hospitalar, os indivíduos internados recebem inúmeros cuidados, visando o restabelecimento do seu equilíbrio. Dentre estes cuidados, destacam-se os relacionados à

alimentação e à nutrição, em seus diferentes níveis de complexidade e intervenção, de acordo com as características individuais e a enfermidade.

A concepção de alimentação aplicada à saúde ou dietética tem como base uma série de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina e constituiu-se em um dos primeiros recursos terapêuticos com que contou a medicina em seus primórdios. Hipócrates, pai da medicina, em seus tratamentos enfatizava mais a alimentação, os exercícios físicos e a exposição aos raios solares, do que em drogas (MAZZINI, 1998).

Sabe-se que uma boa dieta assegura não só um crescimento e um desenvolvimento normais; também contribui para o aumento da resistência às doenças, bem como a prevenção das doenças crônicas, retarda o envelhecimento, assegura o bem-estar geral, além de proteger o homem contra as toxinas do meio-ambiente (GOLAPAN, 1997).

De acordo com Helman (2003) a alimentação apresenta finalidades específicas exercendo funções importantes na vida dos indivíduos, atuando, desde o crescimento e desenvolvimento, até mesmo na prevenção, manutenção e recuperação da saúde.

Dentro desta argumentação, a concepção de atenção ou cuidado nutricional, comumente está relacionada ao atendimento clínico-nutricional, ou seja, a terapia nutricional.

Mahan & Arlin (1991, p. 383) sistematizaram este conceito destacando diferentes etapas interdependentes: O cuidado nutricional é um processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que inclui “[...] a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais [...] e a avaliação do cuidado e nutricional”.

Estas etapas encontram-se descritas abaixo, conforme Brylinsky (2002, p. 416 -422):

- *Avaliação do estado nutricional:* consiste na identificação das necessidades nutricionais individuais através de uma ampla coleta de dados específicos (clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos e sociais) que servirão de base para se traçar um plano de cuidado nutricional, contribuindo para a identificação de pacientes em risco nutricional. Ressalta-se que uma avaliação completa aumentará a eficácia do tratamento nutricional.
- *Identificação das necessidades ou problemas nutricionais:* consiste na análise do risco nutricional, uma vez que a supernutrição e a subnutrição tem mostrado um impacto negativo na resposta do paciente ao tratamento médico. Para facilitar a identificação

de pacientes em risco nutricional, é utilizada a seleção ou triagem nutricional que envolve técnicas simples e rápidas, podem ser aplicadas por qualquer membro da equipe de saúde e deve incluir todos os pacientes. Os dados necessários para a realização da triagem são: idade, altura, peso usual, peso ideal, peso atual, porcentagem de mudança de peso a partir do peso ideal ou usual, mudança no apetite, disfagia ou dificuldade de mastigação, presença de náusea vômito ou diarreia, albumina sérica, hemoglobina ou hematócrito, contagem total de linfócitos. A seleção nutricional deve ser repetida durante a estadia do paciente, uma vez que o risco nutricional aumenta em pacientes hospitalizados por duas semanas ou mais. Pacientes identificados como sendo de risco, devem ser avaliados por um nutricionista. Um bom programa de triagem pode ser uma ferramenta valiosa para fornecer custo-efetividade e cuidados apropriados ao paciente.

- *Planejamento do cuidado nutricional:* a identificação dos problemas nutricionais leva à formulação de um plano para lidar com cada um individualmente, sendo dada maior atenção a problemas de maior prioridade. Se a informação nutricional não é completa, o primeiro objetivo é coletar os dados necessários. Os objetivos devem ser realistas e apropriados, considerando nível educacional, fatores econômicos e sociais do paciente ou família.
- *Implementação do cuidado nutricional:* esta etapa do processo traduz os dados de avaliação em estratégias, atividades ou intervenção que farão o paciente capaz de atingir os objetivos definidos. Pode incluir: variações na prescrição da dieta, aconselhamento do pacientes, fornecimento de alimento ou suplementação nutricional, implementar alimentação por sonda para pacientes que não podem comer ou fornecer informações sobre fontes financeiras ou alimentares. O processo de cuidado é contínuo; o plano inicial pode mudar como condição das alterações do paciente quando novas necessidades são identificadas.
- *Avaliação do cuidado nutricional:* é o último passo no processo de cuidado nutricional. Torna o plano de cuidado dinâmico e suscetível às necessidades do paciente. A meta do cuidado nutricional é atingir as necessidades nutricionais do paciente; portanto os objetivos devem ser frequentemente revisados para assegurar que aqueles ainda não alcançados sejam redirecionados e que o cuidado é avaliado e modificado quando necessário.

Este tipo de cuidado é considerado complexo e requer o trabalho integrado da equipe de saúde, envolvendo além do nutricionista, enfermeiros, médicos e todos os profissionais auxiliares. Pode-se dizer que a qualidade do atendimento ao paciente hospitalizado está relacionada ao nível de integração da equipe de saúde. Todos em suas diferentes funções podem contribuir com a qualidade dos serviços referentes à alimentação e, especificamente, nas diferentes etapas do cuidado nutricional.

2.2.2 Nutricionistas na prática hospitalar

De acordo com Vasconcelos (2002, p. 131), o nutricionista no Brasil inicialmente era formado dentro de um curso técnico de nível médio e denominava-se dietista, a exemplo dos países da Europa, Estados Unidos (EUA) e Canadá. Aos poucos, conforme Icaza *apud* Vasconcelos (2002, p. 131), os cursos brasileiros foram sofrendo alterações, aproximando-se das características do curso do Instituto Nacional de Nutrição da Argentina, formando um profissional de nível universitário, com conhecimentos específicos de Nutrição, com funções e responsabilidades próprias de atenção dietética ao indivíduo sadio ou enfermo, de forma individual ou coletiva.

Vasconcelos (2002, p. 136) referindo-se ao processo de emergência e evolução da profissão de nutricionista no Brasil, destaca:

Há cerca de sessenta anos emergia no Brasil a profissão de nutricionista. Àquela época, frente à tortuosa tarefa de construção da nacionalidade brasileira e de implantação das bases para a consolidação de uma sociedade capitalista urbano-industrial, o principal desafio que se colocava a este profissional era a superação do perfil epidemiológico nutricional daquele contexto, caracterizado sobretudo pelas doenças carenciais (desnutrição protéico-calórica, hipovitaminose A, pelagra, anemia ferropriva, etc.), associadas às condições de “subdesenvolvimento”, de pobreza, de fome, de desigualdades regionais. Nos dias atuais, àquele perfil epidemiológico sobrepuseram-se as doenças nutricionais degenerativas (obesidade, diabetes, dislipidemias, etc.), associadas às condições de desenvolvimento e de modernidade existentes no país e, assim, novos dilemas e desafios são apresentados aos nutricionistas.

Nos últimos anos, segundo Gambardella et al. (2000), o campo de atuação do nutricionista tem se ampliado consideravelmente. Esse profissional conquistou espaços e, cada vez mais, está se inserindo em setores e serviços diferenciados.

No Brasil, algumas pesquisas tiveram com objetivo conhecer a inserção de nutricionistas no mercado de trabalho.

Vasconcelos (1991), em estudo realizado em Florianópolis/SC, constatou que o setor hospitalar absorve 48,4% dos profissionais; administração de Serviços de Alimentação de Empresas, 18,7%; a docência, 17,2% e a nutrição em Saúde Pública, 10,9%.

Já no Rio de Janeiro, Prado & Abreu (1991), detectaram que 51,3% dos profissionais encontravam-se alocados em hospitais; 22,4% em empresas prestadoras de serviços de alimentação e nutrição, 22% não trabalhavam na área de nutrição e os demais estavam empregados em outros campos de atuação desse profissional. Segundo conclusões do estudo, o afastamento da profissão pode ser devido a dificuldades de trabalho, como 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.

Na área da saúde, especificamente no setor hospitalar, o nutricionista tem seu trabalho reconhecido e desenvolve atividades em duas grandes áreas de atuação: a área de alimentação coletiva e a área de nutrição clínica, estabelecidas pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) através da resolução de nº 200, de 1998.

De acordo com o CFN (1998) são atividades do nutricionista ligado à alimentação coletiva: gerenciamento das atividades relacionadas ao fluxo operacional da produção de refeições, responsabilizando-se por ações que iniciam desde o planejamento de cardápios, compras, preparação e distribuição, até o controle de todos os procedimentos envolvidos.

As atribuições principais e específicas da área de alimentação coletiva para o nutricionista, segundo CFN, encontram-se descritas abaixo:

Atribuição Principal

- Planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN).

Atribuições Específicas em UAN (restaurantes industriais, hospitais, produção de congelados, refeições transportadas e catering)

- Participar do planejamento e gestão dos recursos econômico-financeiros da UAN;
- Participar do planejamento, implantação e execução de projetos de estrutura física da UAN;
- Planejar e executar a adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios, de acordo com o avanço tecnológico;
- Planejar, coordenar e supervisionar a seleção, compra e manutenção de veículos para transporte de alimentos, equipamentos e utensílios;

- Planejar cardápios de acordo com as necessidades de sua clientela;
- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção, compra e armazenamento de alimentos;
- Coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias;
- Avaliar tecnicamente preparações culinárias;
- Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias;
- Desenvolver manuais técnicos, rotinas de trabalho e receituários;
- Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, veículos de transporte de alimentos, equipamentos e utensílios;
- Efetuar controle periódico do resto-ingestão;
- Estabelecer e implantar formas e métodos de controle de qualidade de alimentos, de acordo com a legislação vigente;
- Participar do recrutamento e seleção de recursos humanos;
- Integrar a equipe de atenção à saúde ocupacional;
- Coordenar, supervisionar e executar programas de treinamento e reciclagem de recursos humanos;
- Participar dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Coordenar, supervisionar e executar as atividades referentes a informações nutricionais e técnicas de atendimento direto aos clientes;
- Promover programas de educação alimentar para clientes;
- Detectar e encaminhar ao hierárquico superior e autoridade competente, relatórios sobre condições da UAN impeditivas da boa prática profissional e/ou que coloquem em risco a saúde humana;
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- Desenvolver pesquisas e estudos relacionados à sua área de atuação;
- Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento;
- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

As atividades que envolvem a prática do nutricionista da área clínica, de acordo com o CFN (1998) são: assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial, prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação de dietas para enfermos.

As atribuições principais e específicas da área de nutrição clínica para o nutricionista são:

Atribuição principal

- Assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Atribuições específicas em hospitais e clínicas

- Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes;
- Avaliar o estado nutricional do cliente a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
- Estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias;
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário;
- Recorrer a outros profissionais e/ou solicitar laudos técnicos especializados, quando necessário;
- Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;
- Registrar diariamente em prontuário do cliente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
- Promover orientação e educação alimentar e nutricional para clientes e familiares;
- Desenvolver manual de especificações de dietas;
- Elaborar previsão de consumo periódico de gêneros alimentícios e material de consumo;
- Orientar e supervisionar o preparo e confecção, rotulagem, estocagem, distribuição e administração de dietas;
- Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente;
- Desenvolver estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação;
- Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento;
- Efetuar controle periódico dos trabalhos executados;
- Planejar, implantar e coordenar a UAN, de acordo com as atribuições estabelecidas para área de alimentação coletiva.

Além das atribuições descritas, é importante destacar outras resoluções referentes à área da nutrição clínica.

De acordo com a resolução do CFN nº 223/1999, do Conselho Federal de Nutricionistas, é de competência do nutricionista avaliar a dieta, por meio de diferentes métodos, diagnosticando sua adequação frente às necessidades nutricionais e dietoterápicas, considerando os hábitos alimentares, incluindo padrão alimentar quanto ao número, tipo e composição das refeições, rotinas, restrições, preferências alimentares e apetite.

A prescrição dietética segundo a Resolução nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a prescrição dietética deve ser feita por um nutricionista, inserido na equipe multiprofissional envolvida na responsabilidade do atendimento ao cliente/paciente.

A Resolução nº 390/2006, do Conselho Federal de Nutricionistas, regulamenta a prescrição dietética de suplementos nutricionais realizada pelo nutricionista, devendo ser precedida de avaliação nutricional sistematizada, envolvendo critérios subjetivos e ou objetivos que permitam a identificação ou risco de deficiência nutricional, e não deve ser realizada isoladamente, devendo fazer parte da correção alimentar. O nutricionista deve ainda considerar diagnósticos, laudos e pareceres dos membros da equipe multidisciplinar e ser definida com estes profissionais sempre que pertinente à conduta da atenção.

Considerando as duas grandes áreas de atuação do nutricionista em instituições hospitalares (alimentação coletiva e a área clínica), buscou-se os resultados de estudos que analisaram e descreveram as ações deste profissional, como forma de subsidiar as análises e discussões posteriores do presente estudo.

Na área da alimentação coletiva poucos foram os estudos que caracterizaram as ações na produção de refeições, não só em Unidades Produtoras de Refeições comerciais e coletivas, como também especificamente para o setor hospitalar. No Brasil, o estudo de Ansaloni (1999, p. 249-256) trabalhou a tipificação das ações do nutricionista, analisando a situação de trabalho destes profissionais que atuavam em empresas de refeições coletivas em Minas Gerais, procurando classificar suas atividades em técnicas ou administrativas e gerenciais, e suas inter-relações no trabalho diário e a predominância de um ou outro nos cargos por eles ocupados. As atividades técnicas e administrativas listadas pelos entrevistados, encontram-se nos quadros 1 e 2 a seguir:

Quadro 1. Atividades técnicas apontadas pelos nutricionistas entrevistados como componentes do seu trabalho.

Atividade técnica	Descrição
Atendimento ao consumidor	Informações quanto à produção e ao funcionamento da unidade
Atendimento dietoterápico e Orientação dietética	Atendimento individualizado para aconselhamento dietético e elaboração de dietas.
Atividades educacionais	Realização de palestras, painéis e seminários a respeito de nutrição e alimentação.
Auditoria técnica	Checagem do trabalho dos gerentes e coordenadores de unidades.
Balanceamento de cardápio	Adequação dos cardápios às necessidades nutricionais dos usuários do restaurante, estabelecendo pesos e medidas <i>per capita</i>
Campanhas de saúde	Implementação junto aos empregados da concessionária e aos das empresas contratantes. Ênfase em nutrição, higiene, prevenção de doenças, prática de atividades físicas
Controle de qualidade dos serviços	Avaliação quanto aos padrões estabelecidos: conteúdo nutricional, pesos e medidas, aspectos higiênico-sanitários.
Controle microbiológico	Análise de materiais das matérias-primas, dos manipuladores, das instalações, do ambiente, vigilância sanitária
Elaboração de normas técnicas	Descrição para aquisição de matéria-prima, para uniformização do trabalho, normas de conduta e de higiene.
Orientação nutricional	Desenvolvimento de trabalho educativo
Orientação técnica	Informações quanto à seleção e ao preparo de alimentos.
Padronização de processos	Racionalização dos processos de produção
Responsabilidade técnica	Desenvolvimento de ações referentes ao Programa de Alimentação do Trabalhador, ao setor ou unidade que comanda, a produção e ao trabalho de subordinados.
Supervisão técnica	Supervisão das Unidades de Produção
Treinamento técnico-operacional	Treinamento dos empregados; orientação de estágios para estudantes

Fonte: Ansaloni (1999, p. 248).

Quadro 2. Atividades administrativas apontadas pelos nutricionistas entrevistados como componentes do seu trabalho.

Atividade administrativa	Descrição
Administração de materiais	Dimensionar matérias-primas, insumos e serviços; contratar serviços; compras
Administração de pessoal	Estabelecer tarefas, rotinas e escalas de serviço; controlar horários e frequência dos empregados.
Apoio operacional	Assessoria administrativa às unidades, representação junto às matrizes e outros departamentos das empresas.
Apuração do controle de custos	Contabilidade e registros diários
Assistência ao cliente	Relações com os contratantes.
Avaliação da gerência de unidades	Avaliar e acompanhar gerentes sob a sua supervisão.
Avaliação de pessoal	Avaliação de desempenho.
Chefia de pessoal	Liderar empregados
Controle de estoques	Controle do setor de almoxarifado, aquisições e consumo de matérias-primas e insumos.
Coordenação das operações	Acompanhamento da produção das refeições.
Desenvolvimento de pessoal	Treinamento
Dimensionamento de recursos humanos	Prever número e perfil dos profissionais necessários às operações, em todas as suas etapas.
Direção	Chefia da empresa ou de sua filial na região.
Gerência de unidade	Chefia de uma unidade de produção.
Gerência estratégica	Atuação global com vistas ao alcance das metas.
Gerência operacional	Chefia de unidades
Negociação com clientes	Fomentar o aprimoramento das relações do dia-a-dia com a empresa contratante e com seus empregados.
Negociação com fornecedores	Gerenciar processos de compras.
Negociação de contratos	Discutir e otimizar a relação com as empresas contratantes, para prestação do serviço.
Orçamentos	Solicitar e avaliar preços em concorrências
Organização do trabalhos	Elaborar normas, critérios e procedimentos; divisão do trabalho; provimento de materiais e de condições para a realização do trabalho.
Planejamento de operações	Desenhar o funcionamento do setor ou da unidade que chefia.
Planejamento estratégico	Estabelecer diretrizes e metas.
Promoção de pessoal	Treinar, ensinar, motivar e qualificar.
Recrutamento	Fazer recrutamento interno e externo.
Relações comerciais	Estabelecer relações com fornecedores e prestadores de serviços.
Relações públicas	Atuar como porta-voz da empresa.
Seleção de pessoal	Aplicar entrevistas, teste e provas práticas
Supervisão de operações	Acompanhar as rotinas na unidade.

Fonte: Ansaloni (1999, p. 249).

Ansaloni (1999), em sua análise, observou que havia maior conteúdo administrativo do que técnico na atuação dos nutricionistas nas empresas de refeições coletivas estudadas. No entanto, várias atividades classificadas como técnicas traziam um componente administrativo subjacente, como planejamento de cardápios, controle de qualidade, auditoria e supervisão técnicas. Verificou situação semelhante em algumas atividades administrativas ficando implícito o caráter técnico em extensão variável: apoio operacional, assistência ao cliente e controle de estoque. Observou a impossibilidade de separar o conteúdo técnico e administrativo em algumas atividades peculiares ao trabalho dos nutricionistas na gestão da UAN. No entanto, sua pesquisa apontou uma tendência ao abandono progressivo dos aspectos técnicos e educacionais inerentes à profissão, em prol do conhecimento administrativo e gerencial.

Além disso, os resultados do estudo destacaram que grande parte dos nutricionistas entrevistados se referiu a um baixo nível de utilização dos conhecimentos adquiridos nos cursos de graduação, paralelamente a uma crescente exigência de conhecimentos administrativos e gerenciais que os cursos não oferecem, pelo menos com o caráter instrumental e funcionalista que as empresas parecem desejar.

O estudo de Veiros (2002), que analisou as condições de trabalho do nutricionista e sua atuação como promotor de saúde a partir de um estudo de caso em uma UAN, apontou em seus resultados que a nutricionista chefe está envolvida, prioritariamente, com as atividades ligadas à gestão geral da UAN, e a nutricionista da produção desenvolve atividades mais voltadas à supervisão direta do fluxo produtivo das refeições, acompanhando todas as etapas do processo. Observou ainda que as questões mais complexas na influência sobre a atuação das nutricionistas, como promotoras de saúde, foram relacionadas à gestão da qualidade, tanto a nutricional, quanto a higiênico-sanitária e de processo. A gestão da qualidade nutricional compreendeu planejamento e execução do cardápio, ficha técnica, relação do alimento com o operador e o comensal e a educação nutricional, revelando algumas deficiências no planejamento do cardápio e modo de trabalhar o alimento, com os operadores e os comensais. Já na análise da questão higiênico-sanitária e de processo, observaram-se algumas falhas no recebimento, armazenamento e preparo dos alimentos, que podem ser aprimoradas para assegurar maior segurança alimentar na refeição produzida. Para a autora a atuação da nutricionista como promotora de saúde, ainda não está apresentando a efetividade necessária em todos os aspectos de ação profissional nesta UAN. A autora recomenda a adoção de estratégias que gerem mudanças ambientais e organizacionais, na gestão da qualidade

nutricional e higiênico-sanitária, interligando-as para possibilitar a melhoria da atuação desta profissional.

Assim, os aspectos que envolvem o trabalho do nutricionista em UAN e sua relação com a saúde vêm sendo discutidos gradativamente.

Na área de nutrição clínica, Labonté & Ouellet (1996, p. 25) e Ouellet & Pigeon (1997, p. 6-7), em pesquisas realizadas em hospitais no Canadá, objetivaram a definição de parâmetros numéricos, correlacionando horas despendidas e as atividades envolvidas com o cuidado nutricional de nutricionistas das unidades de internação em diferentes níveis de intervenção. Os quadros 3, 4 e 5 apresentam os principais grupos de ações utilizadas no estudo e os diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional.

Quadro 3: Descrição das atividades de cuidados diretos em nutrição clínica

Avaliação nutricional	Toda tarefa necessária para determinar a necessidade, utilizando-a para uma intervenção nutricional
Cuidados nutricionais	Toda tarefa necessária para implementar os cuidados nutricionais (planejamento, aplicação e verificação)
Aconselhamento nutricional	Toda tarefa necessária para educar ou aconselhar o paciente e sua família (ou grupos de pacientes/famílias) sobre os princípios pertinentes da nutrição, da escolha dos alimentos e a adaptação de um plano de cuidados nutricionais ao modo de vida do paciente, que consisti de avaliações da aprendizagem do paciente e a verificação de sua cooperação.
Documentação clínica	O registro da evolução clínica e informações pertinentes no prontuário
Interdisciplinaridade	Todas as trocas de informação sobre o prontuário do paciente em encontros formais ou por ocasião de visitas da equipe

Fonte: Labonté & Ouellet (1996, p. 25)

Quadro 4 : Descrição das atividades de cuidados nutricionais em nutrição clínica

ATIVIDADE	DEFINIÇÃO
A. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
Processo de identificação de características associadas a problemas nutricionais. Para ser incluído dentro das atividades deve ser realizado pela unidade de nutrição clínica, ser registrada no prontuário do paciente, incluir coleta de dados e determinar a pertinência de uma avaliação nutricional	
B. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
Atividade que tem como objetivo determinar o estado nutricional de uma pessoa.	
B.1 Avaliação básica	
Para ser incluída dentro das atividades deve ser documentada no prontuário do paciente e incluir os seguintes elementos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Razão da admissão, problemas e antecedentes médicos • Idade, gênero, peso, altura, história ponderal e psico-social. • Farmacoterapia e interações medicamentosos-alimentos • Presença e grau de estresse fisiológico • Integridade do sistema digestivo (mastigação, deglutição, digestão, absorção, eliminação). • Prognóstico e plano de tratamento médico e cirúrgico • Análise e interpretação dos resultados laboratoriais no prontuário. Solicitar se necessário. • Estado de hidratação, presença de edema, de ascite ou de sinais clínicos de desidratação. • Levantamento e interpretação do aporte alimentar recente ou habitual • Presença de alergias ou intolerâncias alimentares • Presença de etilismo, de farmacodependência, de toxicomania ou de problemas de comportamento alimentar 	

Continuação Quadro 4: Descrição das atividades de cuidados nutricionais em nutrição clínica

<p>B.2 Frequência de consumo Para ser incluída dentro das atividades deve ser documentada no prontuário do paciente e incluir um registro detalhado por grupo de alimentos do consumo alimentar por período de tempo e análise deste registro</p>
<p>B.3 Exame dos sinais clínicos de desnutrição Para ser incluído dentro das atividades deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir a observação de diferentes partes do corpo e um registro dos sinais clínicos de deficiência: cabelos, língua, face, orelhas, olhos, lábios, cavidade bucal, pescoço, pele, membros superiores e inferiores, tronco e esqueleto.</p>
<p>B.4 Medidas antropométricas detalhadas Para serem incluídas dentro das atividades devem ser documentadas no prontuário do paciente e incluir avaliação das reservas adiposas e musculares do organismo.</p>
<p>B.5 Avaliação completa da deglutição Para ser incluída dentro das atividades deve ser documentada no prontuário do paciente e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivos da avaliação, postura, avaliação da cavidade oral (dentição, mobilidade da língua, avaliação do céu da boca). • Percepção dos sabores, mobilidade do maxilar inferior, controle dos lábios, qualidade da voz antes e após a alimentação. • Tosse voluntária e reflexa, elevação da cartilagem tiroideana, mastigação, reflexo da deglutição, sufocação. • Testes alimentares variados, consistência, textura dos sólidos e viscosidade dos líquidos adaptada as capacidades do paciente.
<p>B.6 Assistência e análise de um teste diagnóstico da deglutição tais como a videofluoroscopia ou endoscopia nasofaríngea Para ser incluída dentro das atividades deve ser documentada no prontuário do paciente.</p>
<p>C. PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS Estabelecimento do tratamento nutricional incluindo a resposta à prescrição médica, a determinação das necessidades dos pacientes e a identificação dos objetivos.</p>
<p>C.1 Planejamento básico dos cuidados Para ser incluído dentro das atividades deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades e dos objetivos • Registro dos gostos e aversões do paciente • Implementação de um plano de alimentação sem cálculos e adaptado às preferências e intolerâncias alimentares e às características bio-psico-sociais que podem influenciar a aplicabilidade do planejamento dos cuidados. <p>Havendo necessidade de cálculos, incluir o planejamento básico e os cálculos.</p>
<p>C.2 Cálculo e análise de um registro alimentar Para ser incluído dentro das atividades, o cálculo deve ser documentado no prontuário do paciente.</p>
<p>C.3 Planejamento básico com cálculo de um nutriente Para ser incluído dentro das atividades, este plano de cuidados deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir os cálculos detalhados para o nutriente.</p>
<p>C.4 Planejamento dos cuidados com cálculo de proteínas, glicídios e lipídios Para ser incluído dentro das atividades, este plano de cuidados deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir os cálculos detalhados das necessidades energéticas e de proteínas, glicídios e lipídios.</p>
<p>C.5 Planejamento dos cuidados com cálculo para vários minerais e vitaminas Para ser incluído dentro das atividades, este plano de cuidados deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir os cálculos detalhados para vários minerais e vitaminas</p>
<p>C.6 Acompanhamento do planejamento dos cuidados Para ser incluído dentro das atividades, o acompanhamento deste plano de cuidados deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da evolução do aporte dos nutrientes ou • Acompanhamento dos resultados da intervenção: exames de laboratório, de radiologia, medidas antropométricas ou funcionais ou • Verificação da presença de novos sintomas físicos ou psicológicos que influenciam a aceitação da alimentação ou • Verificação do plano de tratamento médico e os objetivos a serem atendidos. <p>Se um planejamento é modificado, ele é considerado um novo planejamento de cuidados</p>

Continuação quadro 4: Descrição das atividades de cuidados nutricionais em nutrição clínica

D.ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL	
Atividade que favorece a pesquisa conjunta de soluções entre o nutricionista (dietista no Canadá), o paciente ou acompanhante	
D.1 Aconselhamento nutricional básico	Para ser incluído dentro das atividades deve ser documentada no prontuário do paciente e incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptação e negociação com o paciente ou acompanhante de um plano de cuidados contendo uma modificação nutricional e/ou alimentar • Revisão e explicação do material apropriado • Informação sobre os recursos • Verificação da compreensão e da motivação
D.2 Aconselhamento nutricional para um plano modificado em proteínas, glicídios e lipídios	
D.3 Aconselhamento nutricional para um plano modificado para vários minerais e vitaminas	
D.4 Acompanhamento do aconselhamento	
Para ser incluída dentro das atividades, o acompanhamento do aconselhamento deve ser documentado no prontuário do paciente e incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação da adesão do paciente ao plano de cuidados • Acompanhamento da evolução da aprendizagem do paciente OU • Acompanhamento dos resultados da intervenção sobre as modificações do comportamento alimentar 	

Fonte: Ouellet & Pigeon (1997, p. 6-7)

Quadro 5: 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
<i>Perfil do paciente</i>			
• Nenhum problema nutricional	• Estado nutricional não comprometido	• Estado nutricional comprometido.	• Desnutrição
• Aporte alimentar adequado	• Aporte alimentar adequado	• Aporte nutricional variável ou alimentação enteral estável	• Aporte alimentar insuficiente ou necessidades energéticas aumentadas
• Patologia não necessita de uma intervenção dietética	• Patologia necessitando de ligeiras modificações alimentares	• Patologia necessitando de modificações alimentares moderadas	• Patologia metabólica importante
	• Boa compreensão e adesão ao plano nutricional		• Paciente com suporte nutricional: enteral instável ou parenteral.
	• Breve revisão do plano orientado anteriormente	• Revisão completa do aconselhamento nutricional	• Necessidade de aconselhamento complexo.
<i>Definição</i>			
• A intervenção se situa no nível da prevenção	• A intervenção mantém o estado nutricional e previne os problemas	• A intervenção diminui a progressão e estabiliza a condição e melhora o estado nutricional. Presença de problemas nutricionais e/ou de baixo risco. Prevenção da progressão de problemas nutricionais desde a hospitalização.	• A intervenção influencia a sobrevida do paciente. A nutrição é ponto central dentro de um ambiente onde a condição clínica muda rapidamente.

Fonte: Labonté et al. (1996, p. 25).

No entanto, como destacado por Deslandes (2004, p. 08) apesar da humanização definir uma nova perspectiva nos serviços assistenciais que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, também devem ser reconhecidos os direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais.

Figueiredo et al. (1995) referem que o cuidado envolve duas esferas distintas: uma objetiva que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar o outro ser. Cooperação, disponibilidade, envolvimento, cientificidade, confiança mútua, olho no olho, comunicação, sorriso e calor humano, são elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

2.2.3 O cuidado alimentar e nutricional humanizado

Para Medina e Backes (2002) a terapêutica vai além da aplicação de medicações. Para um cuidado especial, após reconhecer que o paciente é um ser que está doente, deve ser levado em consideração o que surge na consciência dele ao sucumbir à doença, o que torna implícita a necessidade de uma aproximação existencial, ou seja, de uma atitude humana.

Portanto, o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de uma saber que silencia outros e coisifica os sujeitos (OPAS/OMS, 2004).

Assim, conceber um cuidado alimentar e nutricional humanizado implica em compreender que para cada indivíduo, o comer e a comida têm um significado especial, dependendo da sua história alimentar desde a infância, dos sabores que tem vivenciado, das formas e dos locais de consumo. Cada ser humano constrói, ao longo da sua vida, uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar. Portanto, a alimentação encerra também o sentido de satisfazer aspectos emocionais, psicológicos e motivacionais dos indivíduos, fazendo com que essa experiência se torne positiva ou não, em função de como ela se desenvolve (SOUSA, 2001; PAULA, 2002).

Considerando que o alimento e o ato de se alimentar estão relacionados à cultura do indivíduo, Poulain & Saint-Sevin (1990, p. 13-21) apontam que um alimento, para ser capaz de manter a vida, não deve possuir somente qualidades nutricionais, expressadas pelas quantidades de glicídios, lipídios, proteínas, vitaminas e minerais; é necessário que ele seja

conhecido e/ou aceito pelo indivíduo que o consome e pelo grupo social ao qual pertence. Com relação às qualidades do alimento, os autores destacam quatro categorias:

- *qualidades nutricionais*: o alimento deve ser capaz de oferecer ao organismo do indivíduo, dentro de condições de equilíbrio mais ou menos satisfatórias, os nutrientes energéticos (glicídios e lipídios), os nutrientes energéticos com função plástica (proteínas), os elementos minerais, as vitaminas e a água.
- *qualidades higiênicas*: o alimento deve estar isento de elementos tóxicos; seu consumo não deve provocar problemas digestivos secundários sob pena de ser rejeitado por condicionamento negativo; a toxicidade alimentar pode ter causa microbiológica e química;
- *qualidades psicossensoriais*: as características físicas dos alimentos provocam sensações psicofisiológicas nos indivíduos, da ingestão até a eliminação. Estas sensações são definidas como exteroceptivas (visuais, olfativas, gustativas, táteis, térmicas e auditivas), proprioceptivas (sinestésicas, presença do alimento no estômago) e sensações gerais secundárias (efeito eufórico do álcool, sensação tranquilizante de estômago cheio, excitação produzida pelo café, efeito estimulante da carne, etc.).
- *qualidades simbólicas*: o alimento apresenta um significado para o indivíduo, se inscrevendo em um quadro cultural, em uma rede de comunicações, em uma constelação imaginária, em uma visão de mundo. O alimento nutre o ser humano em sua totalidade e ignora o recorte acadêmico que existe entre o corpo e o espírito. O homem é consumidor de símbolos tanto quanto de nutrientes. Este simbolismo alimentar possui diferentes níveis: o alimento ligado aos pratos regionais; o alimento concebido pelas diferentes classes sociais e estilos de vida, o alimento como base da comunicação (rituais sociais) e como símbolo religioso (o pão, o vinho).

No ambiente hospitalar, a alimentação é um aspecto importante no tratamento do paciente, porém, a comida de hospital é comumente percebida como sinônimo de insossa, sem gosto, fria, servida em horários diferentes dos habituais, e ainda, com conotações de proibição (IBRANUTRI, 1997; PEREZ, 2002; SOUSA, 2005).

Neste sentido, Poulain e Saint-Sevin (1990, p. 13-21) consideram que a alimentação hospitalar não deve oferecer somente as respostas nutricionais adaptadas ao indivíduo, em sua condição de saúde, mas sim apresentar além das funções nutricionais e higiênico-sanitárias, a função hedônica e convivial, que se encontram descritas abaixo:

- *função nutricional*: corresponde às características da alimentação com relação ao aporte de nutrientes necessários ao indivíduo, de acordo com as suas necessidades.

- *função higiênica*: relaciona-se à necessidade de os alimentos estarem isentos de elementos tóxicos, tanto de origem química quanto de origem microbiológica, e dessa forma, seu consumo não deve provocar problemas digestivos nem possibilitar a propagação de infecções.
- *função hedônica* relaciona-se ao prazer. Os alimentos, por suas qualidades sensoriais, pelas suas dimensões simbólicas e conviviais, fornecem ao ser humano um sentimento de bem-estar, de prazer, de harmonia com seu corpo, com a sociedade e com o mundo. Esta função assegura ao indivíduo a sua presença no mundo.
- *função convivial*: refere-se ao fato de que o alimento faz parte dos sistemas de comunicação. O alimento situa o ser humano em um espaço social, possibilitando a percepção do indivíduo de pertencer a um grupo e concorrendo para a construção da identidade social e individual.

Para estes autores, a desvalorização simbólica das refeições hospitalares se reflete na perda de apetite por parte do paciente. Destacam que:

Esta alteração do comportamento alimentar pode ser devido a angústia da hospitalização, mas também a rejeição por uma alimentação com forte conotação industrial. Portanto, é importante conectar o paciente a um contexto familiar, insistindo na humanização do serviço, restabelecendo a identidade do alimento, informando ao paciente sobre sua produção e origem.

Trentin (2003), em seu estudo sobre a realidade da assistência nutricional hospitalar ressalta que existe certa tensão em considerar o alimento como algo que faz referência à dimensão subjetiva do paciente e sua maneira de relacionar-se prazerosamente com ele. Ao mesmo tempo, o alimento deve ser inserido através do cuidado terapêutico, tomado como medicação. Porém, sob a ótica instrumental da medicina tal fato pode significar um empobrecimento da sua própria expressão terapêutica.

Com base nestas considerações, o cuidado alimentar e nutricional pode ser reconcebido, a partir da aproximação com o paciente hospitalizado, conhecendo sua totalidade como pessoa, valorizando sua essência e respeitando sua individualidade.

Visando contribuir para o cuidado alimentar e nutricional, atendendo as diferentes dimensões de qualidade e funções da alimentação, os estudos de Sousa (2001, p. 224-226); Sousa (2002, p.17-21); Proença et al. (2005, p. 35-41) propõem estratégias de organização e interação entre a clínica e a produção de refeições: avaliação da qualidade alimentar e nutricional, testes de degustação, comissão de cardápios, enquetes de satisfação, comissão de

avaliação dos serviços prestados e ações educativas com os comensais. Tais estratégias encontram-se descritas a seguir:

- *Avaliação da qualidade alimentar e nutricional:* refere-se a um conjunto de indicadores que são definidos pela unidade e monitorados diariamente como forma de avaliar o que foi planejado ou estabelecido como padrão de qualidade das preparações prontas durante a etapa de porcionamento e o que foi de fato realizado. Podem fazer parte da avaliação indicadores qualitativos e quantitativos como a apresentação, a temperatura, a manutenção da programação do cardápio, o peso da preparação, a conformidade das preparações com fichas técnicas (componentes e tipo de cocção) e observações pertinentes para cada tipo de refeição (desjejum, almoço, jantar, lanches). Os instrumentos de monitoramento utilizados são o termômetro de inserção e a balança digital. Os dados, anotados em formulário próprio, servirão para os nutricionistas e operadores envolvidos como critérios para avaliação contínua das refeições servidas, possibilitando o desenvolvimento de medidas corretivas em curto prazo.
- *Testes de degustação:* são estratégias que possibilitam a avaliação da qualidade sensorial das preparações. Todas as preparações podem ser degustadas em pequenas amostras, durante e no final do processamento, e antes da expedição aos comensais por nutricionistas e operadores. Além disso, como forma de avaliar novas preparações que possam ser introduzidas no cardápio, as unidades ao responsabilizarem-se pela preparação dos produtos, podem envolver nutricionistas e operadores de diferentes setores, de forma coletiva, exercitando-se o caráter convivial da alimentação, a avaliação de diferentes percepções e o espírito de equipe.
- *Comissão de cardápios:* é uma das estratégias organizacionais caracterizada por representantes da equipe de trabalho das Unidades Produtoras de Refeições para avaliação dos cardápios, com relação aos componentes planejados, antes de eles serem viabilizados para efeito de compras e produção. A discussão sobre as formas de preparo e a avaliação das condições de realização das preparações (equipamentos, fornecimento da matéria-prima, pessoal), por exemplo, podem possibilitar a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais envolvidos, tendo como referência as necessidades dos comensais e a relação da alimentação a ser oferecida com as preparações previstas.

- *Enquetes de satisfação:* representam um dos instrumentos mais importantes para avaliação dos serviços prestados aos comensais nas Unidades Produtoras de Refeições. Podem ser utilizados como indicadores a variedade dos cardápios, a apresentação dos pratos, a temperatura, o uso e a quantidade de temperos, a qualidade dos serviços, com as alternativas indicando satisfação ou insatisfação, além das sugestões e comentários. Outros indicadores e formas de avaliação podem ser propostos considerando as particularidades das unidades e do tipo de comensal atendido. Os resultados podem gerar momentos para discussão conjunta pelos setores envolvidos com a produção das preparações e servir como referência para a melhoria das ações entre os setores. Os cuidados com a seleção da amostra estão na dependência das características das Unidades Produtoras Refeições e do tipo de comensal. Em enquetes realizadas em uma Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar brasileira, por exemplo, as questões são aplicadas por nutricionistas das unidades de internação em 50% mais um dos pacientes que recebem alimentação oral. O setor hospitalar público francês realiza enquetes anuais em todas as unidades a partir de regras estatísticas definidas previamente. Os questionários são aplicados por pessoal externo, devidamente treinado. O objetivo das enquetes de satisfação é analisar a evolução da opinião dos comensais, avaliando os efeitos das melhorias realizadas nos serviços ligados à produção e à distribuição das refeições, e ao mesmo tempo, os resultados podem servir de objeto para planejamentos de ações futuras.
- *Comissão de avaliação dos serviços prestados:* é uma das estratégias organizacionais caracterizada pela representação da equipe de trabalho de diferentes setores das unidades produtoras de refeições que podem se reunir para avaliação conjunta dos serviços ligados à gestão de todo processo operacional. Podem-se avaliar as possibilidades de soluções e melhorias ligadas ao fluxo operacional relacionadas a horários, equipamentos, materiais, pessoal e condições de trabalho. Trata-se de um grupo de discussão, a exemplo dos CCQs (Círculos de Controle de Qualidade), que envolve representantes de todos os serviços ligados ao setor. Os assuntos tratados podem referir-se à qualidade dos serviços prestados, às falhas ocorridas e às sugestões para mudanças. A comissão busca a resolução e a gestão das soluções para os serviços prestados.
- *Ações educativas com os clientes/pacientes:* podem ser implementadas considerando a necessidade de desenvolvimento de atividades com caráter preventivo junto a eles.

exemplo das Unidades de Alimentação e Nutrição no setor hospitalar, recomenda-se o desenvolvimento de dinâmicas de grupo durante as quais se possa explorar o conhecimento dos alimentos, incluindo a relação dos alimentos com a patologia e as formas de preparo. Recomenda-se, de acordo com as possibilidades, a discussão coletiva com os comensais promovendo a participação no processo de aprendizagem e a reflexão sobre saúde, alimentação e nutrição. Como exemplo, durante a semana de internação ou mesmo no hospital dia, podem ser agendadas atividades teórico-práticas – seminários sobre os aspectos bioquímicos e fisiológicos da doença, as características das dietas com exercícios de avaliação e de aprendizagem, ateliês de cozinha com discussão do cardápio, e grupo de alimentos e preparo de refeições, exercícios físicos com fisioterapeutas, entre outras atividades. Além disso, formas alternativas podem ser pensadas para comensais (pacientes) que não saibam ler e escrever: modelos de alimentos, jogos e recortes de embalagens são algumas das opções para todos os grupos. Podem ser previstos folhetos explicativos com recomendações sobre alimentação, nutrição e saúde, além de informações sobre a Unidade Produtora de Refeições, a composição da equipe dos serviços, a estrutura das refeições, entre outros. Da mesma forma, tais atividades, com as suas devidas adaptações, podem ser implementadas também para outras Unidades Produtoras de Refeições. O aspecto relevante destas vivências é a necessidade de resgatar estas unidades como um espaço onde o comensal possa ter acesso a todas as informações dos serviços que são prestados – desde visitas coletivas ao processo de produção até a composição dos cardápios e as formas de preparação. Além destas ações, podem ser fornecidas informações, dicas de receitas e listas de substituições baseadas no sistema de equivalência dos alimentos – esta ação é particularmente importante nas unidades com bufê livre. Cabe destacar que é função da própria unidade auxiliar na orientação da escolha pelo comensal. Outros exemplos de metodologias podem ser aplicados e construídos pelos nutricionistas, equipe de saúde, operadores da produção de refeições e outros parceiros, a partir da própria experiência do grupo, seja em unidades com atendimento ambulatorial individual ou em grupo, seja em refeitórios, espaço da produção de refeições, cozinhas experimentais, etc. Alguns exemplos podem ser destacados: utilização de modelos de porção de alimentos para o atendimento ambulatorial; realização de semanas de saúde e semanas temáticas propondo refeições com temas regionais (preparações típicas) ou com ênfase em determinados alimentos; oficinas culinárias, palestras, cursos ou rodas de discussão periódicas sobre

alimentação; informações renováveis em displays nas mesas dos refeitórios, em murais, via internet, em boletins internos da empresa.

Além de estratégias de interação entre a nutrição clínica e a produção de refeições, faz-se necessária a elaboração de um conjunto de ações sistematizadas da prática clínica, que contribuam na promoção de um cuidado alimentar e nutricional de qualidade.

Na França, a Associação de Dietistas de Língua Francesa (ADLF, 2006) estabeleceu recentemente recomendações para a prática do dietista em clínica nos estabelecimentos de saúde, ou ainda como profissional liberal em consultórios ou atuando na rede de saúde e em ações de prevenção. Tais recomendações foram desenvolvidas pela ADLF no âmbito de uma parceria com a Agência Nacional de Acreditação e de Avaliação (ANAES). O quadro abaixo apresenta a síntese das principais atividades recomendadas.

Quadro 6: Recomendações para a prática clínica do dietista segundo a ADLF (2006)

A. AÇÕES RELACIONADAS AO CUIDADO DIETÉTICO

O cuidado dietético é um conjunto de ações realizadas como parte do cuidado nutricional. O objetivo é garantir o aporte nutricional, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o estado fisiológico das pessoas, sua patologia e os tratamentos subsequentes, levando-se em consideração seus hábitos culturais e religiosos, sua capacidade individual e preservando o prazer de se alimentar.

As ações relacionadas ao cuidado dietético é um processo evolutivo, centrado sobre a saúde da pessoa que está sendo cuidada, considerando a sua integralidade.

Compreende diferentes etapas:

- a coleta de dados gerais e específicos
- o diagnóstico dietético: etapa essencial para o cuidado dietético. É realizado a partir do raciocínio clínico do dietista. Compreende uma coleta sistemática e detalhada de informações sobre análises da avaliação dietética, das desordens nutricionais, dos objetivos médicos, da vivência e dos hábitos de vida da pessoa. A finalidade é possibilitar uma estratégia personalizada formulando-se objetivos dietéticos para fins nutricionais que sejam exequíveis para a pessoa que está sob cuidados, além da negociação com a pessoa em tratamento sobre o plano de cuidados e avaliação.
- a coordenação e o planejamento das ações
- a implementação das ações específicas do dietista
- a avaliação da efetividade das ações e os reajustes

A.1 CONSULTA DIETÉTICA

A.1.1 Definição da consulta dietética

A consulta dietética é um, conjunto de ações desenvolvido através de entrevista face a face entre a pessoa em tratamento (com acompanhante ou não) e o dietista. A consulta dietética é realizada em seguida a uma prescrição. A consulta compreende: avaliação dietética, implementação de uma estratégia, negociação com a pessoa em tratamento sobre os objetivos do cuidado dietético. O acompanhamento nutricional tem objetivos educativos, preventivos ou terapêuticos. É uma atividade em colaboração com os outros profissionais de saúde, de acordo com a pessoa atendida e segundo os objetivos da consulta.

A.1.2 Objetivos e características da consulta dietética

Cada consulta tem um objetivo específico podendo ser para:

- elaboração de um diagnóstico dietético
- uma ação de prevenção
- implementação de um tratamento nutricional
- uma educação terapêutica

Continuação Quadro 6: Recomendações para a prática clínica do dietista segundo a ADFL (2006)

- um acompanhamento do estado nutricional
- a realização de uma avaliação geral

Ao longo da consulta, o objetivo inicial pode ser reorientado ou complementado por outros objetivos em função das necessidades e das expectativas do paciente.

A informação do paciente e a abordagem educativa são partes integrantes da implementação do cuidado dietético.

A definição das orientações e do conteúdo dos diferentes tipos de consulta pode permitir ao médico orientar sua prescrição e ao dietista ser guiado em suas práticas.

A.1.3 Procedimento para a consulta dietética

A entrevista face a face realizada pelo dietista se desenvolve em diferentes níveis de atenção: consultório, hospitalização ou em ações de prevenção.

Os princípios da entrevista dietética são os seguintes :

- a consulta dietética baseia-se na utilização de técnicas de comunicação apropriadas e a criação de condições de diálogo que permitem estabelecer uma relação de confiança
- a consulta requer por parte do dietista, atitudes relacionais e competências em comunicação
- para ser bem sucedido nas etapas de condução da entrevista dietética, é indispensável estabelecer o tempo necessário, em torno de 1 hora para a primeira consulta. A fase de diagnóstico e de elaboração dos objetivos necessitam provavelmente de várias seções de consulta em função do detalhe da investigação.

A.1.4 Coleta de dados e instrumentos

Os dados necessários para a consulta dietética provêm de diferentes fontes:

- das informações contidas no prontuário do paciente
- da entrevista com a pessoa a ser cuidada e/ou seu acompanhante
- da entrevista com os profissionais de saúde

Os dados podem ser gerais, úteis a todos os profissionais de saúde, ou específicos para a elaboração de uma estratégia de cuidado dietético.

Os dados específicos a serem coletados são selecionados pelo dietista em função da patologia, das situações de vida e dos objetivos da consulta.

- Dados gerais: administrativos, socioprofissionais, clínicos, atividades da vida cotidiana e a qualidade de vida.

- Dados específicos:

◆Dados clínicos complementares disponíveis

- Antecedentes nutricionais relacionados com o motivo de hospitalização
- Medidas antropométricas
- Dados biológicos nutricionais: exploração de sinais clínicos nutricionais
- Existência de problemas de comportamento alimentar
- Indicadores de má nutrição (obesidade, sobrepeso, desnutrição)
- Existência de problemas de mastigação e de deglutição
- Existência de problemas digestivos

◆Dados sobre as condições de vida

- Hábitos de vida, composição da família
- Hábitos alimentares religiosos e/ou culturas, terapêutica
- História do peso
- Apreciação das condições financeiras (modalidades de compras alimentares (onde, quando, com quem ?)
- Apreciação dos hábitos para a preparação e o consumo dos alimentos: equipamentos domésticos, número de refeições, local das refeições e condições (sozinho (a) ou acompanhado (a), duração e horário das refeições, consumo entre as refeições, etc.).
- Refeições extras : prazer ou compulsão, sensação de fome ou de saciedade, preferências (gostos, alimentos, etc.)
- Nível de autonomia psicológica (em colaboração com o psicólogo ou psiquiatra)
- Presença de deficiência física podendo ter repercussões sobre as compras alimentares, a preparação de refeições, a forma de se alimentar
- Apreciação da atividade física ou esportiva
- Apreciação do consumo de tabaco

◆Dados sobre o conhecimento da pessoa em tratamento

- Apreciação das expectativas referentes ao problema nutricional
- Apreciação das motivações
- Apreciação das crenças alimentares

Continuação Quadro 6: Recomendações para a prática clínica do dietista segundo a ADFL (2006)

<p>♦ Avaliação das experiências (conhecimentos, competências, representações) das pessoas As pessoas têm experiências em matéria de alimentação. Estas experiências são avaliadas no momento do diagnóstico e durante as consultas da rotina para medir a evolução dos comportamentos em relação às modificações negociadas e esperadas</p> <p>♦ Avaliação dos consumos alimentares Quantitativas e qualitativas, calculadas ou não</p>
<p>A.2 DIAGNÓSTICO E OBJETIVOS DIETÉTICOS</p> <p>O diagnóstico dietético considera os aspectos médicos, psicoafetivos, sociais e pessoais, tais como, a avaliação das motivações e expectativas, dos hábitos de vida, principalmente a atividade física e o consumo alimentar da pessoa.</p> <p>Os objetivos dietéticos são integrados aos objetivos nutricionais. Estes últimos podem necessitar da intervenção de outros profissionais de saúde para serem atingidos, assim como as ações de apoio (organização do auxílio para oferecer às refeições aos pacientes, por exemplo).</p> <p>Os objetivos dietéticos devem ser discutidos com o médico e negociados (parceria) entre o dietista e a pessoa sob cuidados.</p>
<p>A.3 PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS E REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO DIETISTA</p> <p>A.3.1 Ações realizadas diretamente pelos dietista</p> <p>O dietista seleciona suas ações em função das orientações da consulta e dos objetivos dietéticos e nutricionais determinados a partir de um diagnóstico dietético. Ele não se limita a uma distribuição de documentos ou de “dietas padronizadas” que não permitem modificar um comportamento alimentar.</p> <p>♦ Ações de avaliação complementar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avaliação do consumo alimentar e dos hábitos de vida : o dietista é o profissional de saúde mais habituado e experiente para avaliação qualitativa e quantitativa do consumo alimentar • avaliação global das dificuldades e dos meios necessários para modificar um comportamento alimentar, comparada aos resultados obtidos (sinais clínicos, resultados de exames biológicos e antropométricos) ao final de um ciclo de consultas. <p>♦ <i>Ações relacionadas aos conhecimentos :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • explicação das recomendações personalizadas, adaptadas aos hábitos de vida da pessoa e individualizadas pelo dietista • informações fornecidas a pessoa em tratamento : o dietista auxilia a pessoa a estabelecer uma relação entre a patologia e o comportamento alimentar, a reconhecer os seus próprios fatores de risco, explica sobre a composição dos alimentos, a preparação e conservação dos alimentos e os benefícios de uma recomendação dietética. <p>♦ Ações de educação terapêutica nutricional que se apóiam sobre os princípios e as etapas da <i>educação</i> terapêutica.</p> <p>♦ Ações de auxílio à tomada de decisões.</p> <p>♦ Ações de educação <i>nutricional</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adaptação do consumo alimentar aos parâmetros nutricionais em relação ao tratamento ou uma patologia. • auxílio e acompanhamento da elaboração de uma estratégia para resolução das dificuldades em uma situação cotidiana, reproduzindo situações de vida. <p>♦ Ações de recomendações seguida após as dos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • complementos nutricionais orais e/ou produtos de nutrição enteral • complementos vitamínicos ou minerais. <p>A.3.2 Ações de apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> • distribuição de refeições em domicílio • organização de auxílio para a refeição ou para a compra de alimentos • contato com um prestador de serviço para a alimentação enteral ou de complementos nutricionais orais • prevenção de riscos no momento da alimentação com a supervisão de enfermeira • contato com profissional para problemas de deglutição • contato com ergoterapeuta para adaptação de mobiliário ou talheres e recomendações de instalação para as refeições • contato com um psicólogo para trabalhar, de acordo com a pessoa, aspectos psicológicos que tenham impacto direto sobre o comportamento alimentar e a saúde da pessoa. <p>A.3.3 Instrumentos pedagógicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • situações de aprendizagem adaptadas a cada pessoa em tratamento : a discussão, a análise do “como fazer”, a resolução de problemas, os jogos de papéis, etc. • suportes informativos : sites da Internet pertinentes, programas informatizados, videocassetes, modelos de

Continuação Quadro 6: Recomendações para a prática clínica do dietista segundo a ADFL (2006)

alimentos, jogos interativos.

- alimentos ou representações de alimentos utilizados para simular ações de escolha alimentar, refletir sobre sua composição e sua associação.

A.3.4 Informações as pessoas em tratamento

Elas devem ser :

- realizadas a partir das recomendações nacionais ou internacionais ou da literatura reconhecida pela qualidade metodológica.
- adaptadas à pessoa em tratamento (língua, hábitos alimentares e culturais).
- práticas e úteis para o dia a dia.
- confiáveis, claras, cuidadas em sua apresentação e sua estrutura.

A.4 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS AÇÕES

Os critérios de avaliação do impacto dos cuidados são adaptados a cada situação de cuidado, as patologias, aos objetivos da consulta, em especial às situações de educação terapêutica e as ações de saúde pública. Eles compreendem:

- os conhecimentos das pessoas em tratamento: conhecimentos da doença e os tratamentos, tanto teóricos quanto práticos, as capacidades existentes e adquiridas.
- os aspectos físico-sociais relativos às pessoas em tratamento: controle percebido sobre a sua saúde, apoio social, etc., pertinência dos objetivos e das ações determinados previamente.
- os comportamentos da pessoa em tratamento: comportamentos de saúde, autocuidado, adesão (como a adaptação das escolhas alimentares, a regulação das tomadas alimentares, a utilização dos instrumentos entregues à pessoa, a evolução do comportamento de vida, a adesão das ações negociadas).
- os aspectos biomédicos e clínicos: variações de peso e do estado nutricional, rapidez de melhoria do estado de saúde, diminuição das seqüelas, as complicações e as recaídas, a estabilidade e melhoria das funções digestivas, a evolução dos dados antropométricos e os parâmetros biológicos.
- a qualidade de vida do doente: índice de satisfação e bem-estar, de tolerância e aceitabilidade do paciente, dificuldades encontradas.

B.COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O cuidado nutricional é frequentemente o resultado de um trabalho em equipe. Para certas patologias, quando o acompanhamento necessita de cuidados específicos, o dietista recorre a outros profissionais de saúde para elaborar e levar a efeito uma conduta para o cuidado dietético complexo: colegas dietistas, médicos, enfermeiros, ergoterapeutas, assistentes sociais, auxiliares médicos, psicólogos, etc., bem como as pessoas próximas a pessoa cuidada. Os dietistas permitem então implementar uma estratégia dietética coordenada.

Fonte: ADLF (2006, p. 7-19)

Puissant et al. (2000, p. 38-58), em seu estudo sistematizaram as atividades do dietista ligado à produção de refeições hospitalares, destacando que neste setor a alimentação servida deve responder as necessidades dos pacientes hospitalizados, seguindo ou não uma dieta específica, assim como do pessoal que trabalha no estabelecimento. A alimentação tem um papel curativo e pode contribuir com a recuperação do paciente, respondendo a critérios nutricionais. Portanto, a intervenção do dietista é relevante e constitui em uma ação diretamente terapêutica.

No entanto, os autores argumentam que além deste aspecto, para o conjunto dos pacientes hospitalizados, a alimentação constitui um fator importante para a qualidade de vida dentro da rotina hospitalar. Portanto, há necessidade de considerar não só as necessidades nutricionais dos pacientes, como também as suas expectativas com relação à composição das

refeições, dentro das possibilidades de sua patologia. Estas considerações podem tornar o clima mais agradável durante a hospitalização.

O quadro a seguir apresenta as principais atividades e respectivas definições dos dietistas:

Quadro 7: Atividades do dietista na produção de refeições hospitalares

<p>Missão do dietista: na produção de refeições coletivas o dietista tem um papel de “consultor em alimentação”. Sua tarefa essencial consiste em promover uma alimentação respondendo a critérios nutricionais, sanitários e sensoriais, segundo os comensais a serem atendidos. Para isto, a intervenção é ao longo de todo o fluxo de alimentos, conforme descrição abaixo:</p>
<p>◆ ELABORAÇÃO DE CARDÁPIOS</p> <p>◆ Para a elaboração de cardápios o dietista considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • os conhecimentos atuais da nutrição. • a legislação, assim como as circulares referentes à composição das refeições, a distribuição dos alimentos, as gramaturas recomendadas. • as condições orçamentárias e materiais. • o ambiente sociocultural dos comensais. <p>◆ Etapas da elaboração de menus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estabelecimento de um plano alimentar: estrutura das refeições e frequência da rotatividade dos tipos de alimentos e preparações, variando de duas a seis semanas, ou mais, segundo o tipo de comensal. • verificação das necessidades nutricionais das diferentes categorias de comensais, segundo o sexo, a idade, a atividade... • elaboração dos cardápios propriamente ditos em colaboração com o cozinheiro, considerando as gramaturas recomendadas para cada tipo de comensal; a distribuição dos alimentos no dia, na semana, no mês; uma variedade que possibilite a escolha dos alimentos e preparações (por exemplo, variedade de queijos, ou ainda receitas inovadoras para os peixes e aves com legumes para que possam ser mais bem apreciadas...). • garantir uma boa digestibilidade: limitar legume com gosto marcante ou ainda mais de uma preparação rica em gordura por dia (por exemplo maionese, batatas fritas...). • garantir uma boa apresentação. <p>Especificamente nos hospitais, as diferentes dietas têm como base o cardápio padrão. Para cada dieta são detalhados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • as quantidades dos diferentes tipos de alimentos • a distribuição durante o dia • os alimentos a serem excluídos • os modos de cocção • o tipo de apresentação (consistência) <p>O plano alimentar é concebido e serve de referência para todos os cardápios servidos: da alimentação normal e a partir desta os cardápios da alimentação dos pacientes com dietas individualizadas.</p> <p>◆ O dietista participa sistematicamente da comissão de cardápios e estabelece as fichas técnicas de preparações em conjunto com o chefe de cozinha.</p>
<p>◆ A SELEÇÃO E A COMPRA DOS PRODUTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • participa da análise das amostras dos diferentes produtos e analisa os resultados em função dos critérios estabelecidos. • implementa os procedimentos de controle durante a entrega dos produtos. • atualiza a aplicação da legislação referente aos produtos e à higiene. • realiza estudos comparativos referentes à qualidade / preço dos diferentes produtos propostos, tendo como objetivo, a qualidade do produto final e sua aceitabilidade. • realiza contatos regulares com os fornecedores para acompanhar a evolução de técnicas. • participa em conjunto com o setor de compras na oferta de dados sobre os aspectos nutricionais complementares. • participa da elaboração do caderno de encargos para os produtos, auxiliando na definição de critérios de escolha: nutricional, sensoriais, tecnológicas ou práticas de acordo com as necessidades dos pacientes (textura, aroma, gramatura...). • participa de comissões específicas, implementando protocolos de avaliação de produtos dietéticos utilizados.

Continuação Quadro 7: Atividades do dietista na produção de refeições hospitalares

<p>◆ O CONTROLE E A REALIZAÇÃO DAS PREPARAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participa da organização do trabalho, do controle para atendimento às regras de higiene e do controle da produção. ◆ A responsabilidade é exercida sob diferentes níveis: <ul style="list-style-type: none"> • recepção e armazenamento das matérias primas: implementação de fichas de controle para a recepção e procedimentos para a rotatividade do estoque. • preparação: gramaturas e modos de cocção, criação de receitas, diagramas de produção, informação sobre novos produtos e novas técnicas de cocção, controle da qualidade sensorial dos produtos preparados, análise de riscos. • porcionamento: atendimento às quantidades previstas, supervisão da qualidade da apresentação. ◆ Observa a higiene do local, dos materiais, das preparações e do pessoal. ◆ A responsabilidade é exercida também em Unidades Especializadas de Produção, tais como a cozinha dietética, o lactário, o setor de preparação da alimentação enteral, o setor de preparação de alimentação esterilizada ou destinada à pesquisa, etc. • responsabiliza-se pelo pessoal que trabalha nestas unidades (formação, organização e controle do trabalho). • estabelece fichas para a realização das preparações e verifica a execução das tarefas (pesagens precisas, higiene rigorosa, protocolos a serem respeitados por ordem de introdução dos alimentos ou pelas temperaturas a serem atendidas).
<p>◆ A DISTRIBUIÇÃO E O CONSUMO</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ No momento da refeição, o dietista controla: <ul style="list-style-type: none"> • a qualidade sensorial das preparações: temperatura dos alimentos, apresentação final. • o respeito às regras de higiene. • a aceitabilidade e o nível de consumo. • o aspecto convivial da refeição. ◆ Pode aconselhar sobre o ambiente, o sistema de recepção, os móveis, os pratos, a decoração, a sonorização, a ergonomia e a organização do trabalho do pessoal otimizando sua eficácia. Todos estes aspectos da qualidade do serviço de refeições estão relacionados a importância do acolhimento e da abordagem psicológica ao comensal. ◆ Ainda para as refeições dos pacientes: <ul style="list-style-type: none"> • controla as preparações servidas: conformidade com as solicitações e assegurar a dieta prescrita. • avaliação quantitativa da ingestão alimentar para verificar se as necessidades nutricionais foram atendidas e, se não, adaptar a dieta aos gostos e/ou a capacidade fisiológica do paciente ou prever eventualmente uma suplementação. • participa da elaboração de enquête de satisfação e de sua análise, e, complementando a avaliação da ingestão.
<p>◆ OUTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • formação e aperfeiçoamento do pessoal de cozinha e de distribuição: temas referentes à higiene, a nutrição, a organização racional do trabalho, a animação das refeições, aplicação do método de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC). • ações para assegurar a aceitabilidade dos serviços prestados. • observação do aspecto convivial do serviço, ouvindo os comensais no momento da refeição. • ações de prevenção da saúde: sensibilização dos comensais (animações, encontros, elaboração de documentos, etc) com o objetivo de conscientizá-los sobre a importância de uma alimentação variada e equilibrada.

Fonte: Puissant et al. (2000).

No mesmo sentido, Sousa (2001, p. 123-124) destaca algumas ações desenvolvidas em hospitais, através de fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e a gestão da produção das refeições nas Unidades de Alimentação e Nutrição, conforme quadros 8 e 9:

Quadro 8: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e da gestão da produção das refeições do serviço de dietética e alimentação do *Hôtel Dieu* de Paris, 2000

ATENDIMENTO CLÍNICO-NUTRICIONAL	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA)	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (CONCESSIONÁRIA)
CONHECIMENTO DO PACIENTE ↓	COMISSÃO DE MENUS ↓	ELABORAÇÃO DE CARDÁPIOS ↓	CADERNO DE ENCARGOS	COMPRAS E ARMAZENAMENTO ↓
ESTABELECIMENTO DA DIETA ALIMENTAR ⇒ ↓	INFORMAÇÕES DO PACIENTE REPASSADAS PARA SISTEMA⇒ INFORMATIZADO	NÚMERO DE REFEIÇÕES E TÍQUETES INDIVIDUAIS/ REQUISIÇÕES DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL ↓	RECEPÇÃO DE INFORMAÇÕES NO ESCRITÓRIO DOS AGENTES DE GESTÃO DA COZINHA CENTRAL	PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (FICHAS TÉCNICAS) ↓
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-NUTRICIONAL ↓	COMISSÕES DE DIETISTAS ↔	ROTINAS DE QUALIDADE NUTRICIONAL, HIGIÊNICA E GUSTATIVA	CADERNO DE ENCARGOS E COMISSÕES	RESFRIAMENTO RÁPIDO E ARMAZENAMENTO ↓
ORIENTAÇÃO NA ALTA				PORCIONAMENTO ↓ REAQUECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO

Fonte: Sousa (2001, p. 12)

Quadro 9: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e a gestão da produção das refeições da divisão de nutrição e dietética do ICHC, São Paulo, 2001.

ATENDIMENTO CLÍNICO-NUTRICIONAL (NDCM/NDCC)	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA DISTRIBUIÇÃO (NDT)	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (NPC/NDEX)	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA RECEPÇÃO E ARMAZENAMENTO
PACIENTE ↓		→RECEPÇÃO ↓		→PLANEJAMENTO ↓	AVALIAÇÃO DO CARDÁPIO	PLANEJAMENTO DO CARDÁPIO ↓
PRESCRIÇÃO DIETÉTICA →	SOLICITAÇÃO DE DIETAS →	REQUISIÇÃO →	SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES →	REQUISIÇÃO →	SOLICITAÇÃO DAS UNIDADES →	→PREVISÃO DE GÊNEROS ↓
REGISTRO DO PRONTUÁRIO ↓		INSPEÇÃO ↓		PRÉ-PREPARO ↓	ORDEM DE COCÇÃO ←	RECEPÇÃO DE GÊNEROS ↓
EVOLUÇÃO DIETOTERÁPICA ↓		DISTRIBUIÇÃO ↓		COCÇÃO ↓		ARMAZENAMENTO ↓
ORIENTAÇÃO DE ALTA		HIGIENIZAÇÃO		INSPEÇÃO E ENVASE ↓		DISTRIBUIÇÃO
				DISTRIBUIÇÃO		

Fonte: Sousa (2001, p. 173)

A partir da sistematização do conjunto destas ações e para alcançar os objetivos do presente estudo, buscou-se elementos para a elaboração de um modelo de cuidado alimentar e nutricional fundamentado na dimensão humana. Assim, utilizou-se uma abordagem metodológica centrada na pesquisa qualitativa, cuja técnica valorizasse a interação e a construção deste tipo de cuidado, com base em uma construção coletiva.

2.3 AS DIFERENTES ABORDAGENS DOS ESTUDOS COM GRUPOS

É característica dos seres humanos reunirem-se em grupos: nascem, crescem, desenvolvem-se e morrem dentro de grupos sociais. Em grupos trabalham, se divertem e descansam, e em grupos atravessam os momentos de alegria e crescimento, de tristeza e involução em todos os seus ciclos de vida (OSÓRIO, 1986). Dentro do sistema de assistência à saúde, o espaço grupal representa a oportunidade de desenvolvimento da cidadania e da consciência do direito à saúde, tanto para usuários, como para profissionais, contribuindo, sobretudo para a construção não apenas individual, mas também social e política (SANTOS, 2001).

De acordo com Flick (2004), por muito tempo, em períodos mais antigos da pesquisa qualitativa, a discussão metodológica girou em torno da observação como método principal para a coleta de dados. Entretanto, as entrevistas semi-estruturadas individuais ou em grupos têm atraído interesse, sendo cada vez mais utilizadas. Tal interesse, segundo o autor, está vinculado à expectativa de que é provável que os pontos de vistas dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto, do que em uma entrevista padronizada. Dentre os vários tipos de entrevistas semi-estruturadas, destaca-se a técnica do grupo focal, devido a sua contribuição para o desenvolvimento de pesquisas em geral.

Neste contexto, as diferentes abordagens de estudos com grupos que vem sendo amplamente utilizadas na área da saúde, apontam como principal característica a busca da compreensão particular daquilo que estuda, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Entretanto seus achados podem ser utilizados para compreender outros fenômenos que apresentem relação com o fato ou situação estudada, desde que o pesquisador atinja um nível conceitual através dos dados obtidos (BARDIN, 1977; MARTINS, 2001).

Meier et al. (2003) relatando experiências com a abordagem qualitativa em estudos da área da enfermagem, destacam alguns aspectos positivos da pesquisa realizada através de grupos focais. Os grupos proporcionam um vínculo entre os participantes, o que favorece o surgimento de respostas consistentes, reflexões novas e originais. Além disso, a observação desta técnica permite que o pesquisador conheça em *loco* as condutas, comportamentos e percepções dos pesquisadores, e ainda apresenta custos reduzidos.

Esta abordagem metodológica vem sendo inserida cada vez mais na área da saúde, em especial na nutrição. De acordo com uma pesquisa retrospectiva nos periódicos do *Journal of Nutrition Education* (JNE) no período de 1969 a 1999, apenas 8% dos artigos publicados no jornal utilizaram a pesquisa qualitativa, dos quais 85% na década de 90, mostrando uma tendência atual em explicar fenômenos a partir de dados qualitativos na área de nutrição (SOBAL, 2001).

Para Minayo & Sanches (1993), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Considerando as características da pesquisa qualitativa e as contribuições para as ciências da saúde advindas dos estudos realizados com grupos, optou-se, para o presente estudo, a utilização da técnica do grupo focal.

2.3.1 Grupo focal: a valorização das concepções individuais e coletivas

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa inspirada em técnicas de entrevistas não-direcionadas e técnicas grupais utilizadas na psiquiatria. Consiste em entrevistas em grupo, sobre um “foco” ou “tópico” específico. Busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviço. Difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter dados necessários à pesquisa. Sua formação deve obedecer a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a esse a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 1996; CARLINI-COTRIM, 1996).

Esta técnica vem sendo amplamente utilizada na pesquisa qualitativa, pois, ao mesmo tempo em que permite ao pesquisador obter dados para seus estudos, garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções, de uma auto-avaliação, o que possibilita a

mudança de comportamento. Este tipo de pesquisa objetiva a revelação das diferenças e das diversidades existentes no mesmo contexto (VICTORA et al., 2000).

O objetivo principal da técnica é extrair os conceitos, relevâncias e valores de um grupo de entrevistados, de acordo com o interesse da pesquisa.

Do ponto de vista operacional, o grupo focal se desenvolve em reuniões com um pequeno número de participantes. De acordo com Sobal (2001) recomenda-se um total de 3 a 5 grupos focais, com adição de outros se necessário, contendo entre 6 e 10 participantes; enquanto Tanaka & Melo (2001) sugerem de 3 e 12 grupos, com no mínimo 6 e no máximo 10 participantes cada um. Ainda com relação à composição dos grupos, Lara et al. (2004) sugerem entre 6 a 12 pessoas por grupo, recomendando-se ainda, que sejam convidados mais 20% do número de participantes para cobrir possíveis ausências.

Entretanto, segundo Bosi (1994), em se tratando de uma perspectiva qualitativa, no que se refere a amostragem, não se fazem necessárias questões como representatividade, verificabilidade ou generalização nos termos que estas características, entre outras, são necessárias à tradição quantitativa. Nesse caso preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, portanto, um critério não numérico.

Portanto, o importante é selecionar pessoas com diferentes opiniões em relação ao tema a ser discutido, e o objetivo é obter não uma representação quantitativa de diferentes opiniões e setores, mas sim o relato de cada segmento sobre o objeto da avaliação (TANAKA & MELO, 2001).

Com respeito à composição do grupo focal, os autores indicam que deve ser homogênea (mesmo sexo, faixa etária aproximada, experiência profissional semelhante), preservando certas características heterogêneas, um balanço entre uniformidade e diversidade do grupo, permitindo dessa forma, que os participantes sintam-se confortáveis e livres para participar da discussão. O local para as reuniões deve favorecer a interação entre os participantes e exemplificam que uma sala com cadeiras confortáveis ou em volta de uma mesa é o suficiente. Recomenda-se ainda que os encontros tenham duração aproximada de uma hora e trinta minutos a no máximo três horas, e para registrar as discussões, pode-se utilizar gravadores, salientando a importância da identificação dos participantes com cartões, crachás ou etiquetas, facilitando o trabalho do pesquisador.

Ressel et al. (2002) recomendam que as entrevistas sejam sistematizadas em encontros, sendo pré-estabelecido para cada um, objetivos de investigação, bem como uma técnica específica a critério do pesquisador (entrevistador). Podem ser utilizadas técnicas como, por exemplo, a explosão de idéias, que consiste em colocar a questão: “qual a primeira

idéia que lhe vem a mente quando se fala em determinado assunto”, para que surjam as primeiras concepções sobre o tema pesquisado; além da utilização de pequenos textos ou frases que tragam conceitos pertinentes ao trabalho, funcionando como incrementador do debate.

Cabe ressaltar que os participantes devem ser vagamente informados sobre o tema da discussão, para que não compareçam com idéias preestabelecidas (TANAKA & MELO, 2001).

Outro aspecto considerado importante é o estabelecimento prévio dos dias e horários dos encontros, juntamente com os entrevistados, respeitando-se o início e o término do horário previsto (RESSEL et al., 2002).

Uma vez que a fala é o que possibilita acessar o fenômeno interrogado, o qual se insere na experiência de vida do homem, realiza-se a entrevista como forma de acessar a vivência do sujeito, bem como dos significados a ela atribuídos. Segundo Bruns & Holanda (2003, p. 89) para realizar esta trajetória é possível seguir alguns passos: após a obtenção dos discursos, obtidos por intermédio de uma questão norteadora, empreende-se uma leitura global de todos os discursos, buscando-se neste momento captar o modo como cada entrevistado vivencia o fenômeno interrogado e, sendo assim, a entrevista é mediada por uma única questão para que a pessoa tenha liberdade para se expressar, da maneira que melhor convier.

De acordo com os mesmos autores, todas as formas de análise podem ser feitas a partir de qualquer relato, sendo o pesquisador incumbido durante a coleta de permanecer ativo, presente como um interlocutor que solicita e acolhe e também pedindo às pessoas que retornem à sua experiência concreta quando elas fogem para a opinião ou a teoria.

Alguns estudos na área da saúde e especificamente na nutrição, destacam a relevância da utilização desta técnica quando o objetivo é a construção de propostas a partir da experiência vivenciada pelos grupos.

Watters et al. (2003), desenvolveram um estudo para avaliar a percepção de pacientes sobre o serviço de alimentação hospitalar. Os temas dos grupos focais enfatizaram a saúde, a qualidade, a adequação da refeição, assim como a variedade, a seleção, a capacidade de escolha, os erros no cardápio, dentre outros aspectos. Os pontos que emergiram dos grupos focais foram explorados através de entrevistas coletivas com os pacientes (n=116) para determinar áreas de melhorias. Os pacientes consideravam que o alimento servido no hospital deve ser um modelo de alimentação saudável. Por outro lado, foi destacado que a educação e

a comunicação com os pacientes e equipe de enfermagem são importantes para a melhoria da satisfação com o serviço de alimentação.

Zeni (2004), utilizou a técnica para análise do comportamento alimentar de trabalhadores idosos, e destacou que, através das entrevistas em grupos, evidenciou-se a percepção dos entrevistados sobre a influência do envelhecimento e do trabalho no comportamento alimentar destes trabalhadores, e considerou este tipo de metodologia válida e confiável.

Lima et al. (2004), investigaram conhecimentos, atitudes e comportamentos para hipertensão arterial entre adultos de uma comunidade de baixa renda, na região do Ceará. Além disso, analisaram as razões que norteiam suas atitudes com relação aos fatores de risco comportamentais - tabagismo, hábito de ingerir bebidas alcoólicas, ingestão de sal e gorduras na dieta e a prática de exercícios físicos. Os achados do estudo revelaram que as razões norteadoras dos comportamentos e atitudes investigadas estão ligadas a emoções, a questões sociais e econômicas. Em relação às mudanças comportamentais, evidenciou-se o abandono de alguns prazeres para pessoas que lutam para sobreviver em condições de vida de pobreza. O estudo concluiu que a situação de pobreza interfere nas possibilidades de mudança de comportamentos.

Mckinley et al. (2005), analisaram as percepções de 106 escolares com idade entre 11 e 12 anos sobre comida e nutrição. As entrevistas abordaram aspectos como sabor, textura e aparência da comida, escolha dos alimentos, imagem corporal e controle de peso. Os resultados evidenciaram que muitas barreiras e motivações em relação à alimentação saudável devem ser consideradas, ressaltando a necessidade de estratégias de intervenção e educação nutricional direcionadas ao público adolescente.

No estudo de Lara et al. (2004), na área da psicologia, explorou-se o modo como a depressão em mulheres é conceituada e vivenciada e buscou-se dar significado às perspectivas das mulheres sobre si mesmas. Através das discussões em grupo, as mulheres encontraram similaridade entre as maneiras com que a depressão era percebida e descrita, e compartilharam suas experiências, contribuindo muito para os achados da pesquisa.

Estes estudos demonstram que a pesquisa realizada com grupos se apresenta adequada as análises das representações e relações de grupos de profissionais de diversas áreas e processos de trabalho.

O universo de significados, percepções e valores emerge nas discussões grupais em decorrência da interação do grupo em determinado ambiente social, além de provocar

reflexões que podem conduzir a um maior conhecimento e conscientização dos sujeitos a respeito da temática levantada (CAMPOS & BOOG, 2006).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa apresenta como concepção teórica, a abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. De acordo com Godoy (1995), tal estratégia tem sido apontada para atender aos pesquisadores que procuram responder às questões “como” e “por que” determinados fenômenos acontecem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais.

Considerando as características da pesquisa qualitativa, a técnica fundamental para a coleta de dados neste estudo foi a dos grupos focais, compostos pela equipe de nutricionistas de um hospital público do estado de Santa Catarina, referência na Política Nacional de Humanização.

Assim, buscando alcançar os objetivos deste projeto de dissertação, foi utilizada a pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, e a técnica do grupo focal. Dessa forma pretendeu-se responder às questões apontadas no referencial teórico e à natureza do problema.

3.2 O MODELO DE ANÁLISE

3.2.1 Definição de categorias e subcategorias

A maior parte dos procedimentos de análise organiza-se através do processo da categorização, que segundo Bardin (1977), é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamentos segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), cujo critério de classificação está relacionado com a investigação que cada uma delas tem em comum com as outras.

Nesta pesquisa, elaborou-se a seleção das categorias e subcategorias, preliminarmente, consideradas relevantes para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para a instituição hospitalar estudada, baseada na fundamentação teórica:

A categoria 1, *Ser nutricionista para um atendimento humanizado*, fundamentou-se no conceito do cuidado alimentar e nutricional adaptado de Mahan & Arlin (1991), que abordam questões conceituais, práticas e éticas, a respeito da assistência prestada por nutricionistas aos pacientes. A categoria 2, *Pensar em atitudes de humanização*, baseou-se

nos preceitos da Política Nacional de Humanização, bem como nas estratégias de interação entre a o atendimento clínico-nutricional e produção de refeições citadas no estudo de Sousa (2001), Sousa (2002) e Sousa & Proença (2004), denominadas para este estudo de iniciativas de humanização. A sistematização destas categorias encontra-se no Quadro 10 e nos itens abaixo:

Quadro 10: Categorias e subcategorias de análise referentes a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para a instituição hospitalar estudada

Categorias	1. Ser Nutricionista para um atendimento humanizado	2. Pensar em atitudes de humanização
Subcategorias	a.Avaliação do paciente b.Planejamento do cuidado nutricional c.Implementação do cuidado nutricional d. Avaliação do cuidado nutricional	a.Concepções da humanização no cuidado nutricional b. Necessidades do paciente para receber atendimento qualificado c. Necessidades do nutricionista para desenvolver atendimento qualificado d. Iniciativas de humanização

3.2.1.1 Categoria 1: Ser Nutricionista para um atendimento humanizado

A partir da questão “O que é ser nutricionista para um atendimento humanizado”, buscou-se compreender os seguintes aspectos da atividade destes profissionais:

- a) Avaliação do paciente: aspectos clínicos relacionados ao histórico clínico nutricional.
- b) Planejamento do cuidado nutricional: aspectos clínicos referentes à prescrição dietética bem como medidas que possibilitem ao paciente atingir suas necessidades nutricionais.
- c) Implementação do cuidado nutricional: aspectos relacionados à produção de refeições, modificações necessárias para tornar o alimento aceitável pelo paciente e educação nutricional ao paciente e à família.
- d) Avaliação do cuidado nutricional: aspectos relacionados à monitoração da ingestão alimentar, alteração do comportamento alimentar e monitoração dos dados clínicos e nutricionais.

3.2.1.2 Categoria 2: Pensar em atitudes de humanização

Após compreender como a equipe de nutricionistas percebe e concebe o seu trabalho e como nele se insere, as nutricionistas foram questionadas sobre atitudes de humanização exequíveis, dentro do cuidado alimentar e nutricional. Com tal questão buscou-se compreender os seguintes aspectos:

- a) Concepções da humanização no cuidado nutricional
- b) Necessidades do nutricionista para desenvolver atendimento qualificado
- c) Necessidades do paciente para receber atendimento qualificado
- d) Iniciativas de humanização
 - d.1) avaliação do serviço oferecido: apresentação, sabor, textura, horário e local onde são realizadas as refeições.
 - d.2) possibilidade de escolha de preparações fora do cardápio padrão.
 - d.3) ações de melhoria na qualidade sensorial: testes de novas receitas, uso de temperos, testes de degustação.
 - d.3) substituição ou complementação de alimentos após ingestão alimentar.
 - d.4) informações ao paciente e ações educativas.

Contudo, destaca-se que na construção coletiva a partir dos grupos focais, emergiram outras subcategorias, fazendo com que o quadro acima contribuísse inicialmente para nortear a pesquisa.

3.3 SELEÇÃO DO LOCAL E DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os critérios para seleção do local e participantes no presente estudo foram embasados na pergunta de partida, nos objetivos propostos e na técnica adotada (grupo focal).

Este estudo está inserido no contexto da linha de pesquisa Diagnóstico e Intervenção Nutricional em Coletividades e do Núcleo de Pesquisa em Produção de Refeições – NUPPRE, dando continuidade às análises de Sousa (2001) e Bertin (2005).

Foi desenvolvido em um hospital público do estado de Santa Catarina, referência na PNH, apresenta 260 leitos exclusivos do Sistema Únicos de Saúde e dentre as ações que integram a Política de Humanização interna do hospital destacam-se 22 programas voltados para os trabalhadores da instituição e 42 programas e ações voltados aos usuários do sistema de saúde.

Desenvolveu-se esta pesquisa com a equipe de nutricionistas do hospital, que atuam no setor denominado Serviço de Nutrição e Dietética (SND), compondo ao todo treze profissionais do sexo feminino.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

Primeiramente a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As treze nutricionistas aceitaram participar da pesquisa mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), através do qual ficou clara a garantia do anonimato e da participação espontânea, assegurando às entrevistadas o direito de sair da pesquisa em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Para a coleta de informações foram realizados os grupos focais, com o auxílio de três perguntas norteadoras além de um roteiro semi-estruturado, o Guia de Entrevistas (Apêndice A), elaborado de acordo com questões norteadoras para a concepção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional fundamentado na dimensão humana, específico para o hospital estudado. O referido guia foi avaliado através de um teste piloto, o que possibilitou ao pesquisador definir, parcialmente, o tempo de duração da entrevista.

As treze nutricionistas foram distribuídas em dois grupos (Grupo 1 e Grupo 2), estabelecendo-se como critério o tempo de serviço no hospital. O Grupo 1 foi composto por seis nutricionistas, que trabalham entre nove e vinte e três anos no hospital, enquanto o Grupo 2 foi composto por sete nutricionistas, as quais trabalham entre sete anos e quatro meses no hospital estudado.

Foram realizados quatro encontros de discussão, sendo dois com cada grupo, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, cujo horário foi acordado entre as participantes. O local escolhido, também acordado entre as participantes, foi a sala de reuniões do SND.

Seguindo as recomendações de Ressel et al. (2002), cada encontro teve um objetivo e uma técnica pré-estabelecidos. Ao início de cada reunião utilizou-se música ambiente e solicitou-se às entrevistadas que fechassem os olhos, aplicando-se um exercício de respiração, para proporcionar relaxamento e concentração. Para as entrevistas foi utilizada a técnica da “explosão de idéias”, a partir das seguintes perguntas norteadoras, conforme destacado anteriormente:

- a) O que é ser um nutricionista para um atendimento humanizado?

b) Que atitudes humanizadoras são exequíveis para um cuidado alimentar e nutricional dentro do SND?

As entrevistas foram registradas em dois gravadores (digital e microcassete) e em caderno de campo, sendo posteriormente transcritas, respeitando-se a recomendação de Levy et al. (2004). Nesta pesquisa as entrevistadas foram identificadas com a abreviação da palavra Nutricionista “NUT” seguida por algarismos cardinais (Ex: NUT 1; NUT 2).

Após a transcrição e a digitação das gravações, realizou-se a auto-confrontação, através da qual cada participante recebeu uma cópia da entrevista para acrescentar ou retirar algo ao material e assiná-lo, assim como contou com a pesquisadora para esclarecer possíveis dúvidas.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A partir do levantamento e análise dos dados, objetivou-se verificar se existe concordância entre os resultados observados e as questões levantadas pelos pressupostos que nortearam a pesquisa (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1992). De acordo com os autores, o tratamento e a análise dos dados devem ser realizados em três etapas:

- Descrição e agregação de informações
- Análise da relação entre as categorias
- Comparação entre os resultados esperados e os obtidos

Após a transcrição das gravações e digitação das mesmas, realizou-se o processo da Análise do Conteúdo (AC), que segundo Bardin (1977, p. 42), consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens”, devendo obedecer as seguintes etapas:

a) Pré-análise do conteúdo das entrevistas transcritas: a partir de uma leitura e organização do material coletado, considerando os critérios de:

- Exaustividade: o material selecionado deverá dar abrangência a todos os elementos necessários;
- Representatividade: na amostragem, selecionar os documentos realmente representativos;
- Homogeneidade: a escolha dos documentos deve estar baseada na mesma técnica;

- Pertinência: o material precisa conter ou selecionar o problema.
- b) A exploração do material: fazendo-se uma codificação dos dados a partir de unidades de registro que correspondem ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base. Para este estudo, as unidades de base foram a palavra ou frase, e o tema.
- c) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: a partir das categorias obtidas, baseando-se nos pressupostos teóricos que serviram de fundamentação para o estudo, foram realizadas a inferência e a interpretação dos dados, voltando à literatura pertinente, quando necessário, para subsidiar o processo reflexivo.

Finalmente, a partir dos dados obtidos e analisados, foi realizado um levantamento dos elementos que auxiliassem na construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional fundamentado na humanização, como referência para a política de humanização do hospital. Da mesma forma que na análise das categorias, a construção do modelo foi realizado a partir de um confronto entre os dados obtidos durante a entrevista, com dados da literatura, relacionando as seguintes sistematizações:

- a) Concepções das nutricionistas
- b) Realidade do trabalho das nutricionistas
- c) Necessidades das nutricionistas
- d) Necessidades do paciente hospitalizado

4 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO

4.1 SER NUTRICIONISTA PARA UM ATENDIMENTO HUMANIZADO

A partir da questão *O que é ser nutricionista para um atendimento humanizado?* emergiram outros elementos para análise que foram agregadas nas subcategorias, preliminarmente selecionadas. As subcategorias e os novos elementos encontram-se sistematizados no quadro 11 e, posteriormente, realizou-se a descrição e discussão de cada um destes aspectos.

Quadro 11: Categoria 1: Ser nutricionista para um atendimento humanizado

Subcategorias	Elementos de análise
Avaliação do paciente (aspectos clínicos e bioquímicos relacionados ao histórico clínico nutricional)	<ul style="list-style-type: none">•Dados antropométricos e bioquímicos•Anamnese alimentar•Histórico de nutrição•Priorização do atendimento•O aspecto social
Planejamento do cuidado nutricional (aspectos clínicos referentes à prescrição dietética, bem como medidas que possibilitem ao paciente atingir suas necessidades nutricionais)	<ul style="list-style-type: none">•Cálculos nutricionais•Cuidado alimentar: ações das nutricionistas da produção de refeições•Prescrição dietoterápica•Interação das nutricionistas com outros profissionais de equipe de saúde
Implementação do cuidado nutricional (dados relacionados à produção de refeições; modificações necessárias para tornar o alimento aceitável pelo paciente, educação nutricional ao paciente e à família).	<ul style="list-style-type: none">•Disponibilidade de alimentos•Modificações da dieta•Qualificação e formação de profissionais da produção e distribuição das refeições•Condições de trabalho
Avaliação do cuidado nutricional (dados relacionados à monitoração da ingestão alimentar, alteração do comportamento alimentar, monitoração dos dados clínicos e nutricionais).	<ul style="list-style-type: none">•Acompanhamento da aceitação da dieta•Visita diária•Desnutrição hospitalar•Cumprimento dos objetivos: sucesso do tratamento (produção de refeições e clínica)

4.1.1 Avaliação do paciente

As nutricionistas de ambos os grupos destacaram que a avaliação clínico-nutricional faz parte do protocolo de atendimento do hospital, ocorrendo nas primeiras horas de internação do paciente. Primeiramente, antes do contato pessoal, verificam-se no prontuário de cada paciente, os registros feitos pela equipe de enfermagem, com respeito a dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e sociais.

Primeiro eu vejo o prontuário pra reconhecer qual a situação que o levou à internação, pra poder ir conversar preparada em relação a isso (NUT 1). Eu sempre procuro ler o prontuário primeiro, saber por que o paciente está internando, de onde ele veio, antes de falar com ele. Aí a gente conversa

com o paciente já sabendo mais ou menos o que ele tem e o que não tem (NUT.7)

O primeiro contato que eu tenho com o paciente é o prontuário, então sempre dou uma olhadinha, e ali sempre tem o histórico da enfermagem que fala um pouquinho até da história social dele que traz alguns pontos importantes (NUT. 6).

Após obter as informações sobre a história do paciente, as nutricionistas buscam dados antropométricos (peso e altura), que normalmente constam do prontuário, uma vez que são coletados pela equipe de enfermagem durante admissão do paciente no hospital. Porém algumas vezes este procedimento é realizado pela equipe de estagiários (as) de nutrição, e também pelas próprias nutricionistas, sempre que julgam necessário. Os relatos a seguir evidenciam a preocupação das nutricionistas com a qualidade e fidedignidade destes dados para uma correta avaliação nutricional:

Muitas vezes os dados antropométricos já estão no prontuário, daí a gente tem que se certificar que aqueles dados foram realmente mensurados e não apenas referidos pelo paciente. Aí na medida do possível a gente pesa e mede de novo. Quando o paciente vem da enfermaria normalmente a enfermagem recebe ele e já pesa e mede, só que às vezes eles só perguntam pro paciente, daí no outro dia quando você vai ver os dados não batem porque foi um dado referido. Às vezes a pessoa não se pesa e não se mede há muito tempo e dá diferença (NUT 7).

A gente mesmo, quando vê que é necessário pesa novamente, mesmo quando não tem estagiária. Porque às vezes você olha e vê que não bate, a gente pergunta pro paciente, então se ele tiver condições de locomoção a gente mesmo verifica, não espera pela enfermagem (NUT 1).

A antropometria é uma ferramenta indispensável para o profissional da nutrição clínica, considerada uma das abordagens mais antigas à quantificação da composição corporal. Através de medições antropométricas relativamente simples e facilmente adquiridas (peso atual, peso ao nascer, altura, pregas cutâneas, circunferência craniana, entre outras), podem ser estabelecidos aspectos do risco nutricional dos indivíduos e até mesmo predizer a mortalidade em idosos (HEYMSFIELD, et al. 2003).

Porém, é importante que os dados antropométricos sejam efetivamente coletados por profissionais da equipe de saúde, pois dados referidos pelo paciente nem sempre são fidedignos. Wyszynski et al. (2003), investigando o estado nutricional de pacientes hospitalizados na Argentina, constataram que nos 38 hospitais estudados, somente em 38,8% encontraram-se registros de dados sobre o estado nutricional dos pacientes, e apenas 12% dos pacientes lembravam de seu peso usual e atual.

De acordo com Campos & Boog (2006), a avaliação do estado nutricional que pressupõe, entre outros procedimentos, a pesagem do paciente, a observação da aceitação da dieta e sua correlação com a evolução do estado nutricional, pode ser realizada pelos enfermeiros. Para tanto, é necessária conscientização por parte dos profissionais de saúde acerca do cuidado nutricional adequado para a evolução clínica apropriada. Além dos conhecimentos em nutrição, torna-se imprescindível que os profissionais tenham clareza de seus papéis e responsabilidades nas condutas relativas ao processo do cuidado nutricional.

No campo da enfermagem, Perry (1997) também chama atenção para o fato de que os conhecimentos sobre nutrição são imprescindíveis na formação do enfermeiro, visto que a desnutrição hospitalar constitui um grave problema passível de prevenção.

A humanização também passa pela competência técnico-científica. A PNH visa entre outros aspectos, a incorporação de novas tecnologias e a especialização dos saberes. Um dos princípios básicos da PNH é o fortalecimento de trabalho em equipe, fomentando a transversalidade e a grupalidade, e ainda, a humanização dos serviços de saúde deve ser operacionalizada, entre outros fatores, com a troca de construção de saberes e com o trabalho em rede com equipes multidisciplinares (BRASIL, 2005, p.11-15).

Labonté e Ouelét (1996) em seu estudo no Canadá constataram que a interdisciplinaridade não é uma atividade frequentemente utilizada dentro da prática dietética. Observaram ainda que, quanto maior o nível de intervenção nutricional, mais tempo é dedicado ao paciente. Isso é verdadeiro para todas as atividades, salvo para a interdisciplinaridade. O maior tempo destinado em ações interdisciplinares ocorre no nível primário de intervenção, o que pode ser explicado pelo fato de que o tempo direcionado ao paciente não está relacionado com a complexidade do tratamento nutricional. A atividade pela qual dietistas parecem dedicar menor tempo é a documentação clínica.

Ainda com relação à antropometria, percebeu-se uma preocupação por parte das nutricionistas em obter as medidas dos pacientes, mesmo que estes apresentem alguma limitação física. Estas profissionais relataram que, em casos de dificuldade de deambulação, algumas técnicas específicas são utilizadas para garantir a avaliação do estado nutricional:

Alguns pacientes que não têm condições de ficar de pé, a gente acaba lançando mão de técnicas pra mensurar peso e altura, pela medida da cama, da perna, do braço. A gente faz a inferência pra poder definir o estado nutricional e com isso faz uma conduta (NUT. 2).

Com relação aos dados bioquímicos considerados importantes para a avaliação nutricional, as nutricionistas relataram que os exames mais frequentemente solicitados pelos médicos e disponíveis no prontuário são: hemograma, proteína total e albumina. Outros

exames como: colesterol e frações, triglicerídeos, glicose, uréia, creatinina e potássio são solicitados somente em casos específicos.

Pra minha avaliação, é importante o hemograma, esses exames tipo colesterol e triglicerídeos os médicos nem pedem, só pedem se tiver uma suspeita, alguma coisa, mas é difícil (NUT. 5).

Quando tem exames de proteína total, albumina, eu olho. Mas nem sempre eles pedem [...] uréia, creatinina, potássio, glicose, colesterol e frações também são importantes (NUT. 9).

O interesse pelos marcadores bioquímicos como auxiliares na avaliação do estado nutricional surge na medida em que se evidenciam alterações bioquímicas precocemente, anteriores às lesões celulares e/ou orgânicas. No entanto, alguns fatores e condições podem limitar o uso desses indicadores na avaliação do estado nutricional, com a utilização de algumas drogas, condições ambientais, estado fisiológico, estresse, injúria e inflamação. Assim, embora os parâmetros de avaliação laboratorial sejam muito importantes para auxiliar na identificação precoce de alterações nutricionais, não devem de modo algum ser utilizado isoladamente para estabelecer um diagnóstico nutricional (CUPPARI, 2002).

Para o grupo, os exames são usualmente solicitados pelos médicos, porém nem sempre suprem suas necessidades para compor o diagnóstico nutricional. Nestes casos, a nutricionista procura o médico responsável pelo paciente e explica sua necessidade, pedindo a ele que solicite o (s) exame (s) em questão. Através da fala a seguir, pode-se observar certa dificuldade para estabelecer parcerias entre médicos e nutricionistas:

Tem médicos que aceitam nossos pedidos, outros não. Normalmente os médicos mais jovens ou mais abertos, que sabem a importância, aceitam melhor (NUT. 9).

Percebeu-se também que em algumas situações, há inexistência ou insuficiência de dados no prontuário, provavelmente por se tratar de pacientes recém internados, conforme a fala a seguir:

Nessa primeira olhada no prontuário a gente já dá uma olhada em tudo, às vezes não tem nada ainda, porque são recém chegados. Mas aí a gente vai conversar pra ver o que está rolando (NUT 1).

Após a observação do prontuário, já contando com dados e informações sobre o paciente, as nutricionistas dirigem-se ao quarto para uma primeira conversa, procurando-se saber como o paciente está, como se sente em relação à doença, evidenciando-se atitudes

humanizadoras na preocupação e valorização do ser humano. Neste momento também é realizada a anamnese alimentar, no intuito de realizar a adequação da dieta:

Quando eu vou conversar com ele no primeiro momento eu faço algumas perguntas, como ele está, como está se sentindo [...] como é a relação dele com o alimento, o que ele costuma comer, o que gosta e o que não gosta, o que aceita ou não aceita, como é que estava se alimentando em casa, se estava se alimentando ou não, pra ter uma idéia da disponibilidade de alimentos na casa dele, procuro perceber como ele está em relação a doença dele, se ele sabe realmente o que ele tem (NUT 6).

Nesse primeiro contato quando vamos ao quarto, fazemos uma série de perguntas do tipo: intolerâncias, alergias alimentares, preferências. Vê a aceitação da alimentação...na verdade são dados do histórico de nutrição (NUT 1).

A anamnese alimentar é utilizada como atividade de rotina na primeira visita ao paciente, e, de acordo com Vasconcelos (2000), consiste na obtenção de informações sobre o consumo e hábitos alimentares do indivíduo no decorrer de sua história de vida, o que propicia ao profissional nutricionista um diagnóstico complementar do estado nutricional atual, além de servir como base na orientação para a prescrição dietoterápica adequada.

Outro procedimento utilizado pelas nutricionistas na avaliação nutricional do pacientes da instituição analisada é o Histórico de Nutrição (Anexo A), um formulário específico da unidade, que consiste em dados gerais, história alimentar, análise dietética, avaliação nutricional e conduta dietoterápica, usualmente anexado ao prontuário do paciente. Porém, este formulário não é aplicado como atividade rotineira, somente em casos com maior risco nutricional ou na presença de estagiários (as), como se pode verificar a seguir:

Os estagiários registram tudo, fazem todo o histórico e nós vamos acompanhando. Eles coletam coisas mais minuciosas que às vezes a gente não pergunta, por exemplo, escolaridade, condições sociais e econômicas, profissão [...]. Isso que normalmente nós não perguntamos na avaliação. E muitas coisas já têm no histórico da enfermagem (NUT. 8).

Na verdade a gente não aplica o histórico, só quando tem estágio curricular ou extracurricular, daí as estagiárias fazem. E às vezes quando é necessário nós fazemos. Aplicamos o histórico quando há alteração importante, ou alguma doença plurimetabólica, que pode ter um prognóstico pior, com a necessidade de investigar mais. Mas normalmente é a avaliação, o dia alimentar (NUT. 11).

Corroborando com estes dados, Bertin (2005), identificando as concepções e práticas da atenção nutricional no mesmo local do presente estudo, verificou em entrevista com a nutricionista responsável pela chefia do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), que a aplicação do histórico, que deveria atingir todos os pacientes, só se torna possível na presença de estagiários, ou de acordo com o estado de saúde dos pacientes. Dessa forma, informações essenciais muitas vezes não são possíveis de serem consideradas para a obtenção de um diagnóstico adequado, comprometendo possivelmente a efetividade do tratamento nutricional.

De acordo com as nutricionistas, o histórico é um formulário extenso, tornando-se impraticável, considerando o número elevado de pacientes para cada nutricionista, e a relação das atividades diárias versus o tempo de trabalho.

Quando a gente está com 30 leitos, sem condições de fazer histórico, pelo menos a gente colhe as informações principais, que ficam com a gente para auxiliar na adequação da dieta. Nós temos o formulário oficial, que nós deveríamos aplicar em todos os pacientes, mas é muito grande, toma muito tempo, como a gente normalmente é uma para 30 leitos, não dá (NUT.1).

A resolução nº 201/98 do CFN dispõe sobre a aprovação dos critérios de estabelecimento dos parâmetros numéricos para atuação dos nutricionistas. Especificamente para a área clínica, a relação entre o número de nutricionistas e o número de leitos, é definida conforme o grau de assistência prestada ao paciente, como pode ser observado a seguir:

* Grau Primário - 1 nutricionista para cada 50 leitos. Entende-se por grau primário a assistência a pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos básicos: cirurgia plástica, dermatologia, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, traumatologia-ortopedia.

* Grau Secundário - 1 nutricionista para cada 30 leitos. Entende-se por grau secundário a assistência a pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos específicos: cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, clínica médica, emergência, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oncologia, pneumologia, proctologia, geriatria.

* Grau Terciário - 1 nutricionista para cada 15 leitos. Entende-se por grau terciário a assistência à pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos intensivos: terapia intensiva, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, cirurgia pediátrica, pediatria, clínica de queimados e centros especializados.

A resolução recomenda ainda que a carga horária mínima recomendada deverá ser de 30 horas semanais e a assistência nutricional diária ao paciente deverá ser de, no mínimo, 12 horas ininterruptas.

Contudo, ressalta-se que na maioria dos hospitais esta resolução, provavelmente, não é respeitada.

Sousa (2001) em suas análises avaliou que tanto na França, quanto no Brasil, a relação de dietistas/nutricionistas por paciente em risco nutricional, representava em média 30 pacientes/dia. Estes pacientes em ambas as situações analisadas são priorizados e acompanhados diariamente.

Garcia (2006) em seu estudo desenvolvido em um hospital público e outro privado destaca que, no primeiro, a média de número de leitos por nutricionista é de 36, e no segundo 44.

Na França, Guy-Grand (1997) analisando o número de dietistas / leito em 68 hospitais ligados a Assistência Pública dos Hospitais de Paris (AP-HP), revelou insuficiência de profissionais e uma grande heterogeneidade na proporção de dietistas / n° de leitos. A média encontrada foi de 1 dietista / 117 leitos.

Considerando o número de pacientes por andar, as nutricionistas foram questionadas sobre “quem é avaliado” e observou-se que há uma priorização do atendimento:

Às vezes é uma situação de uma pessoa normal, que não precisa de um controle cuidadoso. Se eu tenho outros pacientes mais graves com relação à alimentação, este eu só vou fazer um contato para adequação da dieta. No caso do paciente que só pelo prontuário eu já vejo que é uma situação mais complicada, já vou pro quarto com as anotações (altura, peso) que são coletados pela enfermagem (NUT. 1).

Na pediatria eu priorizo desnutrido, anêmico, crianças que estão desenvolvendo obesidade e doenças específicas (celíacos, DM, intolerância a lactose) e também diarreia..., algumas vezes por falta de higiene mesmo, depois melhora. Mas a prioridade é paciente em risco nutricional (NUT. 5).

A gente visita todos, mas avalia aqueles que a gente julga mais graves, que precisam de maior atenção. Pra isso não tem padronização ainda, então cada um na clínica vê o paciente que é mais grave, paciente diabético, com sonda, desnutrido, com doença gástrica importante, paciente que precisa fazer controle de peso, então a gente prioriza. Os outros você visita, mas dependendo da patologia ou até mesmo de como ele está evoluindo, não é necessária uma avaliação diária (NUT 6)..

A priorização do atendimento para os pacientes com risco nutricional é uma prática constante do grupo de nutricionistas. No entanto, o preenchimento do histórico de nutrição não é uma ação rotineira, nem mesmo em pacientes com risco nutricional. Esta avaliação do grupo levanta dúvidas com relação à visibilidade dos distúrbios nutricionais para toda a equipe de saúde, o que pode comprometer a qualidade do atendimento clínico-nutricional e, conseqüentemente o cuidado alimentar e nutricional. As ações são direcionadas para a oferta de refeições.

Em contrapartida, verificou-se preocupação por parte das nutricionistas com a repetição de ações da equipe com o paciente, que tem que responder tantas informações, tendo em vista o trabalho de toda a equipe hospitalar:

O histórico é um formulário muito grande, a gente quer que ele seja bem completo e leva muito tempo pra se coleta [...] e às vezes o próprio paciente não está disponível pra aquilo (NUT 3).

Essa questão de histórico estávamos discutindo hoje no almoço, quem faz ou não faz, e tem toda a questão social de casa própria, água encanada, etc. E eu perguntei se o serviço social não faz isso, ou se tem alguém que já pergunta isso, depois as nutris vão perguntar tudo de novo, aí vira um negócio enorme que ninguém consegue fazer[...] então na verdade em cada pedacinho da estadia do paciente vai sendo feito o histórico, mas ele todo quebradinho assim, daí pode ficar repetitivo para o paciente (NUT.4).

Devido às dificuldades apresentadas, a equipe do SND está reformulando algumas ações de trabalho, a exemplo das orientações dietoterápicas para a alta do paciente e o histórico nutricional. A proposta baseia-se na aplicação da Avaliação Subjetiva Global (ASG), no intuito de otimizar os serviços do cuidado nutricional:

Está em andamento uma proposta de reformulação. Algumas coisas estão sendo feitas primeiro com a elaboração e reformulação das orientações gerais para cada dieta de alta hospitalar (diabetes, hipertensão). O histórico vai ser reformulado pra ser utilizado em situações específicas, mas o que nós vamos usar mais é a ASG que também está sendo revista. Vai ser uma seqüência. Nós estamos fazendo uma triagem. Todos os pacientes vão ter a ASG, que é mais fácil e não demora tanto quanto o histórico. Mas para alguns pacientes ainda vamos precisar aplicar o histórico (NUT 11).

Estamos propondo uma mudança, estamos querendo em reuniões próximas, re-implantar a ASG em conjunto com dados do histórico. Porque a ASG é bem mais rápida e então poderemos fazer com todos. Adicionaremos algumas coisas que já estão nessa nossa visita, que não estão indo pro histórico, mas que no final das contas se coloca na evolução. Então se não

dá tempo de fazer o histórico, a gente visita e registra na evolução ou SOAP [Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Prescrição] (NUT 1).

Aquino (2005) em seu estudo objetivando estudar os fatores associados ao risco de desnutrição em adultos hospitalizados, destaca a importância da realização da triagem nutricional e afirma que é o primeiro passo para o atendimento ao indivíduo hospitalizado, e deve ser adotado por hospitais e seu desenvolvimento deve ser realizado a partir da identificação dos fatores associados ao risco de desnutrição na população.

Assim a identificação dos pacientes em risco nutricional através de uma seleção ou triagem, poderia auxiliar na organização das ações das nutricionistas, e ao mesmo tempo melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Proporcionaria também melhor divisão dos serviços e melhor interação com a equipe de saúde, tendo em vista a complexidade das unidades de internação.

Outro aspecto considerado importante para compor as informações necessárias ao planejamento do cuidado alimentar e nutricional são os dados sociais do paciente. As nutricionistas perguntam se o paciente já esteve internado, se tem diagnóstico de doença crônica, ou se possui acompanhante, para compreender o estilo de vida do paciente. Para verificar o consumo alimentar, especialmente açúcar e óleo, costumam perguntar se o paciente é morador de rua, se mora sozinho ou com outras pessoas.

Segundo Vasconcelos (2000) os aspectos sócio-econômicos, tais como classe social, grau de escolaridade, condições de moradia e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e alimentação, renda mensal, profissão, juntamente com aspectos geográficos e etnoculturais, figuram como dados fundamentais para a compreensão e explicação do estado nutricional de cada indivíduo.

4.1.2 Planejamento do cuidado nutricional

Quando se perguntou sobre o planejamento do cuidado nutricional, as nutricionistas afirmaram que este começa desde o primeiro contato com o paciente e é feito a partir de informações coletadas e observadas.

O planejamento ocorre de imediato, quando você conhece o paciente já vê o que ele está recebendo, ou porque não está recebendo dieta ainda. Enfim qual é o tratamento médico dele, porque tudo depende disso. Se o paciente vem e já vai fazer um preparo para uma cirurgia no dia seguinte, eu tenho que correr e fazer as adaptações. Ou um paciente que não vai pra cirurgia, mas precisa perder peso, eu já faço os cálculos na hora, uso Harris Benedict. Daí vou

acompanhando pra ver se perdeu peso, então quando o paciente chega você já tem que estar preparada pra desenvolver isso (NUT 8).

No entanto, os cálculos nutricionais que definem a dieta não são realizados com todos os pacientes. Aqui, neste caso, percebe-se novamente a priorização do atendimento.

Não fazemos os cálculos com todos, depende da patologia (NUT 9).

Nem todo o paciente necessita de cálculo de necessidades, por exemplo uma cirurgia de hérnia, se o paciente não for diabético ou hipertenso, é uma dieta normal. Já um paciente que já traz no diagnóstico disfagia por alimentos sólidos, aí eu tenho que fazer um trabalho melhor. Faço os cálculos por Harris Benedict - fator injúria e atividade - acompanho a ingestão, calculo, peso diariamente (NUT 8).

Na prática clínica, a determinação das necessidades energéticas pode ser feita através da equação de Harris-Benedict, criada em 1918, que apresenta coeficientes distintos de peso, altura e idade, segundo os sexos. Igualmente, pode-se determinar o requerimento energético pela calorimetria indireta, sobretudo quando pairam dúvidas sobre a aplicabilidade ou precisão da equação de Harris-Benedict (HEYMSFIELD, et al. 2003).

Após a definição do tratamento dietoterápico são encaminhadas as informações para a copeira do respectivo andar, e esta preencherá o mapa de dietas repassando-o para a o setor de produção de refeições, como pode-se observar a seguir:

Definido qual é nosso plano dietoterápico, coloca-se no mapa de dietas, encaminhamos para a copeira. Como o cardápio é padronizado e é trabalhado com médias por tipo de dieta, aquele paciente vai entrar pra produção no rol das dietas brandas, pastosas. Mas quem vai definir isso e colocar dentro da produção é a copeira, que vai entregar o ticket (NUT 1).

Com relação às nutricionistas da produção de refeições, percebeu-se que seu contato com o paciente, mesmo que indireto, está diretamente relacionado ao seu tratamento. Apesar da prescrição dietética e suas modificações serem definidas pelas nutricionistas de clínica, é através das nutricionistas da produção de refeições que a alimentação chega até o paciente. Teoricamente, trata-se de um serviço integrado entre clínica e produção, uma vez que um completa o outro. Porém, através das falas, percebeu-se uma fragmentação nos serviços, quando as nutricionistas da produção demonstram uma visão do alimento em série, e revelam dificuldades de perceberem o ser humano que vai comer. Uma das nutricionistas do setor de produção evidencia que a identificação da individualização do paciente, ocorre através de

modificações ou pedidos extras, que podem caracterizar, segundo ela, dados sociais do paciente.

Meu contato com o paciente é indireto, faço o cardápio. A idéia é que o cardápio atenda o que as nutris estão passando, que as informações de preferências, por exemplo, estejam no cardápio. O cardápio segue um padrão dentro da alimentação normal, e dentro dele tem as preparações que são feitas de acordo com pedidos extras, pelas preferências ou necessidades deles e tal. A gente percebe ali embaixo que tem pessoas diferentes internadas quando tem pedidos diferentes, se não a gente olha e é tudo igual, por exemplo, uma dieta branda é toda igual, você não vê uma pessoa, e sim um monte de dietas. A não ser quando tem o pirão ou o peixe frito do Seu João ou sei lá (NUT 4).

No geral segue-se o cardápio padronizado, o cardápio não é assim personificado. Na realidade tem os pedidos especiais que a nutricionista já elege. Aí entram as questões sociais, um paciente que mora lá no morro, não tem água encanada é evidente que ele vai comer pirão e peixe frito, que é o padrão dele em casa. E sempre o que é pedido especial é dentro dos ingredientes que têm no hospital, nada muito além (NUT. 4).

A alimentação, como parte da construção de identidades culturais e sociais, envolve emoção, memória e sentimentos. Estas falas refletem a qualidade simbólica do alimento, citada por Poulain e Saint-Sevin (1990), associada às vivências, prazeres e significados que o alimento representa para o paciente. O atendimento humanizado também é caracterizado pelo atendimento destas individualidades.

No processo patológico a alimentação tem um significado emocional tão importante, quanto terapêutico ao paciente, estando diretamente relacionados aos fatores socioculturais, étnicos e religiosos. Por isso, há necessidade de atendimento às individualidades, considerando que a inapetência ou a rejeição aos alimentos pode comprometer o tratamento como um todo (CAMPOS & BOOG, 2006).

Com relação aos dados do paciente, as nutricionistas demonstraram preocupação em registrar informações completas no prontuário referentes ao seu tratamento, como as alterações de dieta, a aceitação e a evolução. Dessa forma, todos os profissionais podem acompanhar o que está acontecendo, o que contribui para a eficácia do tratamento do paciente de um modo geral.

A prescrição dietoterápica rotineiramente é realizada pelos médicos das unidades de internação. As nutricionistas fazem sua avaliação e havendo necessidade de alterações comunicam-se com o médico responsável. Entretanto, algumas profissionais, sobretudo as com menos tempo de experiência, novamente evidenciaram certa dificuldade na comunicação com os médicos, e afirmaram que alguns profissionais não aderem ao trabalho

multidisciplinar. Revelaram ainda, sentir insegurança com relação à autonomia de seus serviços, como pode ser observado nas falas a seguir:

Eu já não acho muito fácil, depende da equipe, por exemplo, na Médica 1 tem gastro, pneumo, nefro, e é meio complicado chegar em quem tá ali, e eles também não vem falar com a gente. Com o pessoal da gastro é mais fácil o acesso. Acho que depende se o profissional teve uma formação baseada na multidisciplinaridade (NUT.7).

Eu procuro conversar, mesmo sem ter muita abertura, registro no prontuário o que eu acho, mas nem sempre sou atendida, e muitas vezes, fica como está. Até porque eu não posso tomar nenhuma atitude, modificar sozinha. Não sei até quando isso é correto, não sei até onde vai nossa autonomia (NUT 7).

Como destacado anteriormente, a qualidade do atendimento ao paciente está diretamente relacionada com a interação da equipe de saúde. O cuidado nutricional do indivíduo hospitalizado é considerado complexo e requer o trabalho integrado de muitos profissionais, envolvendo enfermeiros, nutricionistas, médicos e todo o corpo auxiliar. Para Oliveira & Radicchi (2005) as relações sociais que se estabelecem entre os diferentes profissionais de saúde não estão livres de tensões e discordâncias, como em todas as relações.

Contudo, cabe aos profissionais da equipe de saúde contribuir com a qualidade da assistência hospitalar, respeitando além das relações hierárquicas, as funções e competências de cada um.

De acordo com a resolução nº223/99, do Conselho Federal de Nutricionistas, é de competência do nutricionista avaliar a dieta, por meio de diferentes métodos, diagnosticando sua adequação frente às necessidades nutricionais e dietoterápicas, considerando os hábitos alimentares, incluindo padrão alimentar quanto ao número, tipo e composição das refeições, rotinas, restrições, preferências alimentares e apetite. Porém, na prática o que acontece nesta instituição e, em muitos outros serviços hospitalares, é o não atendimento ao previsto pela Resolução nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), segundo a qual a prescrição dietética deve ser feita por um nutricionista, inserido na equipe multiprofissional envolvida na responsabilidade do atendimento ao cliente/paciente.

Boog (1999) em seu estudo sobre as dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares, considera o nutricionista como o profissional habilitado por formação para adequar as orientações alimentares à realidade dos pacientes.

Nonino-Borges et al. (2006), pesquisando sobre desperdício de alimentos em uma instituição hospitalar, observaram que a prescrição dietética deveria ser definida pelo nutricionista, o que minimizaria erros na individualização de dietas, fracionamento de refeições, seleção de alimentos e estimativas de porcionamento. Perseguindo a eficiência em todos os níveis da assistência nutricional, a equipe de atendimento ao cliente/paciente deveria ser estimulada a trabalhar efetivamente, concretizando a interdisciplinaridade. Isso significa a tomada de consciência, por parte dos profissionais envolvidos, da importância do trabalho de cada categoria, em prol do melhor tratamento do paciente. Obviamente, este objetivo só seria atingido com um número adequado de profissionais em cada unidade, possibilitando a prescrição da dieta e a revisão do cuidado nutricional.

Além disso, abordagens que procurem atender às expectativas do cliente/paciente, em busca de sua satisfação, são essenciais. Informações sobre o serviço de alimentação para toda a equipe de atendimento, e mesmo para o paciente, diminuiriam a distância entre o mesmo e o cuidado nutricional. A capacitação da equipe para a prescrição de dietas e a implantação de uma padronização das mesmas seriam úteis para minimizar erros e otimizar as prescrições (WATTERS et al., 2003).

4.1.3 Implementação do cuidado nutricional

Com relação à disponibilidade de alimentos, as nutricionistas consideraram que, apesar do hospital ser público, e apresentar restrições financeiras, existe grande variedade de alimentos disponíveis, e na falta de determinado produto, comunicam-se com a família do paciente ou com a direção do hospital no intuito de obtê-lo.

De acordo com as nutricionistas, é regra do SND que as modificações das dietas passem a vigorar a partir do lanche da tarde. Porém em alguns casos a solicitação de alteração ou liberação de dieta é feita antecipadamente, visando melhorar a aceitação da alimentação pelo paciente, ou no caso de uma liberação de dieta, iniciar sua alimentação tão logo seja possível. Porém, tal atitude pode acarretar dificuldades para o setor de produção:

Oficialmente as alterações do dia começam a vigorar a partir do café da tarde, só que quando a gente está na clínica, em algumas situações precisa melhorar a dieta, por exemplo, quando se trata de uma dieta de evolução, e a gente vê que já dá pra fazer na hora do almoço a gente já fala pra copeira, não espera chegar a tarde. Então isso às vezes é pra tentar adiantar o serviço. Por exemplo, a dieta era líquida restrita e já foi liberada líquida completa, porque eu vou esperar até a hora do lanche, se a gente vê que ele já pode comer melhor? (NUT 1).

Tem coisas que as copeiras pedem na hora do almoço, mas não dá tempo de descongelar, daí fica pro janta, mas elas também perdem os pedidos. Às vezes chega pedido de alteração às 11h da manhã e nessa hora já está tudo feito, não tem como mudar. Então tem essa questão da disponibilidade, às vezes não fecha (NUT 4).

Se o paciente estava em dieta zero e já pode comer a gente não vai esperar até a tarde pra dar comida pra ele (NUT. 2).

Às vezes eles pedem peixe, mas na hora não vai bem aquilo que eles esperam, porque o nosso peixe é filé congelado, às vezes eles esperam um tipo diferente, por exemplo posta, daí não tem (NUT. 3).

O grupo apontou dificuldades relacionadas ao cumprimento das solicitações das alterações das características da dieta, como o modo de preparo e o tipo de alimento. Esta situação as leva a questionar não só a falta de comprometimento por parte das copeiras na realização desse serviço, mas também a qualificação dos profissionais da cozinha.

Às vezes não dá muito certo. (risos). Por exemplo, você pede purê mole, daí não vem mole, o paciente não come. Então você fica tão frustrada porque é só isso que ele pode comer então a gente tem que descer ir lá falar com a cozinheira (NUT 8).

O certo era a gente ir lá pegar a batata, descascar, cozinhar [...] porque tem coisas assim que não dá pra acreditar, a pessoa não saber fazer um purê mole! O que é purê mole? Não sabem o que é pastosa, branda....Ai Jesus! E não é falta de treinamento (NUT 7).

Entretanto uma das nutricionistas afirmou não ter problemas com relação aos serviços da copeira e produção na ala da qual é responsável.

Não sei se é sorte, mas geralmente o que eu peço vai certinho (NUT 10).

Por outro lado, ficou evidente a parceria e o trabalho integrado entre nutricionistas e copeiras, durante o acompanhamento da aceitação da dieta pelo paciente:

Eu sempre estou em contato com a copeira, no caso de não dar tempo de eu observar a aceitação de um paciente naquele dia, eu pergunto pra ela o seu fulano comeu? Ou não?. É uma ajuda que eu peço pras copeiras na avaliação da ingestão. Afinal elas é que estão naquele momento, elas recolhem as bandejas. Às vezes elas mesmas vem falar (NUT 7).

Tem que fazer acompanhamento direto, conversar com o paciente, tentando modificar o que é necessário muita conversa com copeira, que eu particularmente não tenho dificuldade (NUT 10).

O acompanhamento do tratamento se dá através de visitas diárias realizadas pelas nutricionistas, ou seu contato com as copeiras. Devido a fatores como excesso de serviço burocrático e tempo escasso, novamente verificaram-se a priorização das visitas conforme o estado de saúde do paciente:

Aí a gente prioriza se o paciente é eutrófico, tem dentes, come, vai ficar uns 2 dias para exames e vai embora, não precisa ir lá todos os dias. Diferente de um paciente que internou cirrótico, ou semi-coma que a dieta vai evoluir. Este sim tem que ser avaliado diariamente. A gravidade da doença de base vai dar a prioridade. Porque a gente precisa fazer essa triagem, não dá tempo! (NUT 7).

De acordo com as nutricionistas, as condições de trabalho enfrentadas, dificultam o cumprimento das ações que compõe a implementação do cuidado nutricional e alimentar, uma vez que exercem diversas atividades em um curto espaço de tempo:

Não dá tempo pra acompanhar todos os pacientes. Há muito pra fazer, ver sonda, prontuários, registrar, conversar com médicos, copeiras, orientações de alta (NUT 9).

Tem que supervisionar copeira, fazer atividades burocráticas aqui embaixo e muitas vezes não dá tempo fora as coberturas extras que a gente tem que fazer, sempre tem alguém de folga ou férias, emergência, enfim! (NUT 7).

Na atuação do nutricionista tanto nas instituições hospitalares, quanto em outras unidades, há problemas diversificados e de diferentes graus de complexidade que exigem atenção por parte deste profissional.

Boog et al (1989) em seu estudo sobre o trabalho de nutricionistas em hospitais demonstraram que há acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento da prestação de serviços, dificultando sua aproximação com os indivíduos enfermos, e no aprofundamento de suas necessidades terapêuticas e alimentares. Os autores verificaram que apenas 50% fazem anamnese alimentar, e em contrapartida, nesse mesmo grupo, 70% dos profissionais relataram fazer, tanto atividades relacionadas ao acompanhamento nutricional do paciente (dietoterapia), quanto as atividades relacionadas à gestão da produção de refeições.

Ansaloni (1999) em sua avaliação da situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas em Minas Gerais observou que apesar de 90% dos nutricionistas entrevistados estarem ligados aos setores e departamentos técnico-operacionais

(dietoterapia, campanhas de saúde, balanceamento de cardápios e atividades educacionais), tais atividades apresentavam maior enfoque administrativo (administração de materiais, pessoal, controle de custos e estoques).

Beck et al. (2001) analisando as práticas do cuidado nutricional em pacientes da Europa, apontam alguns aspectos que podem dificultar a manutenção da qualidade do atendimento prestado pelo serviço de nutrição em hospitais: formação insuficiente dos profissionais, falta de definição clara das responsabilidades no planejamento e gerenciamento dos cuidados nutricionais, falta de cooperação entre as equipes e falta de envolvimento da gerência dos hospitais.

Bertin (2005) em seu estudo verificou que as nutricionistas das unidades de internação 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 e preenchimento dos mapas de dietas. A avaliação nutricional não é realizada com todos os indicadores que contemplam o histórico de nutrição. Da mesma forma, com as nutricionistas da produção de refeições, devido a problemas de imprevistos, há dificuldades de avaliarem o processo de produção de refeições, a qualidade dos serviços e implementarem medidas de controle de qualidade.

Assim, os estudos evidenciam a existência de um distanciamento do profissional nutricionista dos aspectos técnicos, educacionais em favor de conhecimentos administrativos e gerenciais.

4.1.4 Avaliação do cuidado nutricional

Durante a entrevista lançou-se a seguinte pergunta “Como você avalia o sucesso do tratamento dietoterápico aplicado?”. As nutricionistas não responderam objetivamente, podendo-se avaliar que, possivelmente, avaliar a efetividade de seus serviços, não seja uma prática rotineira. Existe a avaliação diária, que passa pelo planejamento dietoterápico, monitoração da ingestão alimentar e modificações para viabilizá-la.

Oliveira et al. (2005), apontam que a avaliação nutricional, além de ser realizada quando da admissão do paciente, deve ser continuada durante o período da internação para controle mais racional do tratamento, e recuperação do estado normal de saúde e nutrição.

Entretanto, para analisar a efetividade do tratamento e dessa forma, avaliar sua própria conduta, é necessário que o profissional nutricionista realize uma avaliação final de seus serviços.

O acompanhamento da aceitação da dieta é importante para a adequada avaliação do cuidado nutricional. Através do acompanhamento, é possível identificar alterações a serem realizadas, dependendo das necessidades nutricionais (redução ou aumento da oferta de nutrientes), preferências ou aversões do paciente:

Estaremos acompanhando se isso deu certo, se a aceitação é boa, e mesmo que seja boa se precisa acrescentar algum suplemento, tirar alguma coisa. Às vezes tem pacientes obesos que não estão internados pra fazer dieta de emagrecimento, mas a gente reduz as calorias necessárias. Aí é o acompanhamento do dia-dia que é essa visita diária (NUT 1).

Hoje o paciente quer cenoura, amanhã ele não quer mais. É bom passar nos quartos principalmente após o almoço pra ver a aceitação. Hoje, por exemplo, as estagiárias anotaram tudo, e normalmente é assim, elas anotam o que cada um comeu, ou deixou de lado, me entregam tudo anotadinho, ou algo que eles pedem diferente, aí eu vejo se é possível e faço as alterações no mapa de dietas (NUT 2).

Se o paciente tem algum grau de desnutrição ou está caminhando pra isso, eu entro com suplemento, modifico alguma preparação, aumento a oferta calórica (NUT 8).

Um dos problemas de maior proporção em pacientes hospitalizados é a desnutrição, e geralmente está relacionada com o aumento da morbidade e mortalidade, contribuindo para prolongar o tempo de hospitalização e também o aumento dos custos hospitalares. Dessa forma, a implementação de práticas que avaliem e acompanhem a evolução do estado nutricional e o acompanhamento do paciente durante a internação, passou a ser não só uma recomendação para redução de mortalidade, mas também dos custos hospitalares (MCMAHON et al., 1998).

De acordo com Merhi et al. (2006), em um estudo comparativo entre pacientes internados de um hospital público e outro privado, verificaram que na maior parte dos casos, a desnutrição manifesta, por um lado, o perfil nutricional da população, e por outro, problemas nutricionais associados à internação e a enfermidade.

A população idosa, particularmente, é propensa a desenvolver problemas nutricionais devido a fatores relacionados com as alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doença crônica, uso de várias medicações, problemas na alimentação (comprometendo a mastigação e deglutição), depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional (BECK et al., 1999; JENSEN et al., 2001).

Conforme observado por Morimoto (2002), aspectos relacionados à doença, como febre, náuseas e vômitos, diarreia, dores, incapacidade de se alimentar e alterações no paladar

devido ao efeito colateral de medicamentos, interferem na aceitação da alimentação por parte do paciente. A distância da família, horários e sabor da alimentação fora da rotina diária e o estado emocional são outros fatores importantes para redução da ingestão alimentar.

Dupertuis et al. (2003), ao analisarem a adequação das refeições de 1700 pacientes internados em hospitais, demonstraram que apesar da oferta suficiente de alimentos, a maioria dos pacientes hospitalizados não atingiu as suas necessidades nutricionais. A ingestão insuficiente era comumente atribuída a causas além das doenças e dessa forma, o estudo recomenda a necessidade de melhorar os serviços ligados às refeições.

Outra questão a ser considerada diz respeito às preferências e aversões do paciente. Em estudo sobre alimentação hospitalar, Kandela (1999), enfatiza que os pacientes bem nutridos respondem melhor aos diversos tipos de tratamento e constata que a alimentação ultrapassa o aspecto nutritivo, e apresenta outros significados para as pessoas. Ao alimentarem-se, os indivíduos não estão satisfazendo somente as suas necessidades fisiológicas, mas também muitas necessidades psicossociais.

Diante disso, o acompanhamento da aceitação da dieta, bem como a realização de alterações necessárias, são fundamentais para um adequado cuidado alimentar e nutricional.

Outra questão evidenciada pelas nutricionistas foi a respeito da eficácia do sucesso do tratamento, que depende de outros fatores, além de seus serviços:

A avaliação está num conjunto de coisas que a gente faz, desde o início do tratamento. O sucesso do tratamento, ou o cumprimento do objetivo também depende de outros fatores, que não só nós, porque entre a informação sair lá de cima e passar para a cozinha... nesse meio-campo aí acontece muita coisa (NUT 1).

O planejamento, o tratamento caminha junto com a produção. Não adianta você saber tudo sobre o paciente, as preferências, aversões, se você passa isso pra frente (NUT 8).

4.2 PENSAR EM ATITUDES DE HUMANIZAÇÃO

A partir da questão “Que atitudes de humanização são exequíveis para um cuidado alimentar e nutricional dentro do SND?” emergiram outros elementos para análise que foram considerados nas subcategorias, preliminarmente selecionadas. As subcategorias e os novos elementos encontram-se sistematizados no quadro 12 e, posteriormente, realizou-se a descrição e discussão de cada um destes aspectos.

Quadro 12. Categoria 2: Pensar em atitudes de humanização

Subcategorias	Elementos de análise
Concepções da humanização no cuidado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado individual • Respeito ao paciente
Necessidades do paciente para receber atendimento qualificado	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento dos pedidos especiais do paciente • Educação nutricional
Necessidades do nutricionista para desenvolver atendimento qualificado	<ul style="list-style-type: none"> • Redução das cargas de trabalho • Aumento de recursos financeiros para o hospital • Aumento do quadro de pessoal e qualificação dos funcionários • Supervisão dos serviços do SND.
Iniciativas de humanização	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de harmonização em grupo • Cuidado alimentar e nutricional ao paciente terminal • Educação continuada aos funcionários • Participação das nutricionistas da produção de refeições nos cursos aos funcionários • Rodízio entre nutricionistas da clínica e da produção de refeições • Aproximação dos funcionários da cozinha com os pacientes (sensibilização) • Modificações mais frequentes nos cardápios • conforto do paciente ao se alimentar / conforto do acompanhante • Identidade social / função convivial da alimentação • Modificação dos horários das refeições • Aspectos sensoriais dos alimentos: temperatura, sabor, textura, apresentação

4.2.1 Concepções da humanização no cuidado nutricional

Através da pergunta “como você conceitua humanização dentro do cuidado nutricional?” as nutricionistas associam que para o cuidado humanizado deve-se considerar características individuais, como apontado abaixo:

Eu não sei dizer um conceito mas eu acho que é ver o paciente de maneira individual, como um ser humano (NUT 3).

Eu acho que é um cuidado individual, quando a gente fala em humanização a gente vê o indivíduo, não só a doença. É considerar o indivíduo. A expectativa dele, fazer com que ele se sinta confiante no teu tratamento, ele vai saber que é individual. É o nosso cuidado com a pessoa (NUT 8).

Acho que a palavra humanizado tem muito a ver com respeito (NUT 1).

Focalizar a humanização no cuidado ao paciente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no

respeito e na compreensão do ser doente e não da doença. Significa, também, reduzir ao mínimo a ruptura entre a vida normal do paciente e a que lhe impõe restrições (BACKES et al., 2005).

No mesmo sentido, Betinelli et al. (2003), destacam que compreender o significado da humanização inclui, além de técnicas do profissional, a capacidade de compreender o paciente como ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. Implica, pois, na construção de um novo quadro ético de referências para as relações, no qual, as diferenças entre os seres humanos não signifiquem, necessariamente, assimetria de poder, mas o resultado de relações construídas e decorrentes de experiências e vivências com os outros.

Ainda sobre a mesma questão, as nutricionistas ressaltam:

Conceituar eu não sei, mas acho que é ouvir muito o paciente, tentar entender a história dele, de onde ele veio, os hábitos dele, procurar entender se ele está seguro ou não quanto ao tratamento, tranquilizá-lo quanto a isso, dizer que leva tempo, que ele tem que ter paciência, que é assim mesmo e que ainda bem que ele está aqui tendo a oportunidade de ser tratado. Que tem bastante gente cuidando dele, que a nossa parte é a nutrição, a gente procura adaptar a dieta aos hábitos dele dentro do que é possível, porque em muitos momentos são hábitos errados, então a gente explica pra ele que aqui ele não vai poder fazer aquilo, mas não simplesmente impõe, explica que ele não pode e por que, e visitar, ouvir. Às vezes não tem muita mudança pra fazer naquele dia, mas tu visitas, pergunta como ele está (NUT 6).

A gente na nossa correria tem que lembrar de sempre olhar o paciente no olho, é importante ter essa noção de não ficar só falando e olhando pra prancheta e esse olhar eles se sentem valorizados, gostam disso (NUT 10).

Teixeira (2006, p. 48) argumenta que:

A base de um atendimento humanizado está no olhar de responsabilização do profissional pelo cuidado do usuário, o que exige mais que um interrogatório de anamnese centrado no procedimento. Exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, em que o paciente passa a se sentir confiante e reconhece aquele profissional como uma referência de cuidado. Tal conduta ainda é pouco perceptível nas práticas de saúde. O profissional de saúde comprometido com o usuário passa a ter um olhar para além do corpo que está à sua frente, palpável, visível ou diagnosticável através do estetoscópio, do exame clínico. O olhar deve se dirigir para a produção de cuidado daquele sujeito. Portanto, o profissional que tece o ato de cuidar no seu cotidiano está sempre ampliando suas ações.

Cada uma das profissionais comentou pessoalmente sobre a humanização, e ficou evidente que todas concordam que o atendimento nutricional prestado no hospital é humanizado, e por isso possui um diferencial, conforme pode ser observado a partir dos relatos:

Na maior parte do tempo e ó grande diferencial aqui, o atendimento humanizado (NUT 12).

Eu acho que em qualquer ala, tanto na médica, na cirúrgica, na pediatria a gente tenta atender o paciente de maneira igual, de forma bem parecida, bem humana (NUT 7).

4.2.2 Necessidades do paciente para receber atendimento qualificado

A partir desta questão emergiram os seguintes elementos: o cumprimento dos pedidos especiais do paciente e a educação nutricional. Outros aspectos relacionados ao paciente foram apontados posteriormente, apresentados no subitem 4.2.4 “Iniciativas de Humanização”.

As nutricionistas também revelaram a preocupação em cumprir o que se programa no tratamento dietoterápico do paciente, principalmente quando há algum pedido especial em relação ao tipo de alimento ou modo de preparo. Cumprir o que se combina com o paciente é de extrema importância, uma vez que ele cria uma expectativa e a efetividade promove laços de confiança entre o paciente e o profissional.

Humanizar também é cuidar com que aquilo que a gente programa aconteça. Porque se você combina com o paciente ele fica na expectativa, você prometeu pra ele purê na hora do almoço, ele vai esperar pelo purê. Isso é muito importante pro paciente, porque, se vem alguma coisa que ele não gosta, ele não come nada do que está em volta (NUT 6).

A gente também tem que acompanhar se um dia prometeu uma coisa, verificar uma tolerância ou preferência, perguntar se veio, se gostou. Ele sente muito com isso. Eu vejo um feedback bem positivo com isso. Ele vê que você lembrou (NUT 10).

Nosso atendimento é muito individualizado, se você vai em outro hospital, ninguém pergunta se o paciente gosta de cebola na comida ou não, ele que tem que separar no prato se não quiser comer. Aqui a gente se preocupa até com isso, pra ele poder comer, se sentir respeitado, e ver que vem do jeito que ele quer (NUT 2).

Outra ação realizada pelas nutricionistas é a orientação ao paciente, não só sobre o tratamento dietoterápico que está sendo realizado durante a internação, mas também procuram promover educação dos hábitos alimentares, para que o paciente possa segui-los após a alta hospitalar.

Eu acho que no cuidado, o contato é muito importante desde a internação até o momento da alta, pra que ele se sinta seguro também de estar seguindo as orientações nutricionais, recebidas durante a internação, a reeducação alimentar.. Então o paciente vem com uns hábitos culturais e familiares, que a gente tem muitas vezes que trocar, então a gente tem que estar sempre explicando o porquê, pra que no momento da alta o paciente se sinta seguro, de estar seguindo aquela orientação, e saber que é pra vida toda, eu acho que é isso que é humanização no nosso serviço (NUT 11).

Acho que humanizado é respeitar os hábitos na medida do possível, claro que às vezes exige uma educação alimentar. Tento explicar não só a nutrição, mas também porque se deve comer isso ou não deve comer aquilo, pra elas entenderem. O pessoal mais simples, por exemplo, é uma questão de status dar um refrigerante ou algum tipo de leite. Fazendo a visita diária e acompanhar mesmo (NUT 5).

A responsabilidade social da nutrição inclui a redução da morbidade e mortalidade pelas deficiências nutricionais ou pelos excessos alimentares. Uma ferramenta importante para auxiliar na melhoria da qualidade e/ou quantidade da dieta é a educação nutricional. Esta promove hábitos alimentares adequados, reduz as práticas dietéticas insatisfatórias, conquistando a melhoria geral do estado nutricional (BOOG, 1997).

4.2.3 Necessidades do nutricionista para realizar um atendimento qualificado

A partir desta questão, emergiram as seguintes necessidades: redução das cargas de trabalho; aumento de recursos financeiros para o hospital; aumento do quadro de pessoal; qualificação dos funcionários auxiliares e supervisão dos serviços do SND.

As nutricionistas relataram que algumas vezes sentem-se limitadas pelo estresse, cansaço ou tempo para realizar um cuidado humanizado, como pode ser observado em uma das falas em seguida:

Acho que muitas vezes pelo estresse, pelo cansaço, ou tempo que se tem pra fazer alguma coisa, às vezes uma pessoa está relutante em aceitar alguma explicação, ou alguma coisa que está se oferecendo, na produção, principalmente no refeitório, as pessoas tem desejo que aquela porção fosse maior, insistem. E acho que eu posso estender também aos pacientes, durante o tempo que eu estive em andares nem sempre eu tenho a paciência, a resposta adequada pra hora. Às vezes eu não tenho o sorriso que eu gostaria de ter, a habilidade pra esse atendimento ser verdadeiramente humanizado mesmo sabendo que não vai ser possível fazer que a pessoa deseje, mas a maneira correta de estar dizendo isso, às vezes me acho rude, ou muito rápida. O atendimento não é tão humanizado quanto eu gostaria que fosse (NUT 12).

As sobrecargas de trabalho do nutricionista podem envolver aspectos físicos, emocionais e mentais. Bosi (2000, p. 110), em suas argumentações teóricas, destaca que carga de trabalho incorpora várias dimensões, sobretudo: biológica (física), mental e a psico-afetiva. Desta forma, para toda atividade se apresenta certa carga de trabalho, na qual três componentes inter-relacionados estão presentes, afetando-se reciprocamente: a carga física - resultado da interação entre o corpo físico do trabalhador em atividade, e o ambiente de trabalho; a carga mental/cognitiva – resultante dos processos cognitivos envolvidos nas atividades de trabalho, qualquer que seja a sua natureza; e a carga psíquica - aspecto analisado pela chamada psicopatologia do trabalho e que diz respeito aos componentes afetivos negativos desencadeados ou agravados pelo processo de trabalho.

Dentro deste contexto, outro aspecto apontado pelas nutricionistas é com relação à falta de pessoal. Mesmo com um quadro de 14 nutricionistas, estas se sentem sobrecarregadas, como pode ser observado a seguir:

Ah eu acho falta de pessoal aqui. Tudo bem tem 14 nutricionistas, mas eu acho assim, também tem que ter um atendimento humanizado pro funcionário. Você vai cuidar de alguém, mas alguém tem que cuidar de ti. É o cuidar do cuidador (NUT 7).

Neste momento da entrevista, todas exclamaram em um só coro a frase “cuidar de quem cuida”. Ainda sobre a sobrecarga de trabalho e o cuidado com o funcionário, a nutricionista discorreu:

Se tem uma nutricionista de férias, alguém tem que cobrir essa nutricionista, alguém vai ficar sobrecarregado. E sempre tem alguém de férias, entendeu? Então como é que você vai prestar um serviço humanizado como você gostaria, tendo 60 pacientes pra atender? E você, como é que você fica? A pessoa sai daqui esgotada, porque ninguém cuida de ti. Por isso eu acho uma grande dificuldade de se prestar um serviço humanizado, a gente não consegue atender o paciente direito...toda hora tem gente te chamando, querendo alguma coisa...e você é uma pessoa só. Então acho que isso é uma grande dificuldade, falta quem cuide da gente, do funcionário (NUT 7).

Com relação às condições estruturais de trabalho dos profissionais de saúde, Deslandes (2004, p.13), afirma que:

Estes quase sempre são mal remunerados, muitas das vezes pouco incentivados e sujeitos a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência. Positivamente, as idéias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforçam a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da

produção de cuidados em saúde. A humanização implica na valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

A PNH preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de promoção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Considera, entre outros fatores, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde.

Ainda sob este aspecto, as nutricionistas comentaram sobre a situação dos funcionários que produzem e distribuem refeições, que possuem um único vestiário para ambos os sexos:

Atendimento humanizado não é só pro paciente, é pros funcionários também, e tem a questão do vestiário, agora com a reforma além de reduzirem o tamanho, fizeram homem e mulher junto, pode? (NUT 4).

Até as copeiras já chegam lá em cima com aquela cara, já se incomodaram no vestiário antes de começar a trabalhar (NUT 3).

Para prestar um atendimento mais humanizado, algumas nutricionistas apontaram como um fator limitante a questão financeira, pois acreditam que certos produtos não poderiam faltar, como por exemplo, a nata e o iogurte, que não fazem parte das aquisições do setor de compras.

A questão financeira, por ser um hospital público, isso pega bastante. Hoje mesmo tinha pacientes querendo no café da manhã pão com nata, e não margarina ou geléia, mas a gente não tem. Na pediatria os pacientes pedem muito iogurte, e já foi colocado pra mim por um estudante de Medicina: “vocês tem leites aqui que custam R\$ 180,00 uma lata, e não podem dar um iogurte pra essas crianças!!! Fica uma coisa conflitante, mas se for pensar, se fosse pra dar iogurte pra todas as crianças no café da manhã ia passar, e muito de R\$ 180,00. A gente bate com a questão financeira de não ter todos os produtos ou ingredientes que gostaríamos de ter, isso que aqui é um hospital que tem bastante coisa, principalmente em relação às dietas enterais. Tem hospital por aí que via oral é só sopa e enteral é só leite ou sopa assim uma coisa mais artesanal é isso (NUT 5).

Apesar de ser um hospital público e com suas limitações financeiras, há grande variedade de produtos alimentícios, como já mencionado anteriormente. Talvez a oferta de alimentos como a nata e o iogurte, possa ser decorrente da falta de comunicação e esclarecimento entre nutricionistas da clínica e da produção, sobre estas possibilidades de substituição. Os produtos elencados nos editais de licitação podem ser substituídos prevendo-se mecanismos alternativos de compra com os fornecedores, aumentando consequentemente a variedade de itens nos processos licitatórios.

Outra questão apontada pelas nutricionistas foi a necessidade de qualificação dos funcionários auxiliares, para que estes possam exercer algumas atividades que facilitarão o serviço das nutricionistas.

Eu acho que deveriam investir mais em pessoal trabalhando pra gente, qualifica. Por exemplo, a gente tem auxiliares de nutrição que na minha opinião fazem pouca coisa, deveriam fazer mais. Fica muita coisa pra gente supervisionar, pra gente ver (NUT 7).

Tem grandes hospitais que trabalham com o técnico em nutrição e tira um pouco do trabalho que a gente faz que é mapa, pegar a prescrição são coisas assim que o técnico bem treinado pode fazer até alguma coisa do histórico, avaliação antropométrica, supervisionar os carrinhos antes de subir, conferir as dietas, conta porque a gente não consegue descer pra fazer isso. A gente vai ver o carrinho quando está lá encima já..Isso quando vê, porque se não desce pra fazer o mapa, entendeu? Então, realmente é bem corrido, é a primeira visita da manhã e depois a gente não fala mais com o paciente (NUT 6).

Para as nutricionistas, o quadro de funcionários, especialmente auxiliares e copeiras, encontra-se reduzido, e um dos problemas que dificulta a qualificação dos serviços é a rotatividade de funcionários, uma vez que grande parte deles é contratada por firmas terceirizadas, e muitas vezes não tem experiência em unidades hospitalares.

As pessoas estão entrando de firmas terceirizadas. Então essa pessoa tinha que ter curso de copeira, por exemplo, mas não às vezes diz que tem experiência, cai aqui e não conhece nenhuma dieta e já começa a trabalhar, e quem é que vai treinar? Não tem. Tem que ver esse lado (NUT 8).

Muitas vezes a pessoa não deu certo em outro lugar e como cozinhar todo mundo sabe, daí cai num emprego no hospital. E a terceirização dificulta isso, porque a gente tem muita rotatividade, tem que largar uma pessoa que se vê que não tem condições aí dá um treinamento logo que ela chega, muda tudo (NUT 13).

Cavalli & Sallay (2004) em estudo desenvolvido em restaurantes comerciais, destacam que a segurança do alimento está diretamente relacionada à qualificação dos recursos humanos que atuam no setor. Verificou-se que somente 56% dos restaurantes analisados oferecem cursos e treinamentos aos funcionários, e além disso, são escassos os recursos humanos que possuem cursos em sua área de atuação, tendo encontrado somente gerentes (43%), cozinheiros (28%), saladeiros (15%) e garçons (13%). Segundo as autoras, estes fatores podem dificultar a garantia da segurança do alimento para o consumidor.

Também foi evidenciado o baixo comprometimento dos funcionários, uma vez que não se considera profissional da saúde, talvez por se sentir desvalorizado ou por não conhecer as dimensões de seus atributos e a responsabilidade de seus atos. Algumas nutricionistas acreditam que há falta de punição para os funcionários quando estes cometem erros graves, como por exemplo, preparar um alimento de forma inadequada, ou trocar as bandejas no momento da distribuição. Não há um funcionário ou nutricionistas que efetivamente supervisione os serviços de funcionários da cozinha e copa, tais como: colocação correta de tickets nas bandejas, porcionamento de dietas, adequado modo de preparo dos alimentos. Cada nutricionista supervisiona o que pode, o que tem tempo, dentro da sua unidade ou setor.

Pra mim o profissional de saúde tem uma responsabilidade imensa, por exemplo, como que um médico vai entrar num centro cirúrgico sem estar uniformizado? Na cozinha não, todo mundo acha que pode ser aquela bagunça! Eu penso que o senso de responsabilidade do manipulador, do auxiliar é o mesmo que o meu, o mesmo que o médico, então essa consciência não tem sido trabalhada e nós precisamos disso! (NUT 13).

E eu acho que a qualidade vem do teu compromisso, se cada um tiver o seu, a qualidade fica melhor. Agora, isso precisa ser trabalhado, o treinamento passa por aí, o discurso é bonito, a gente quer fazer, mas é complicada pela capacitação do funcionário (NUT 8).

Tem que ter supervisão das coisas. As regras existem pra serem cumpridas. Em cada etapa tem que ter um responsável. Teria que ter supervisão, mas não acontece. Principalmente na distribuição, no porcionamento. E não podemos ser nós porque não dá tempo. Aquela coisa: se é chá porque está indo café com leite? Se é 100g de sal porque está indo mais? Entendeu? Porque é desumano, o cara não toma, ou não pode tomar café e de repente vai, então eu acho que falta supervisão nos processos, nas etapas. Até a gente devia ser mais chamado pra avaliação do nosso trabalho individual, ou em grupo, todos devem ser supervisionados, até os médicos, alguém deveria ter esse papel. Como numa empresa, e o hospital é uma empresa (NUT 6).

Acho que os funcionários devem ser punidos pelo que fazer errado (NUT 4).

Acho que a administração deve ser bem rígida com relação aos deveres de todos (NUT 1).

A terceirização dos serviços é um processo que vem ocorrendo gradativamente nas instituições hospitalares. Farhat & Erdmann (2003), em seu estudo refletem sobre a influência desta abordagem na precarização do serviço de saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, e destacam que apesar de experiências com vários hospitais apontarem a terceirização como um caminho para o futuro, muitos hospitais ainda tem receio na contratação deste tipo de

serviço. Isso pode ser atribuído a fatores como o conservadorismo das pessoas, a resistência natural às mudanças, o medo do novo, a dificuldade de conscientização da alta administração, a falta de planejamento e visão estratégica da direção. Assumir competências antes designadas a outros profissionais comumente gera resistência; os funcionários sentem-se sobrecarregados pelo número de atividades e pouco tempo para realizá-las, principalmente os mais antigos, que não se sentem motivados a participarem destas transformações. Assim, não basta apenas ensinar como o serviço deve ser realizado, e esperar que todos façam a coisa certa; a própria organização como um todo deve ser capaz de avaliar e corrigir a si mesma na busca da qualidade dos serviços e da vida do trabalhador.

Esta discussão é importante quando se observa a falta de comprometimento dos funcionários, que muitas vezes pode estar relacionada com a falta de preparo para o desenvolvimento das atividades. No entanto, as falas referem as palavras punição e rigidez, que são contrárias aos conceitos de humanização. Possivelmente, a melhor forma de qualificar os recursos humanos seja investir na educação continuada e trabalhar a valorização e conscientização destes profissionais sobre seus cargos e atividades.

Gonçalves *apud* Farhat & Erdmann (2003, p. 26), enfatiza a importância de estimular e manter a motivação dos integrantes deste tipo de organização, estabelecendo novas abordagens e políticas adequadas para enfrentar graves problemas como a alta rotatividade, absenteísmo elevado e insatisfação no trabalho.

Com relação ao treinamento/qualificação dos funcionários, até o ano de 2003, as nutricionistas do SND usualmente aplicavam treinamentos uma vez ao ano, condensado entre dois ou três dias consecutivos. Porém, observou-se pouco rendimento e aproveitamento dos funcionários, que consideravam muita informação em curto espaço de tempo. Além disso, não havia um momento posterior ao treinamento que possibilitasse a avaliação da fixação dos conhecimentos adquiridos, nem da adesão das práticas propostas.

A partir de 2004 as nutricionistas investiram em um outro tipo de treinamento, que foi desenvolvido ao longo do ano e contou com 4 nutricionistas da equipe, e contemplou entre outras coisas, preparação de novas receitas, em especial para as dietas pastosa e líquida, enfocando aspectos como sabor, textura e apresentação.

4.2.4 Iniciativas de humanização

Através deste tema as nutricionistas discorreram sobre ações que já ocorrem no hospital como o trabalho de harmonização de grupos e o cuidado alimentar diferenciado ao paciente terminal.

O grupo de nutricionistas é submetido constantemente a um trabalho de harmonização de grupo, coordenado por uma psicóloga do hospital. Segundo as profissionais, este trabalho auxilia nas relações individuais e com o próprio grupo, e conseqüentemente na qualidade de suas ações.

Outra questão apontada foi em relação ao cuidado nutricional aos pacientes terminais. Muitas vezes as nutricionistas atendem a pedidos que, nutricionalmente não seriam adequados, mas elas levam em consideração o período pré-morte, que pode ser confortado através da ingestão de um alimento desejado pelo paciente.

Às vezes o paciente apresenta um prognóstico muito ruim, ele está bem, está andando, mas tu sabe que dali a 20 dias ele vai a óbito. Ele tem um câncer de pulmão, ou algo muito avançado, então nesse caso eu não insisto na dieta pra DM, na dieta hipossódica porque eu sei que não é isso que vai mudar o curso da doença dele. Então ele fala eu quero comer isso aí eu peço pra família que traga, porque esse conforto no período pré-morte então eu não vou restringir coisas que ele quer muito, a gente tem que ter essa noção não é aquele açúcar que vai fazer o caso dele piorar e eu acho que eles morrem mais felizes. Se ele quer uma feijoada o cara está com a barriga desse tamanho, mas manda a feijoada, pode ser a última refeição que ele vai fazer. Vai vomitar, vai ter diarreia, mas não é isso que vai mudar, e tem muitos médicos que concordam com essa nossa postura (NUT 7).

O paciente terminal é caracterizado por apresentar um prognóstico de vida inferior a seis meses e ser acometido de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável. Pode ser identificado ainda, por não responder razoavelmente ao tratamento específico ao qual é submetido, à aparição de sintomas intensos e múltiplos e também pelo grande impacto emocional do próprio paciente, familiares e equipe terapêutica com a aproximação da morte. A diferença do tratamento dietoterápico para os outros tratamentos médicos, é que a alimentação apresenta um significado simbólico. O ser humano se caracteriza por sua capacidade de dar sentido às coisas através de símbolos ou funções simbólicas. Dar de comer e beber é uma ação de respeito a vida e cuidado aos semelhantes, e pode se tornar muito confortante no caso do paciente terminal (FERNANDEZ-ROLDÁN, 2005).

Assim, a atitude da nutricionista em quebrar um protocolo e permitir que o paciente experimente alguns momentos de prazer, enquanto degusta seu alimento preferido ou desejado naquele momento, é uma atitude de humanização.

Também emergiram outras ações que, segundo as nutricionistas não ocorrem, deveriam ocorrer e foram apontadas como iniciativas de humanização (educação continuada aos funcionários; participação de nutricionistas da produção nos cursos de treinamento; rodízio de nutricionistas entre área clínica e de produção; aproximação dos funcionários da cozinha com os pacientes; modificações mais freqüentes nos cardápios).

Diante da PNH e das reformas dos sistemas de saúde, de um modo geral, a formação dos profissionais deve considerar além dos aspectos técnico-científicos, aspectos relacionados ao cuidado humano. É importante salientar que dentro da humanização todos podem ser acolhidos para se verem neste processo de cuidar do outro.

De acordo com Santos et al. (2005), nas últimas décadas, a educação dos profissionais de saúde tem sido profundamente repensada. Isso se deve, em geral, ao processo resultante das mudanças estruturais do mundo contemporâneo nos mais diversos aspectos, destacando-se o político, o econômico, o cultural, o social e o tecnológico. Essas mudanças têm implicado em redirecionamentos nas políticas de educação e de saúde, que, por sua vez, resgatam elementos fundamentais para repensar a educação dos profissionais de saúde.

Ceccim & Feuerwerker (2004, p. 42), evidenciam que a formação dos profissionais de saúde precisa ser reconcebida como um projeto educativo que extrapole a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estenda pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Com relação ao treinamento/qualificação dos funcionários as nutricionistas afirmaram que este deve ser continuamente realizado. Colocaram ainda, que os funcionários da cozinha têm muito potencial, porém não está sendo explorado, talvez pela falta de supervisão e acompanhamento para que sejam colocados em prática os aprendizados dos cursos de qualificação.

A gente não está explorando o potencial que a nossa cozinha tem. A gente deu treinamento ano passado e esse ano e elas fazem coisas maravilhosas, que vocês não imaginam aqui! A gente deu pra elas dieta de progressão pra fazer. Elas tiveram uma gama de coisas excelentes inclusive opções de

colação, eles tem potencial, mas a gente tem que acompanhar, conscientizar, sabe, deixar teu cozinheiro demonstrar o que sabe, não só dar aquele cardápio hoje é frango desfiado e pronto! A gente tem que estar aberto (NUT 8).

A educação tem que ser continuada (NUT 13).

A gente fez esse treinamento como achava que deveria ser continuado, mas eu sei que aconteceu. Eram 4 nutricionistas para acompanhar os 80 funcionários, as colegas ficaram sobrecarregadas. A gente trabalhou muito lá, e elas aqui tiveram que trabalhar muito nas clínicas pra suprir isso. Além disso, tava todo mundo esgotado, terminou o treinamento. Aí a gente vai fazer uma avaliação, mas quem é que vai dar continuidade lá dentro? Eu não posso ficar na cozinha aplicando as receitas e atendendo mais 2 clínicas de manhã. Então é essa continuidade que falta, a gente tem que contratar alguém de fora pra dar essa capacitação. Agora tem que implantar pra não ficar solto. E tem que continuar, a direção esse ano deu todo apoio e tem que dar sempre. Mas a gente está cansada, será que vai ter pique pra implementar? Como vai ser agora? (NUT 13).

Agora tem que ter alguém que continue isso lá dentro. Se não for cobrado não vai sair. E isso é uma preocupação porque além do tempo, foi um gasto era toda hora material pra lá e pra cá e não mudou nada! A gente sabe que não mudou, faltou a continuidade porque saber fazer eles sabem (NUT 8).

O que eu vejo é que esse curso foi dado por nutricionistas de dietoterapia, não tinha ninguém da produção ali junto, então tem que integrar, a produção tem que saber o que aconteceu, pra integrar. Falta implementar e supervisionar (NUT 5).

A partir desta reflexão, as nutricionistas sugeriram rodízios entre a equipe, de forma que todas trabalhassem por determinado período na área da produção de refeições e na área clínica, de modo a conhecer ambas as realidades, e integrar os dois setores. Ao mesmo tempo, houve uma percepção de melhora nos serviços, demonstrando uma atitude otimista:

A gente ainda está caminhando, a gente aprendeu junto, com todos os nossos erros, nós 4 estávamos sempre se avaliando, uma ajudando a outra. Então foi só o primeiro gente!!! Antes era um curso concentrado em 3 dias, uma carga de conhecimento imensa pro funcionário que não tinha condição de absorver. A educação tem que ser continuada, a avaliação tem que ter. A questão maior é essa paciência de sempre continuar (NUT 13).

Outro aspecto a ser ressaltado, refere-se à necessidade dos funcionários da cozinha conhecerem a realidade das clínicas como proposta de sensibilização e construção para se ver como um profissional da saúde.

A maioria das pessoas que trabalha aqui em baixo não conhece os pacientes, até mesmo pelo horário de serviço. Eu acho que existe uma

sensibilização maior quando a pessoa vê quem ela vai atender, até mesmo pra entender porque a gente bate tanto nas mesmas teclas, eles nem vêem o paciente. Talvez isso ajudasse a eles darem mais importância ao próprio trabalho aqui dentro, a importância de fazer uma comida mais bem apresentada, mais saborosa. Eu já trabalhei em hotelaria, então cozinheiro não gosta de fazer feijão e arroz, gostam de fazer coisas diferentes, apresentar de formas diferentes. É a arte deles, cozinhar é uma arte. E às vezes eu acho que eles não conseguem associar que o trabalho é importante, que é uma arte. Não sei se por baixa escolaridade ou condições de trabalho. Mas falta isso, essa sensibilização (NUT 6).

E fica como sugestão o cozinheiro em algum período do dia ir visitar as alas, acompanhar uma distribuição. Porque isso é muito positivo, ele ter o retorno lá, ver como a gente vê. Tem lugares que fazem esse trabalho. O cozinheiro pode perguntar pro paciente - o que você achou da comida?- Hoje fui eu que fiz - e sentir. Daria uma proximidade, aumentaria a humanização, ele não está fazendo um produto, ele está fazendo um produto pra alguém (NUT 13).

*Imagina o que ele vai sentir quando algum paciente abrir a tampa e falar - eu não vou comer essa porcaria- ele vai se sentir mal, vai querer melhorar. Essa coisa da individualização de a gente descer, falar com a produção, com a copeira, isso é um trabalho humanizado, mas como é que se faz isso sem ter tempo? Isso é uma utopia. Mas por exemplo a **[nome da nutricionista]** é responsável por 3 lugares, eu por 2. Então fica complicado! A gente dá prioridade pros pacientes graves. Aí têm aqueles pacientes que a gente sempre tem que mudar alguma coisa na dieta. Daí elas, copeiras e cozinheiras, acham o paciente chatinho (NUT 7).*

Tem copeira que só muda a maneira de ver o paciente quando ela passa de copeira pra paciente. Quando tem que ser internada. Já tive experiências assim, elas pedem coisas extras, ou quando um familiar delas interna (NUT 5).

Para as nutricionistas o cardápio deve ser modificado com maior frequência, para reduzir a monotonia das preparações tanto para quem prepara, estimulando a criatividade dos funcionários e motivando-os, como para os comensais (pacientes e funcionários).

Acho que uma coisa que poderia ser feita é mudarmos o cardápio com mais frequência, diminuir esses períodos e mexer na padronização, um cardápio menor que não se repetisse tanto. Algumas coisas ficam como arroz, feijão, mas variar mais os acompanhamentos, porque na normal não são só os pacientes, os servidores também comem (NUT 2).

As nutricionistas também apontaram iniciativas de humanização especificamente para o paciente (conforto nos leitos; refeitórios nos andares; mudança dos horários das refeições;

cuidado com a temperatura dos alimentos; melhora do sabor e da apresentação da dieta pastosa).

Discorrendo sobre o conforto do paciente no momento de se alimentar, evidenciou-se que algumas vezes há ausência de mesinhas para a cama, ou estas se encontram ocupadas com os pertences pessoais do paciente ou acompanhante. Também foi observada a necessidade de se ter um refeitório, ou um local que possibilitasse o contato entre os pacientes, para realizar as refeições e também atividades de lazer:

A mesa do quarto, por exemplo, muitas vezes ou não tem, está bamba, ou está cheia de coisas pessoais. Seria bom ter um local dentro da unidade, um refeitório, eles gostam de se conhecer (NUT 3).

Às vezes eles se juntam pra ver televisão, ou jogar canastra (NUT 10).

Se não um refeitório, talvez ter mais conforto no quarto, uma cadeira para a mesinha (NUT 1).

Ou uma mesa para dois (NUT 4).

Estas falas evidenciam a necessidade da valorização da identidade social do paciente, no momento de sua refeição. Poulain & Proença (2003, p. 255) 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 para Poulain et al (2002, p. 48) 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 e 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.

As nutricionistas também comentaram sobre o acompanhante, que muitas vezes fica desconfortável. Não há cadeiras suficientes para todos. Além disso, as visitas são liberadas, então os quartos normalmente estão ocupados pelos visitantes.

Outro problema é sobre a temperatura dos alimentos, que, ao chegarem para o paciente, normalmente estão frios. Isso ocorre porque não há carrinhos térmicos para o transporte das refeições e nem balcão térmico no porcionamento. Porém, já está se pensando em soluções:

A questão da temperatura, estamos pensando em utilizar carrinhos térmicos. O porcionamento também vai mudar. Vai ser feito um banho-maria para todos. A meia hora que dura o porcionamento vai ficar tudoquentinho. Hoje não tem o banho-maria então fica frio. Agora o carrinho térmico é mais complicado pra adquirir (NUT 4).

Discutiu-se também sobre os horários das refeições, que normalmente são bem distintos dos horários habituais do paciente.

É estranho, os horários do café da manhã e ceia ainda vai, mas o almoço 11h e janta 5:30 h da tarde. Imagina no horário de verão jantar a essa hora. Isso não é a realidade quando não se está internado. Isso já foi falado várias vezes, mas o problema é que os funcionários têm que servir, recolher, limpar, então é meio inviável com o horário atual dos funcionários (7h – 13h / 13h – 19h / 19h às 10h). Eu acho que poderiam mudar o horário dos funcionários, porque não entrar um turno das 12h – 20h? Se o pessoal da manhã deixasse o carrinho do café semi-pronto pra quem entraria às 2h, porque as copeiras que entram às 13h ficam mais de meia-hora na conversinha então daria tempo. Pra mim se eu tivesse internada num dia de verão, e chegasse o almoço às 11h ou uma sopa às 17h eu não comeria, no sol a pique. Meu Deus! (NUT 5).

Para as nutricionistas, a textura, a apresentação e o sabor das dietas precisam ser melhorados, especialmente a dieta pastosa, que segundo elas é a mais complicada por ser monótona e sem gosto.

Eu acho que a nossa dieta mais complicada aqui é a pastosa. É triste o paciente que fica em pastosa! É só o arroz papa, um purê de batata ou abóbora, carne moída ou peixe ou frango desfiado só. Não vai mais nenhum tipo, imagina comer isso durante 20 dias, às vezes pode ir um ovo também. Então é horrível, a gente evita ao máximo colocar essa dieta. É melhor colocar branda ou normal com purê ou carne da pastosa, sabe? É a dieta mais complicada, deveria ter outras opções de preparação, a apresentação tinha que ser melhor, a pastosa é muito ruim...eu tenho dó do paciente que come a pastosa...tenho dó! (NUT 6).

A pastosa e é muito a mesma coisa. E é ruim, principalmente quando é o peixe desfiado, porque é congelado e as pessoas não gostam (NUT 8).

Novos conceitos para a alimentação hospitalar podem distorcer a idéia de ambiente com cheiro de remédio e comida ruim e sem gosto. Jorge (2002) desenvolvendo estratégias para o envolvimento de pessoal na gastronomia hospitalar, destaca que atualmente a visão da dieta hospitalar está sendo ampliada e adaptada às tendências inovadoras da gastronomia no mercado globalizado de alimentação e nutrição e que a busca de aliar a prescrição dietética e as restrições alimentares de clientes a refeições atrativas e saborosas, é o desafio para integrar as Unidades de Nutrição e Dietética a um sistema de hotelaria aprimorado.

Kunradi et al. (2007) em seu estudo investigando a aceitação de saladas pelos pacientes hospitalizados, implementaram a elaboração de óleos aromatizados, combinando azeite de oliva e ervas frescas. O objetivo principal foi aumentar a aceitabilidade e diminuir o índice de resto-ingestão, tornando este tipo de alimento mais atrativo ao paciente. Os resultados demonstraram que apesar de alguns pacientes terem aprovado o acréscimo dos óleos aromatizados nas saladas e aumentado o consumo das mesmas, o índice de resto-ingestão ainda continuou elevado. Tal fato pode ser atribuído ao tipo de salada servida e a forma de preparo e apresentação das mesmas, portanto mais trabalhos devem ser realizados para melhorar a apresentação e o sabor destes e de outros alimentos.

Para Sousa et al. (2006) a importância das características sensoriais do alimento é um dos aspectos que as Unidades de Alimentação e Nutrição devem considerar em seus procedimentos operacionais, no sentido de melhorar a aceitação das refeições. Em seu estudo, avaliando a percepção dos pacientes com relação às preparações e às refeições oferecidas percebeu-se que a interação de toda a equipe, considerando a capacitação das pessoas, de forma humanizada e continuada, são determinantes para se alcançar o objetivo de uma Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar, que é o de oferecer refeições com qualidade ao paciente, em todos os seus aspectos – nutricionais, higiênico-sanitários, sensoriais e de serviço. Evidenciou-se que copeiras e nutricionistas das unidades de internação, devem manter um bom relacionamento profissional e constantes trocas de informações para que o paciente receba as refeições, dentro dos padrões de qualidade e quantidade preconizados pela unidade, mas ao mesmo tempo, obedecendo a critérios individuais e subjetivos, ligados ao paciente. Verificou-se também que a percepção da qualidade do alimento está ligada às limitações da patologia, às características individuais, que há necessidade de uma maior aproximação dos profissionais da equipe durante o processo de cuidado com o paciente, para

a construção de uma relação mais saudável com o alimento, as preparações, a patologia e os serviços prestados.

Jorge (2005) destaca que estas mudanças conceituais da alimentação hospitalar, podem ser atribuídas à humanização e à competitividade. A inclusão de alimentos nutricionalmente adequados e saborosos traduz o respeito ao paciente, além disso, a boa imagem do hospital passa ser difundida pelas características de alimentação que oferece.

5. O CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL HUMANIZADO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO

A implantação da PNH visa modificar os serviços de saúde através de ações efetivas que busquem a melhoria da qualidade do atendimento prestado fundamentado na dimensão humana.

O ser humano em sua multidimensionalidade integra espaços, condições e expressões singulares, que contribuem para a construção de sua própria identidade. Assim, torna-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).

No ambiente hospitalar o paciente deve ocupar o centro das atenções. No cuidado nutricional e alimentar humanizado, deve-se considerar, além da patologia e condição clínica, os anseios, sentimentos, significados sociais, culturais e emocionais que a alimentação encerra para cada indivíduo.

Considerando a abrangência e o significado que os alimentos e a alimentação representam para os seres humanos, conclui-se que, para proporcionar um cuidado alimentar e nutricional aos pacientes hospitalizados de forma integrada, faz-se necessário o planejamento de estratégias que contemplem as necessidades alimentares e nutricionais dos indivíduos, fundamentando-se na valorização do ser humano.

Para elaborar elementos que contribuam para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado, basearam-se nos referenciais teóricos apresentados, especialmente os estudos que tipificaram as ações dos dietistas e nutricionistas (Ouellét & Pigeon, 1997; Sousa, 2001; Brylinsky, 2002; Sousa & Proença, 2004; Associação das Nutricionistas da Língua Francesa – ADLF - 2006) na descrição a partir dos grupos focais, que permitiu a análise de aspectos que podem ser contemplados para qualificar o atendimento ao paciente e o trabalho das nutricionistas e da equipe.

Observou-se que o cuidado alimentar e nutricional realizado pelas nutricionistas do hospital analisado apresenta semelhanças e diferenças quando comparado às ações de cuidado de outros estudos.

Segundo a ADLF (2006) o cuidado alimentar e nutricional inicia com a consulta dietética, que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas através de uma entrevista face a face entre o dietista, o paciente e seu acompanhante. Ocorre logo após a prescrição e é realizada juntamente com profissionais de saúde, conforme as necessidades do paciente e os objetivos da consulta. Nesta entrevista é determinado se a consulta tem caráter preventivo, se

o paciente necessita de intervenção ou educação nutricional, através de coleta de dados do prontuário, referentes a registros de outros profissionais e também da própria entrevista. Para realizar esta ação, o dietista busca utilizar linguagem apropriada, bem como estabelecer relação de confiança com o paciente, negociando com o mesmo os objetivos do cuidado dietético.

Esta medida antecipa algumas ações e demonstra preocupação em selecionar os casos de maior complexidade.

Ouellét & Pigeon (1997) realizam primeiramente a ação denominada diagnóstico nutricional, cujo objetivo principal é determinar a pertinência de uma avaliação nutricional. Para a ADLF (2006) esta etapa consiste no segundo passo e são integrados os dados clínicos, dietéticos, bioquímicos aos sociais, psico-afetivos para a determinação dos objetivos dietéticos. Nesta etapa, a ADLF (2006), também destaca a interdisciplinaridade, uma vez que os objetivos do cuidado dietético devem ser discutidos com médicos e negociados entre o dietista e o paciente, demonstrando respeito e consideração ao mesmo.

A primeira ação de cuidado alimentar e nutricional sistematizada por Brylinsky (2002), diz respeito a avaliação do estado nutricional do indivíduo, enquanto que as nutricionistas do hospital avaliado iniciam com a Avaliação Clínico Nutricional. Nesta avaliação consta a observação de dados do prontuário, o que vem ao encontro a primeira ação realizado pela ADLF (2006). Os dados antropométricos podem já estar coletados ou não e há necessidade de conferi-los, pois existe a possibilidade de terem sido referidos pelo paciente e não aferidos tecnicamente. Em seguida, as nutricionistas observam os resultados de exames laboratoriais, solicitando ao médico, exames complementares conforme o caso. Posteriormente, a nutricionista vai ter seu primeiro contato pessoal com o paciente, onde realiza uma anamnese detalhada incluindo dados dietéticos e sociais. Nesta etapa observa-se preocupação em saber o que o paciente sabe sobre sua doença e como se sente em relação à internação. Também realizam um registro do dia alimentar e consideram o consumo de determinados alimentos como óleo e açúcar, a fim de pesquisar os hábitos alimentares, preferências e aversões do paciente. Em alguns casos, realizam o registro do histórico de nutrição, mas não é uma regra. Através desta etapa as nutricionistas priorizam os atendimentos, porém sem auxílio de protocolo ou sistematização de ações.

Brylinsky (2002), aponta como segunda ação a identificação de necessidades e problemas nutricionais, relacionados principalmente a risco de subnutrição ou supernutrição. Para isso realiza-se a *seleção* ou *triagem* que consiste em uma técnica simples e rápida através da avaliação de dados antropométricos, bioquímicos, clínicos específicos, que determinam se

o paciente está ou não em risco nutricional. Assim verifica-se a priorização sistematizada do atendimento.

O Planejamento dos cuidados nutricionais, apesar de apresentar-se em diferentes denominações, é a terceira etapa e é realizada nos três estudos e também pelas nutricionistas do hospital analisado. Nesta etapa todos estabelecem um plano dietoerápico, porém através de diferentes considerações.

As nutricionistas analisadas realizam cálculos das necessidades nutricionais sempre que necessário, determinam a dieta de acordo com os cálculos e também consideram as preferências, aversões, hábitos alimentares do paciente e outros aspectos como o significado simbólico do alimento. As informações são passadas para a copeira que encaminha a nutricionista e a equipe da produção de refeições, transformando a prescrição dietética em refeição, efetivamente. Ressalta-se que a dieta é alterada conforme a necessidade e mediante comunicação com o médico responsável. As ações elencadas por Brylinsky (2002) nesta etapa são semelhantes.

Ouellét & Pigeon (1997), na sistematização de suas ações incluem o acompanhamento dos resultados da intervenção realizada, através de novos resultados de exames laboratoriais, evolução do aporte de nutrientes, verificação da presença de novos sintomas físicos ou psicológicos que influenciem a aceitação da alimentação ou verificação do plano de atendimento médico e possíveis alterações. Destacam ainda que todos os procedimentos realizados devem ser registrados em prontuário, para que fiquem acessíveis a toda a equipe de saúde.

Já a ADLF (2006), destaca que o cuidado é individualizado e algumas atitudes demonstram o respeito e conforto proporcionado ao paciente, tais como: avaliação das dificuldades e meios necessários para modificar um comportamento alimentar, auxílio na tomada de decisões, a ainda ações de apoio, que visam proporcionar a alimentação adequada ao indivíduo, e instrumentos pedagógicos que auxiliam no entendimento do paciente sobre seu tratamento e na construção de hábitos alimentares adequados.

Nos estudos de Ouellét & Pigeon (1997), e nas ações descritas pela ADLF (2006), alguns aspectos foram evidenciados para a prática do nutricionista na área clínica: a interdisciplinaridade com a equipe de saúde; as ações referentes ao aconselhamento nutricional incluindo educação nutricional e apoio ao paciente e também a avaliação da eficácia das ações realizados no cuidado.

Com base nesta análise comparativa, e buscando alcançar os objetivos propostos para este trabalho, sistematizaram-se ações que possam contribuir para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para o hospital analisado.

Avaliação Clínico-Nutricional:

- *observação de prontuário* (se houver registros prévios realizados pela equipe de saúde como: dados antropométricos, clínicos, bioquímicos, sociais bem como o motivo de internação);
- *dados pessoais e sociais* (onde mora, se tem acompanhante, se possui doença crônica, como se sente, o que sabe sobre sua doença);
- *dados antropométricos* (peso e altura) verificar se foram aferidos efetivamente pela equipe de enfermagem no ato da admissão do paciente, caso contrário a nutricionista deve aferir);
- *anamnese alimentar* (preferências e hábitos alimentares; alimentação em casa, alergias alimentares, aceitação da dieta); *frequência de consumo e dia alimentar*; *integridade do sistema digestivo* (mastigação deglutição, digestão, absorção, eliminação);
- *farmacoterapia e interações medicamentos-alimentos*; *presença de grau de estresse fisiológico*; *estado de hidratação* (presença de edema ou ascite);
- *solicitação de exames complementares*. Todos os dados devem ser registrados no histórico de nutrição (reelaborado e adaptado à instituição).

Triagem nutricional: identificação sistematizada de pacientes em risco nutricional (subnutrição ou supernutrição) para priorizar o atendimento aos pacientes mais graves, e otimizar os serviços das nutricionistas. Realizada através de dados (idade, altura, peso usual, peso ideal, peso atual, porcentagem de mudança de peso, mudança de apetite, disfagia ou dificuldade de mastigação, náusea, vômito ou diarreia, albumina sérica, hemoglobina ou hematócrito, contagem de linfócitos). A triagem pode ser sistematizada a partir de um protocolo de atendimento, preconizando no mínimo três níveis de intervenção: primário (pacientes sem risco nutricional); secundário (paciente sem risco nutricional cuja dieta interfere diretamente no tratamento) e terciário (paciente com risco nutricional), conforme recomendado por Labonté & Ouellét (1996).

Planejamento do cuidado alimentar e nutricional: estabelecer plano dietoterápico através do cálculo das necessidades nutricionais, resultados de exames bioquímicos, respeitando a individualidade do paciente (nível educacional, fatores sociais, econômicos e culturais, significados simbólicos da alimentação, hábitos, preferências e intolerâncias alimentares). Após a definição, passar informações detalhadas à copeira e ao setor de produção de refeições para providenciar a alimentação do paciente.

Implementação do cuidado alimentar e nutricional: elaboração de estratégias, atividades ou intervenção para atingir os objetivos do tratamento: visita diária ao paciente; acompanhamento da aceitação da dieta e do tratamento; avaliação e reavaliação do plano dietoterápico; realizar alterações conforme necessidades nutricionais e alimentares, aversões e preferências do paciente; verificação da disponibilidade de alimentos na instituição; fornecimento de alimento ou suplementação nutricional; implementação de alimentação via sonda (quando necessário); fornecer informações ou fontes financeiras ou alimentares.

Avaliação da eficácia das ações do cuidado nutricional: revisar frequentemente os objetivos do cuidado para assegurar que aqueles que ainda não foram alcançados sejam redirecionados; avaliar e modificar os planos de cuidado sempre que necessário; avaliar e auxiliar o paciente acerca dos conhecimentos sobre sua doença e tratamento; avaliar o comportamento do paciente (adesão ao tratamento, auto-cuidado, controle); avaliar aspectos biomédicos e clínicos (variações de peso e estado nutricional, complicações e melhoras obtidas durante o tratamento); avaliar a qualidade de vida do paciente (satisfação, bem-estar, dificuldades para realizar o tratamento).

Aconselhamento nutricional: ação conjunta de soluções desenvolvida entre nutricionista, paciente e acompanhante, que inclui materiais informativos sobre a alimentação, a doença e o tratamento; verificação da adesão do paciente ao plano de cuidados; verificação da compreensão e motivação; acompanhamento da evolução de aprendizagem do paciente ou dos resultados de intervenção sobre as modificações do comportamento alimentar.

Interdisciplinaridade: O cuidado nutricional é resultado do trabalho em equipe. Quando o acompanhamento necessita de cuidados específicos o nutricionista pode recorrer a

outros profissionais de saúde: colegas nutricionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, além de acompanhantes do paciente, e vice-versa.

Evolução Clínico-Nutricional: Todos os procedimentos devem ser registrados em prontuários para que a equipe de saúde acompanhe a evolução do tratamento dietoterápico.

Ações de apoio e educação nutricional: avaliação das dificuldades e meios necessários para modificar um comportamento alimentar; educação nutricional (suportes informativos: sites da internet adequados, programas informatizados, vídeos, modelos de alimentos, jogos interativos; utilização de alimentos ou representações de alimentos para simular ações de escolha alimentar, refletir sobre sua composição e associação); auxílio a tomada de decisões referentes ao tratamento; cuidar para que todas as informações ao paciente sejam claras, objetivas, práticas e úteis, adaptadas (língua, hábitos alimentares e culturais).

Ressalta-se que o que torna um cuidado humanizado, é a busca por uma atenção que atenda às particularidades do paciente. Assim, o cuidado alimentar e nutricional humanizado considera os conhecimentos técnico-científicos aliado às necessidades individuais de cada ser humano. Retornando às reflexões de Borestein et al. (2003), o cuidado manifesta-se através de ações profissionais de natureza disciplinar e interdisciplinar que se dão no processo de interação terapêutica entre os seres humanos, fundamentadas no conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político, com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de partida norteou o referencial teórico e metodológico da pesquisa, possibilitando a análise do problema através da questão: “Quais as ações que podem contribuir para concepção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional com a equipe de nutricionistas de um hospital de referência para a PNH?”

Para tanto a pesquisa caracterizou o cuidado alimentar e nutricional realizado pela equipe de nutricionistas do hospital analisado, buscando identificar as concepções e analisar as iniciativas de humanização da equipe de nutricionistas, para finalmente sistematizar elementos que contribuíssem para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado para este hospital.

Assim, as principais conclusões obtidas através deste estudo estão delineadas abaixo:

➤ **A prática das nutricionistas**

As principais dificuldades apontadas pelas nutricionistas relacionam tempo escasso; excesso de atividades burocráticas (mapa de dietas, histórico de nutrição, informações adicionais à copeira, entre outras); falta de funcionários qualificados e número elevado de leitos por nutricionista.

Sobre este último aspecto, a relação de número de leitos por nutricionistas no hospital analisado, em termos generalizados, se mostra adequado com a resolução do CFN (201/98). Possivelmente, as dificuldades apontadas, sejam decorrentes da falta de sistematização das ações de cuidado alimentar e nutricional, que poderia, inclusive, otimizar os serviços do setor. A falta de um protocolo de triagem também pode dificultar a realização do atendimento.

Como mencionado anteriormente, a identificação dos pacientes em risco nutricional através de uma seleção ou triagem, poderia auxiliar na organização das ações das nutricionistas, e ao mesmo tempo melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. Proporcionaria também melhor divisão dos serviços e melhor interação com a equipe de saúde, tendo em vista a complexidade das unidades de internação.

Outro aspecto importante observado foi a falta de interação entre as nutricionistas da área clínica e as da produção e refeições. Existe uma fragmentação das ações, uma vez que as nutricionistas da produção de refeições parecem não se sentirem parte integrante da realização dos cuidados ao paciente. Tal questão poderia ser revertida considerando ações de interação entre os setores, como por exemplo, as propostas por Sousa (2001) nos quadros 8 e 9 desta pesquisa.

O cuidado alimentar e nutricional envolve, ao mesmo tempo, a avaliação do estado nutricional, a identificação de necessidades nutricionais, o planejamento, implementação e avaliação do cuidado, envolve também a compra de alimentos, o armazenamento, a higienização, o pré-preparo, o preparo, o porcionamento, o transporte e a apresentação do alimento. O paciente não come as necessidades energéticas calculadas pela nutricionista da clínica, e sim a comida, a mesma que compõe o cardápio elaborado pela nutricionista da produção de refeições e preparada pelos funcionários da cozinha. Portanto, as duas grandes áreas estão inter-relacionadas nos cuidados do paciente, mesmo com problemas de comunicação, e o nutricionista da produção de refeições está necessariamente inserido neste cuidado.

Diante disso, observou-se a necessidade de promover o espírito de equipe entre as nutricionistas de ambos os setores, que poderiam idealizar e organizar ações, em conjunto, abrangendo diferentes visões, referentes às experiências e necessidades de cada nutricionista.

Percebeu-se também dificuldade de relacionamento com os outros profissionais de saúde, especialmente a equipe médica, com relação às modificações da prescrição dietética e solicitação de exames laboratoriais. Este fato poderia abrir discussão sobre a falta de autonomia das nutricionistas e questionando-se a formação acadêmica dos profissionais da saúde que poderia ser direcionada para a interdisciplinaridade.

Ainda sobre este aspecto, uma outra dificuldade apontada pelas nutricionistas é a coleta de dados antropométricos realizada pela equipe de enfermagem antes da avaliação nutricional. Por vezes estes dados não são aferidos e sim referidos pelo paciente o que nem sempre estão corretos. Esta situação caracteriza um retrabalho, ou seja, o nutricionista tem que conferir os dados novamente, utilizando um tempo precioso que poderia ser empregado em outras atividades que dariam continuidade ao cuidado nutricional. Da mesma forma as ações de interdisciplinaridade são prejudicadas.

➤ **As iniciativas de humanização**

As iniciativas de humanização apontadas pelas nutricionistas demonstraram forte conotação de humanização em seu trabalho em alguns aspectos. Cabe ressaltar que algumas destas ações já ocorrem no hospital estudado, enquanto outras foram sugeridas pela equipe de nutricionistas, por acreditarem na possibilidade de sua implantação.

Iniciativas de humanização que ocorrem no hospital estudado:

- Trabalho de harmonização em grupo: realizado com o apoio da psicóloga do hospital, que segundo as nutricionistas tem contribuído para o fortalecimento das relações entre a equipe;
- Cuidado alimentar e nutricional ao paciente terminal: conforto ao paciente terminal, considerando a dimensão simbólica do alimento.
- Formação de funcionários e educação continuada: realização de cursos de qualificação contínuos.

Iniciativas de humanização sugeridas pelas nutricionistas:

- Participação das nutricionistas da produção de refeições nos cursos aos funcionários, com o objetivo de supervisionar a prática dos conhecimentos adquiridos durante os cursos (educação continuada);
- Rodízios entre as nutricionistas da produção de refeições e as de clínica, fazendo com que as profissionais conheçam ambas as realidades podendo auxiliar na interação entre a equipe;
- Aproximação dos funcionários da cozinha com os pacientes para sensibilização, através de visitas periódicas às clínicas médicas no momento das refeições;
- Conforto ao paciente para se alimentar e modificação dos horários das refeições; valorizando a identidade social do indivíduo;
- Centralização nas preferências do paciente (melhorar a apresentação, textura e sabor dos alimentos, realizar modificações freqüentes de cardápio, priorizando a variedade de alimentos e forma de preparo);

Por outro lado, observou-se que não houve referência ao aconselhamento nutricional e nem sobre a importância da presença do acompanhante e sua participação nos cuidados ao paciente. O acompanhante pode auxiliar muito no sucesso do tratamento do paciente, estimulá-lo a se alimentar, transmitir informações importantes à equipe de saúde, ouvir suas queixas e desabafos, auxiliar nos cuidados gerais ao paciente.

➤ **Reflexões da pesquisadora**

Em primeiro lugar ao prestar concurso seletivo para o Mestrado não tinha certeza se queria passar. Não me agradava o fato de me ausentar de casa, trabalhar poucas horas em

empregos informais, ficar longe do meu marido (que na época ainda era namorado, apesar de morarmos juntos), ficar em uma pensão muito simples, sem conforto. Por outro lado, sempre me seduziu a idéia de me tornar pesquisadora e professora universitária. O fato é que passei “E agora, mãos a obra!” organizei tudo e me joguei.

Simpatizei com minha orientadora Anete desde o início, porém o tema de pesquisa sugerido por ela me deixou apreensiva, pois eu sabia muito pouco sobre humanização. Não tinha idéia de como o trabalho seria delineado, que formato teria. Nem mesmo havia trabalhado com pesquisa qualitativa. Mas, como minha essência guerreira de ariana, acreditei, confiei em mim mesma e pensei: “não sei exatamente o que estou fazendo, mas descubro no caminho”.

Então, durante o primeiro ano do curso, conheci colegas, professores, passei por disciplinas. Estes três elementos me ajudaram a compreender o verdadeiro sentido de estarmos ali; aprendi muito observando os diferentes atributos e limitações de cada colega, as diferentes linhas de pesquisa. Todos estavam no mesmo barco, todos confusos com relação a sua pesquisa, sofrendo, aprendendo e se divertindo com ela.

No decorrer do caminho pude conhecer e receber auxílio da Professora Raquel e a Professora Lúcia, as quais colaboraram imensamente na elaboração das categorias e na aplicação da técnica do grupo focal.

Foi através da aplicação desta técnica que emergiram os resultados deste estudo. Durante a aplicação pude conhecer um pouco a equipe de nutricionistas, não apenas com relação às questões profissionais, mas também algumas características pessoais, através de seus gestos, expressões e falas.

Enfim era chegado o momento da coleta de dados. No início me senti empolgada e ao mesmo tempo receosa com a escolha da técnica, e me questionava “Será que elas vão falar? Ou vão ter vergonha? Haverá empatia entre nós? E eu saberei fazer o meu papel adequadamente? Então rezei, pedi forças e auxílio ao meu anjo da guarda, mentalizei cores favoráveis, me preparei através do guia de entrevistas, busquei criar uma atmosfera agradável ao grupo através de música suave e um instante de silêncio para centralização do grupo antes de começar a entrevista. E foi muito bom! Parece que deu certo!

Foi muito interessante e gratificante a maneira como as questões emergiram, transformando as entrevistas em um material rico e consistente. A maior dificuldade foi transcrever, organizar e analisar as falas em suas respectivas categorias e subcategorias.

Além disso, a técnica proporcionou uma reflexão sobre minhas atitudes enquanto profissional nutricionista. Coisas já esquecidas e há algum tempo sem aplicar vieram á tona, fazendo com que eu pudesse ver certas experiências profissionais que tive com outro olhar.

Muitas coisas aconteceram no decorrer destes dois anos enquanto cursei o Mestrado. Casei (foi lindo!), perdi minha avó tão querida, compramos nossa primeira casa, meu marido se formou, passei por situações profissionais complicadas em empregos difíceis. Precisei lidar com a falta de honestidade das pessoas e fiquei desempregada. Mas isso foi bom, do contrário não teria tempo para me dedicar a minha nova casa e principalmente a esta pesquisa.

Foi uma ótima experiência, sinto um crescimento muito grande desde que passei neste concurso até agora. Gostei muito da pesquisa qualitativa que é um universo abrangente, cheio de subjetividades e difícil, pois não é exato. Espero que este seja o início de uma carreira acadêmica, pois lutarei para que isso aconteça!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 63 de 6 de julho de 2000. **Diário Oficial da União** [Internet]. 1999 jul. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm. Acesso em 28 de dezembro de 2006.

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

AQUINO, R.C. **Fatores associados ao risco de desnutrição e desenvolvimento de instrumentos de triagem nutricional**. 2005. Tese (Doutorado em Nutrição) – Curso de Pós-graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ASSOCIAÇÃO DE DIETISTAS DE LÍNGUA FRANCESA (ADLF). **Recommandations pour la pratique clinique - La consultation diététique réalisée par un diététicien**. Recommendations. Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS (Haute Autorité de santé). Janvier, 2006. 37 p.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D. e LUNARDI, V. L. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci**. 2005; 27(2):103-107.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia de linguagem**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BECK, A.M.; OVENSEN, L.; OSLER, M. The mini nutritional assessment (MNA) and the “determine your nutritional health” checklist (NSI checklist) as predictor of morbidity and mortality in an elderly Danish population. **Br J Nutr** 1999; 81: 31-36.

BECK, A.M.; BALKINAS, U.N.; 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. **Clin Nutr** 2001; 20(5):455-460.

BERTIN, R. L. **Concepções e práticas da atenção nutricional: um estudo de caso em uma unidade hospitalar com atendimento fundamentado na humanização**. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós Graduação Em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **M Saúde** 2003; 27(2):231-239.

BLACKBURN, G. L.; BRISTIAN, B. R., MAINI, B.S.; SCHAM, H. T.; SMITH, M. F. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **J Par Ent Nutr** 1977; 30: 1493-1497.

BOLLET, J.B.; OWENS, S. Evaluations of nutrition status of selected hospitalized patients. **Am J Clin Nutr** 1973; 26: 931-938.

BOOG, M.C.F.; RODRIGUES, K.R.M.; SILVA, S.M.F. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP. **Rev Nutr** 1989; 2(1): 55-87.

BOOG, M.C.F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev Nutr** 1999; 12(3): 261-72.

_____. Educação Nutricional: passado, presente, futuro. **Rev Nutr** 1997; 10(1): 5-19.

_____. O papel do enfermeiro no cuidado nutricional ao paciente hospitalizado. **Rev Camp Enf** 1999; 2(1):17-21.

BORENSTEIN, M.S.; OLIVEIRA, M.E.; PADILHA, M.I.C.S. Visualizando o cuidado de enfermagem por meio de imagens. **Rev Cienc Saúde** 2003; 22(1/2): 32-39.

BOSI, M.L.M. Cidadania e participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad Saúde Pública** 1994; 10(4): 446-456.

_____. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Rev. Nutr** 2000; 13(2):107-115.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.portalthumaniza.org.br> > Acesso em 22 de outubro, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília/DF, 2004. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (Humaniza-Sus)**. 2005. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 17 de junho, 2005.

BRISTIAN, B.R.; BLACKBURN, G.L.; HALLOWELL, E.; HEDDLE, R. Protein status of general surgical patients. **J Am Med Assoc** 1974; 230: 858.

BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. 157 p.

BRYLINSKY, C. **Processo de cuidado nutricional**. In: MAHAN, L.K.; ESCOT-STUMP, S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 10 ed. São Paulo: Rocca; 2002, p. 416-466.

CAMPOS, S.H.; BOOG, M.C.F. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. **Rev. Nutr** 2006; 19(2): 144-155.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev Saúde Pública** 1996; 30(285): 93, 1996.

CARMO, M.G.T.; HOLZINGER, M; ROSA, M.C.; BENVENITTI, J.C.L.M.; VITERITTE, P. Prática do nutricionista de clínica nos hospitais da Grande Florianópolis-SC. **Rev Cienc Saúde** 1994; 13 (1-2): 70-81.

CAVALLI, S. B.; SALAY, E. Segurança do alimento e recursos humanos: estudo exploratório em restaurantes comerciais dos municípios de Campinas - SP e Porto Alegre - RS. **Rev Hig Alim** 2004; 18: 29-35.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev Saúde Coletiva** 2004; 14(1): 41-65.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(2): 184-200.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Definição de Atribuições Principal e Específicas dos Nutricionistas. Resolução nº 200/98, de 20 mar 1998. **Diário Oficial da União** 1998; p.52-53.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de nutrição clínica e dá outras providências. Resolução nº 223/1999 de 13 de jul 1999. **Diário Oficial da União** [Internet]. 1999 set. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/legislação/resolucao/res223.htm>. Acesso em 28 de dezembro, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Regulamenta a prescrição dietética de suplementos nutricionais pelo nutricionista e dá outras providências. Resolução nº 390/2006 de 27 de out 2006. **Diário Oficial da União** [Internet]. 2006 out. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/legislação/resolucao/res390.htm>. Acesso em 27 de dezembro de 2006.

CORBEAU, J. P. S'alimenter à l'hôpital: les dimensions caches de la commensalité. In: **Assistance Publique:Hôpitaux Paris, L'appétit vient en mangeant! Histoire de l'alimentation à l'hôpital. XV – XX siècle.** Paris: Edoïn Editeurs e Musée de l'Assistance Publique 1998 ; 101-14.

CUPPARI, L. **Nutrição: nutrição clínica no adulto.** 2ª ed. São Paulo: Manole, 2002. 490 p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cien Saúde Colet** 2004; 9(1): 7-14.

DUPERTUIS, Y. M.; KOSSOVSKY, M. P.; KYLE, U. G.; RAGUSO C. A, GENTON L, PICHARD C. L. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. **Clin Nutr** 2003; 22: 115-123.

FARHAT, E.M.P.; ERDMANN, R.H. Influência das inovações tecnológicas de gestão sobre a qualidade de vida dos trabalhadores de um hospital geral de médio-porte – Blumenau-SC. **Rev Cienc Saúde** 2003; 22(1/2): 22-31.

FERNANDEZ-ROLDÁN, A.C. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético **Nutr Hosp** 2005; 20(2): 88-92.

FIGUEIREDO, N.M.A. MACHADO, W.C.A.; PORTO, I.S. Dama de negro X Dama de Branco: o cuidado na fronteira vida/morte. **Rev Enf** 1995; 3 (2):139-149.

FLIK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 302 p.

GALLAGHER-ALLRED, G; VOSS, A.C.; FINN, S.C.; MCCAMISH, M.A. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. **J Am Diet Assoc** 1996; 96(4):361-369.

GAMBARDELLA, A.M.D.; FERRERIA, C.F.; FRUTUOSO, M.F.P. Situação profissional de egressos de um curso de nutrição. **Rev. Nutr** 2000; 13(1): 37-40.

GARCIA, R.W.D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Rev Nutr** 1992; 5(1): 70-80.

_____. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Rev Nutr** 2006; 19(2): 129-144.

GARRIDO, R.; MENEZES P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24(1): 3-6.

GELBKE, F. L. **Processo saúde-doença e o processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de um hospital-escola**. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade do Rio de Janeiro, 1991.

GODOY, A.S., Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev Adm Emp**, 1995; 35(3): 20-29.

GOLAPAN, C. Dietetics and nutrition: impact of scientific advances and developmen **Am Diet Assoc** 1997; 97(7): 737-741.

GOTTRAUX, S; MAISONNEUVE, N; GEVAUX, D; FONZO-CHRISTE, C; CHIKI, M; GUINOT-BOURQUIN, S; VERNET, P; METIVIER, MF; RAGUSO, C; PICHARD, C. Screening and treatment of malnutrition: European Council Resolution and its potential application in Switzerland. **Med Suisse Romande** 2004; 124(10): 617-23.

GUY-GRAND, B. **Alimentation en milieu hospitalier**. Paris : Rapport de Mission, 1997. 72 p.

HARRIS, J.A. & BENEDICT, F. G. **A biometric study or human basal metabolism**. Communicated October 8th of the Carnegie Institute of Washington, 1918.

HEYMSFIELD, S.B.; BAUMGARTNER, R.N.; PAN, S.F. **Avaliação nutricional da desnutrição por métodos antropométricos**. In: SHILLS, M.E.; JAMES, A.O.; SHIKE, M.; ROSS, A.C. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 9.ed. São Paulo: Manole; 2003, p. 965-983.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2003. 408 p.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000.htm>. Acesso em 19 de setembro de 2005.

IBRANUTRI. INQUÉRITO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL HOSPITALAR. **Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral**: São Paulo, 1997.

JENSEN, G.L.; FRIEDMANN, J.M. COLEMAN, C.D.; SMICIKLAS – WRIGHT, H. Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons. **Am J Clin Nutr** 2001; 74:201-5.

JESUS, J.; LANA, C.O.D. A concepção do idoso em relação ao processo de envelhecimento. **Rev Cienc Saúde** 2003;22(1-2):50-59.

JORGE, A.L. Estratégias para o desenvolvimento de pessoal na gastronomia hospitalar. Congresso Nacional de Gastronomia, Nutrição e Qualidade de Vida, 2002. São Paulo: **Anais Núcleo – Consultoria, comércio e representações Ltda.**, 2002, p. 34.

JORGE, A.L. História e evolução da gastronomia hospitalar. **Rev Nutr Pauta** 2005; 9(70): 7-14.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública** 2003;19(1): 54-55.

KANDELA, P. Hospital food. **Lancet** 1999; 353(9154): 763.

KUNRADI, F.G. ; BALESTRIN, E. L.B. ; SOUSA, A.A. ; TASCA, C. G. Implementação de óleos aromatizados em saladas: avaliação da aceitabilidade em uma Unidade Produtora de Refeições hospitalar. **Rev Hig Aliment** 2007 (no prelo).

LABONTÉ , L.; OUELLÉT, D. Nutrition clinique, étude du temps consacré aux soins. **Dietétique en action**, Montreal (Canadá), 1996; 10: 25-26.

LARA, M.A.; ACEVEDO, M.; BERENZOM, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(3): 818-828.

LEVY, F.M.L; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(1): 197-203.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(4): 1079-1087.

MAHAN, L.K. ARLIN, M.T. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 7 ed. São Paulo: Roca, 1991. 1076 p.

MAHAN, L.K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002. 1157 p.

MARTINS, M.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação profissionais de Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 147 p.

_____. Humanização em Saúde. **Rev Virt Ser Médico**, 2003. Disponível em <<http://www.humaniza.com.br>>. Acesso em junho de 2005.

MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 254-265.

MCKINLEY, M.C; LOWIS, C.; ROBSON, P.J.; WALLACE, J.M. It's good to talk: children's views on food and nutrition. **Source Europ J Clin Nutr** 2005; 59(4);542-51.

MCMAHON, K.; DECKER, G.; OTTERY, F.D. Integrating proactive nutritional assessment in clinical practices to prevent complications and cost. **Semin Oncol** 1998; 25(2): 20-27.

MEDEIROS, C.P.C. **Hospitalidade e humanização: mudanças na realidade hospitalar**. 2004. Dissertação (Mestrado em Turismo e Hotelaria) – Curso de Pós-graduação em Turismo e Hotelaria. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2004.

MEDINA, R.F.; BACKES, V.M.S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev Bras Enf** 2002; 55: 522-527.

MEIER, J.M.; PÍVARO, A.R.B; OGERA, D.; SCHULZE, A.; CUNHA, P.M. Relato de experiência: transcrição de dados a partir do grupo focal utilizado em pesquisas qualitativas. **Rev Cienc Saúde** 2003; 22(1/2): 96-101.

MELEIS, A.I. Ser e tornar-se saudável: o âmago do conhecimento de enfermagem. **Tex Cont** 1992; 1(2): 36-55.

MELLO, E.D.; BEGHETTO, M.G.; TEIXEIRA, L.B.; LUFT, V.C. Desnutrição Hospitalar cinco anos após o IBRANUTRI. **Rev Bras Nutr Clin** 2003; 18(2):1-10.

MERHI, L.V.A.; GARCIA, R.W.D.; MÔNACO, D.V.; OLIVERA, Y.M.R.M. Comparación del estado nutricional, consumo alimentício y tiempo de hospitalización de pacientes de dos hospitales, uno público e outro privado. **Nutr Hosp** 2006; 21(1): 32-37.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Pública** 1993; 9(3): 237-248.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996. 269 p.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis: vozes, 1997, 80 p.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(3): 251-58.

MORIMOTO, I. M. I. **Melhoria da Qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar**: um modelo prático. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. **Humanização na saúde: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, 2001. Disponível: <http://www.humaniza.org.br> Acesso em 27 de agosto, 2005.

NONINO-BORGES, C.B.; RABITO, E.I.; SILVA, K.; FERRAZ, C. A.; CHIARELLO, P. G.; MAECHINI, J. S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Rev. Nutr** 2006; 19(3): 349-356.

OLIVEIRA, A.F.; OLIVEIRA, F.L.C.; JULIANO, Y.; ANCONA-LOPEZ, F. Evolução nutricional de crianças hospitalizadas e sob acompanhamento nutricional. **Rev. Nutr** 2005; 18(3): 348.

OLIVEIRA, T.R.P.R.; RADICCHI, A.L.A. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. **Rev. Nutr** 2005; 18(5): 601-611.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Asociación Canadiense de Salud publica/ Salud y bienestar Social Canadá. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud : 1º Conferência Internacional sobre la Promoción dela Salud.** Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <http// www. <http://www.euro.who.int>> Acesso em 19 de agosto, 2005.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília : OPAS/OMS, 2004.

OSÓRIO, L.C. **Grupoterapia hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

OUELLET, D; PIGEON, J. **Validation de l'unité de mesure en nutrtrion clinique : Unité Podérée de Nutrition Clinique (UPNC).** Rapport final. Département des sciences des aliments et de nutrition, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation. Patrocinado pela Associação dos hospitais do Quebec. Québec (CA): 1997 Février.

PAULA, N.M. **Introdução aos conceitos de hospitalidade em serviços de alimentação.** In : DIAS, C.M.M. et al. Hospitalidade : reflexões e perspectivas. 1 ed. São Paulo : Manole, 2002, p. 69-82.

PÉREZ, J.I.U.; PICÓN, C.M.J.; BENAVENT, E.G.; A. ALVAREZ, E.M. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. **Nutr Hosp** 2002; 17(3):139-146.

PERRY, L. Nutrition: a hard nut to crack: an exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. **J Clin Nursing** 1997; 6: 325-324.

PHILIPPI, S. T. Tendências no consumo alimentar. In: Jornada Goiana de Nutrição, 5 e Seminário da Faculdade de Nutrição-UFG, 4, 2000, Goiânia. **Anais....** Goiânia: Universidade Federal de Goiás e Faculdade de Nutrição, 2000. p. 44-50.

POULAN, J.P.; SAINT-SEVIN, B. **La restauration hospitalière**. Toulouse (France): Cristal, 1990. 110 p.

POULAIN, J.P.; 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. Decembre, 2002. 122p.

POULAIN, J.P; PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev Nutr**, 2003; 16 (13): 245-256.

PRADO, S.D., ABREU, M.S.D. Nutricionista: onde trabalha? Quais suas condições de trabalho? **Rev Nutr** 1991; 4 (1/2):65-92.

PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev Lat Am Enf**, 2005 13(4): 583-90.

PROENÇA, R.P.C.; SOUSA, A.A.; VEIROS, M.B.; HERING, B. **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: UFSC, 2005. 221 p.

PUISSANT, M.C. ; SIX, M.F.; CABANEL, M. ; MAITRE, M. **Diététiciennes aujourd'hui**. Paris: Maloine; 2000; 150 p.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992. 273 p.

RAMOS, M.J.G.; GONZÁLES-VALVERDE, F.M.; ÁLVAREZ, S. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. **Nutr Hosp** 2005; 20(4): 286-292.

RESSEL, L. B., GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Int J Qual Meth** 2002; 1(2): 1-29.

SANTOS, L.M. **Avaliação de fenômenos grupais nos grupos de promoção à saúde no Distrito Docente Assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de pós-graduação em saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SANTOS, L.A.S.; SILVA, M.C.M.; SANTOS, J.M.; ASSUNÇÃO, M.P.; PORTELA, M.L.; SOARES, M.D.; ARAUJO, M.P.N.; SANTOS, A.Q.; MELO, A.L.; NASCIMENTO, L.M. Projeto pedagógico do programa de graduação em Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. **Rev Nutr** 2005; 18(1):105-117.

SOBAL, J. Sample extensiveness in qualitative nutrition education research. **J Nutr Educ** 2001; 33(4):184-192.

SOUSA, A.A. **O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais: um estudo antropológico em unidades de alimentação e nutrição.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-graduação em Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: Repensando a função da alimentação hospitalar. **Rev Nutr Pauta** 2002; 53: 17-21.

_____. Alimentação hospitalar: conjugando a saúde, o sabor e o simbólico. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE GASTRONOMIA, NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA, VI, 2005, São Paulo. **Anais...** Novas tendências na gastronomia mundial – alimentação saudável. São Paulo; 2005.p.19-20.

SOUSA, A.A.; PROENÇA, R.P.C. Tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. **Rev Nutr** 2004; 17(4): 425-236.

SOUSA, A.A.; CARNEIRO, J.M.; BARBOSA, M.F.P.; SOUZA, T.T. Do Cuidado Nutricional ao Cuidado Alimentar: Percepção de Pacientes sobre a Refeição Hospitalar. **Rev Nutr Pauta** 2006; 79: 48-54.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer.** São Paulo: Edusp, 2001. Disponível em <[http:// www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)>. Acesso em 12 de setembro de 2005.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Cienc Saúde Colet** 2006; 11(1):45-51.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(1): 80-88.

TRENTIN, A.C. **Assistência Nutricional Hospitalar: alimentação como forma de prazer**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VASCONCELOS, F.A.G. Um perfil do nutricionista em Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Cienc Saúde** 1991; 10(1/2): 73-86.

VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional de coletividades**. 3 ed. Florianópolis: UFSC, 2000, p. 114-118.

VASCONCELOS, F.A.G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev Nutr** 2002; 15(2): 127-138.

VEIROS, M.B. **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. (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-graduação em Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VICTORA, C., KNAUT, D. R.; HASSEN, M. de N. **A pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido"**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VIZZOLTO, S.M.; SEGANFREDO, C.A.; KLEIN, A.C. **Dinamizando os grupos**. Florianópolis: Lunardelli, 1995.

WAITZBERG, D.L.; WALESKA, T.; CAIAFFA, M.D. CORREIA, I.T.D. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. **Nutrition** 2001; 17(7/8):553-580.

WATTERS, C.A; SORENSEN,J. FIALA, A.; WISMER, W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. **J Am Diet Assoc** 2003;103(10):1347-9.

WILLIAMS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 663 p.

WYSZYNSKI, D.F.; PERMAN, M.; CRIVELI, A. Prevalence of Hospital Malnutrition in Argentina: Preliminary Results of a Population-Based Study. **Nutrition** 2003; 19(2): 115-119.

ZAGONEL, I. **O ser adolescente gestante em transição ex-sistindo: um enfoque de cuidar-pesquisar sob a ótica da enfermagem**. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, 1997.

ZENI, L.A.Z.R. **A influência do envelhecimento e das condições de trabalho no comportamento alimentar e na capacidade de trabalho de trabalhadores idosos**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Curso de pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ZUSMAN, W. Pode a psicanálise oferecer algo na preservação do humano? **Rev Bras Psicanal** 1998; 32: 945-51.

GLOSSÁRIO

Definição dos termos utilizados na pesquisa

Saúde

Saúde é o bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico entre os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o ambiente social e cultural. Neste sentido, ser saudável significa estar em sincronia consigo mesmo e com o mundo circundante, física e mentalmente (CAPRA, 1982).

Humanização

O termo “humanização” pode ser definido como um processo que admite o reconhecimento da realidade interna, implica a aquisição de valores que levam ao refinamento da consciência moral, da sensibilidade ao sofrimento alheio, da compaixão, da capacidade empática, da tolerância ao sentimento de culpa e a consciência da fragilidade humana (ZUSMAN, 1998).

Humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespíritual, envolvendo não só o paciente, mas também a família, a equipe multiprofissional e o ambiente (VILA & ROSSI, 2001).

Política Nacional de Humanização - PNH

A PNH consiste basicamente na mudança de modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho focalizando as necessidades dos cidadãos e a promoção de saúde. A política visa a integralidade, a universalidade, o aumento da equidade e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes (BRASIL, 2005).

Alimentação

A alimentação apresenta um significado especial para o indivíduo, dependendo da sua história alimentar desde a infância, dos sabores que tem vivenciado, das formas e dos locais de consumo. Considerando que cada ser humano constrói, ao longo da sua vida, uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar, pode-se afirmar que a alimentação encerra também o sentido de satisfazer aspectos emocionais, psicológicos e motivacionais dos indivíduos, fazendo com que essa experiência se torne positiva ou não, em função de como ela se desenvolve (SOUSA, 2001; PAULA, 2002).

No ambiente hospitalar, Poulain e Saint-Sevin (1990) consideram que a alimentação pode apresentar além das funções nutricionais e higiênico-sanitárias, as funções hedônica e convivial, ou seja, o alimento pode propiciar prazer e situar o ser humano no seu espaço social.

Nutrição

Denomina-se nutrição o processo de fornecimento de energia e materiais de formação para incontáveis substâncias essenciais para o crescimento e sobrevivência dos seres vivos. A maneira pelas quais os nutrientes se tornam partes integrantes do corpo e contribuem para sua função depende dos processos biológicos e bioquímicos que governam suas ações (MAHAN & SCOTT-STUMP, 2002).

Cuidado nutricional

De acordo com a definição adaptada de Mahan e Arlin (1991), o cuidado nutricional é “o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que inclui (...) a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais (...) e a avaliação do cuidado nutricional”

Grupo focal

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa inspirada em técnicas de entrevistas não-direcionadas, e técnicas grupais utilizadas na psiquiatria. Consiste em entrevistas em grupo, sobre um “foco” ou “tópico” específico, e busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviço, baseando-se na interação entre as pessoas (MINAYO, 1996; CARLINI-COTRIM, 1996).

APÊNDICE

Apêndice A: Guia de Entrevistas



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

Título da pesquisa: CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL AO PACIENTE HOSPITALIZADO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO FUNDAMENTADO NA HUMANIZAÇÃO

Mestranda : Cassiani Gotama Tasca Pedroso

Orientadora: Prof^a Anete Araújo de Sousa

Perguntas Norteadoras

1. O que é ser um Nutricionista para um atendimento humanizado?
2. Que atitudes de humanização são exequíveis para um cuidado alimentar e nutricional dentro do SND/HU/UFSC ?

GUIA DE ENTREVISTAS

A) Ser nutricionista para um atendimento humanizado

- Como é realizada a avaliação clínica e nutricional do paciente (aspectos clínicos relacionados ao histórico clínico nutricional)?
- De que forma é realizado o planejamento do cuidado alimentar e nutricional (aspectos clínicos referentes à prescrição dietética, bem como medidas que possibilitem ao paciente atingir suas necessidades nutricionais)?
- Como este cuidado é implementado (dados relacionados à produção de refeições; modificações necessárias para tornar o alimento aceitável pelo paciente, educação nutricional ao paciente e à família)?
- Como é realizada avaliação deste cuidado (monitoração da ingestão alimentar, alteração do comportamento alimentar, monitoração dos dados clínicos e nutricionais)?

B) Pensar em iniciativas de humanização

- Como pode ser conceituada a humanização no cuidado nutricional?

- Quais as necessidades do paciente para receber um atendimento qualificado?
- Quais as necessidades do nutricionista para desenvolver um atendimento qualificado?
- Comente algumas ações que podem ser consideradas de humanização para o SND/HU:
 - ◆ Avaliação do serviço oferecido pela equipe e por parte do paciente (apresentação, sabor, textura, horário e local onde são realizadas as refeições)
 - ◆ Possibilidade de escolha de preparações fora do cardápio padrão
 - ◆ Ações de melhoria na qualidade sensorial (testes de novas receitas, uso de temperos, testes de degustação)
 - ◆ Substituição ou complementação de alimentos após ingestão alimentar
 - ◆ Informações ao paciente e ações educativas

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

Título do Projeto:

Cuidado alimentar e nutricional ao paciente hospitalizado: elementos para a construção de um modelo fundamentado na humanização.

Esta pesquisa tem como finalidade conceber um modelo de cuidado alimentar e nutricional fundamentado na humanização com a equipe de nutricionistas de um hospital de referência para a política nacional de humanização.

Para isto, serão realizadas entrevistas de grupo, nas quais serão aplicadas questões referentes ao assunto, conforme guia de entrevistas elaborado.

Você está sendo convidado (a) 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.

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: (48) 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: Histórico de Nutrição – HU/UFSC, 2007.